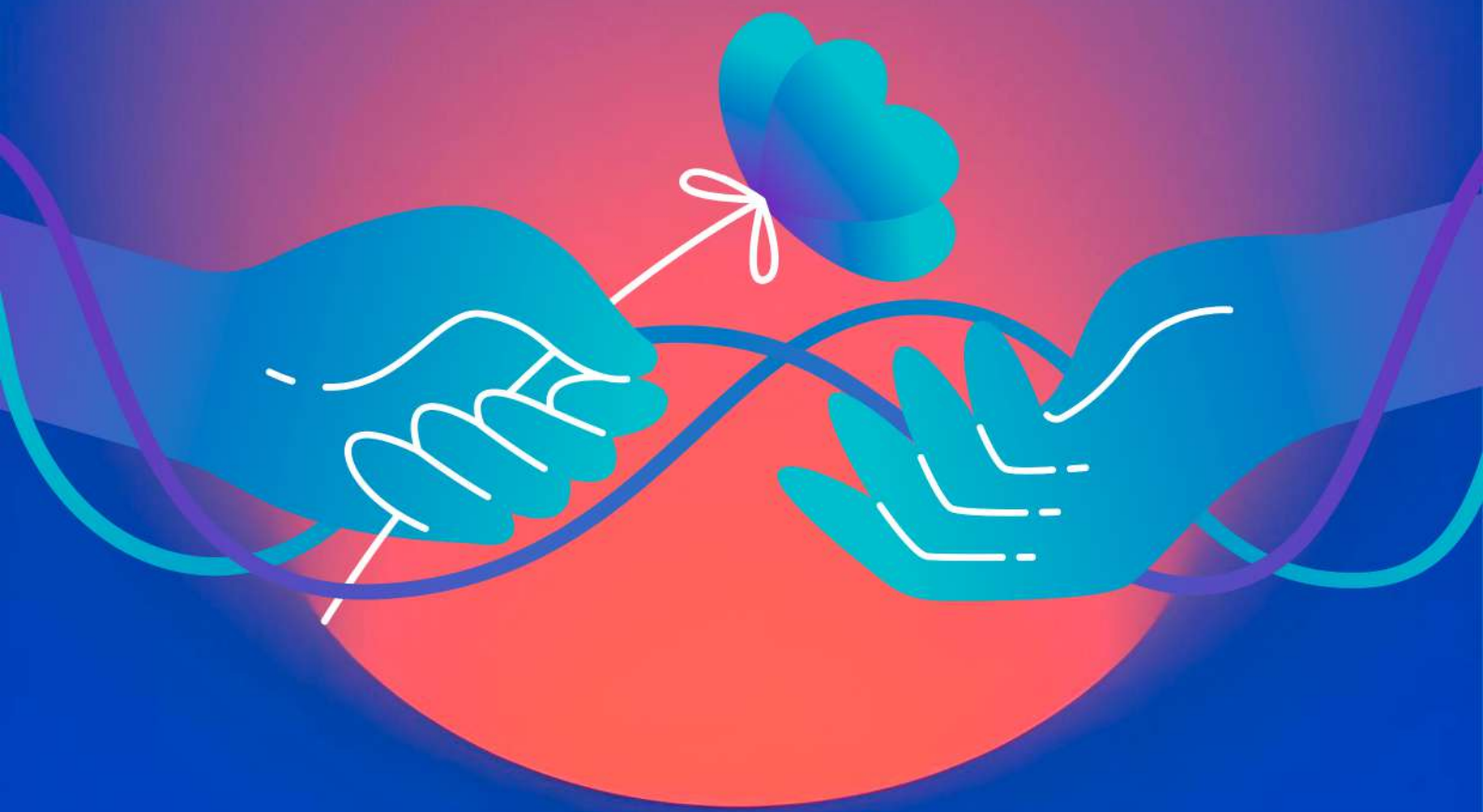


SEVEN

EDITORA
2026

GUIA DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Volume 1



Graziela Sousa Nogueira
Adriana Aparecida de Andrade e Silva
Cibelle Antunes Fernandes

Organizadoras

EDITORA CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

ORGANIZADORAS DO LIVRO

Graziela Sousa Nogueira

Adriana Aparecida de Andrade e Silva

Cibelle Antunes Fernandes

2026 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2026 Os Autores

Copyright da Edição © 2026 Seven Editora

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDIÇÃO DE ARTE

Evellyn Thais de Souza

EDIÇÃO DE TEXTO

Stephanie Caroline Meyer de Quadros

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

IMAGENS DE CAPA

Evellyn Thais de Souza

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Seven Publicações Ltda. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Seven Publicações Ltda é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.



O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

N778g Nogueira, Graziela Sousa.
Guia de Assistência Psicológica em Unidades de
Terapia Intensiva – Volume 1 [recurso eletrônico] /
Graziela Sousa Nogueira, Adriana Aparecida de
Andrade e Silva, Cibelle Antunes Fernandes. – São José
dos Pinhais, PR: Editora Seven, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

ISBN 978-65-6109-333-0

1. Psicologia. 2. Assistência (saúde). 3. Saúde. I. Silva,
Adriana Aparecida de Andrade e. II. Fernandes,
Cibelle Antunes. III. Título.

CDU 159.9

Bruna Heller - Bibliotecária - CRB10/2348

Índices para catálogo sistemático:

1 Psicologia 159.9

DOI: 10.56238/livrosindi202645-001

Seven Publications Company
CNPJ: 43.789.355/0001-14
editora@sevenevents.com.br
São José dos Pinhais/PR

ORGANIZADORAS DO LIVRO

Graziela Sousa Nogueira

Adriana Aparecida de Andrade e Silva

Cibelle Antunes Fernandes

AUTORES DO LIVRO

Adriana Aparecida de Andrade e Silva

Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar (INEP/ACCG-GO). Especialista em Educação na Saúde para Preceptoria no SUS (Sírio-Libanês). Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília (2006). Psicóloga Hospitalar na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, desde 2013. Atuando em Unidade de Terapia Intensiva e como membro de Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos. Psicóloga preceptora da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva, na UTI Adulto do HRT, desde 2017.

E-mail: adriana.andrade.14.28@gmail.com

André Guilherme Petruceli Paes

Psicólogo pela Universidade de Brasília (UnB). Residente Multiprofissional em Terapia Intensiva pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Atua como psicólogo hospitalar e psicólogo clínico a partir da Psicologia Humanista, com experiência em Intervenção em Crise e interesse em Cuidados Paliativos, Políticas Públicas em saúde e afins.

E-mail: andrep.paes14@gmail.com

Arthur Piemonte Tufenkjian

Psicólogo formado pelo Centro Universitário de Brasília, atualmente no segundo ano da residência multidisciplinar em terapia intensiva pela Secretaria de Saúde do estado do DF. Tenho como área de estudos: Psicologia hospitalar, psicologia clínica e Tanatologia.

E-mail: piemonte.tufenkjian@gmail.com

Camila Vieira Mendes

Psicóloga clínica e da saúde, especialista na abordagem psicanalítica (IFAR) e especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar (Unepos). Atua no contexto clínico e de saúde ocupacional.

E-mail: mendes.camilav@gmail.com

Cibelle Antunes Fernandes

Mestre em Psicologia Clínica pela UNB. Especialista em Psicologia Hospitalar (CFP). É psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do DF, com atuação nos contextos de terapia intensiva e residência multiprofissional em terapia intensiva.

E-mail: cibelle.antunes@gmail.com

Graziela Sousa Nogueira

Doutora e Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Especialista em Psicologia da Saúde (FAMERP), Especialista em Terapia Cognitivo- Comportamental (FAMERP). É psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do DF e atua há mais de 20 anos na área da Psicologia da Saúde, atualmente nos contextos de Terapia Intensiva e Cuidados Paliativos. Tutora do Núcleo de Psicologia e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Rede: Terapia Intensiva (ESP/DF).

E-mail: psicograzinogueira@gmail.com

Jamila de Souza Abdelaziz

Mestre em Ciências da Saúde pela UnB. É psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do DF, com atuação nos contextos de terapia intensiva. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Rede: Terapia Intensiva (ESP/DF).

E-mail: jsabdelaziz@gmail.com

Luscélia Pereira Castro

Psicóloga, licenciada e bacharel em Psicologia (UnB). Residente em Terapia Intensiva pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Especialista em Avaliação Psicológica. Atua nas áreas hospitalar e clínica, com ênfase na abordagem humanista, existencial-fenomenológica.

E-mail: lusceliacastro@gmail.com

Priscila de Almeida Santos Hamdan

Especialista em Psicologia Hospitalar (Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva - SES-DF, Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais, Especialista em Psicopatologia. Psicóloga responsável técnica pela UTI Coronária do Hospital de Base Distrito Federal, psicóloga UTI Oncohematologia e UTI Cirúrgica no Hospital Santa Luzia, psicóloga Clínica e responsável técnica do Instituto Impera.

E-mail: priscilahamdan@gmail.com

Renata Ramos de Souza

Psicóloga e bacharela em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), e residente em Terapia Intensiva pela Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (PRMTI/SES-DF/FEPECS). Possui experiências nas áreas de neurociências, percepção, psicobiologia, e psicologia da saúde.

E-mail: rs.renata.psi@gmail.com

Suellen Patrícia Smith Trindade

Graduada em Psicologia pela Faculdade Estácio de Macapá (2011-2015). Pós-graduada em Terapia Intensiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva, da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (2016-2018). Atualmente, psicóloga efetiva da Prefeitura Municipal de Macapá, atuando no Sistema único de Assistência Social (2019). Atuei como psicóloga clínica no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil de Santana, AP (2018-2019) e psicóloga hospitalar no Hospital São Camilo e São Luis de Macapá (2018-2019). Possuo experiências acadêmicas e profissionais na assistência psicológica especializada a pacientes críticos; intervenção em crise, Cuidados Paliativos e avaliação psicológica para fins de psicodiagnóstico.

E-mail: suellentrinidade.psi@hotmail.com

Thais Gladys de Souza Fagundes

Psicóloga, especialista em Psico-oncologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e em Terapia Intensiva na modalidade residência, pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. Atuou por seis anos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Base do DF, onde atualmente exerce a função de chefe do Serviço de Psicologia. Também integra a equipe da UTI adulto do Hospital Santa Lúcia Sul.

E-mail: thaisgfagundes@gmail.com

Victoria Alves Ferreira de Almeida

Psicóloga, graduada em Psicologia pelo UniCeub, com pós-graduação em Avaliação Psicológica (UniBF) e em Gestão de Recursos Humanos (UniBF). Atualmente, atua como residente em Terapia Intensiva no Distrito Federal, por meio da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), com experiência no contexto hospitalar e no cuidado a pacientes críticos.

E-mail: victoria-almeida@fepecs.edu.br

PREFÁCIO

As Unidades de Terapia Intensiva são locais marcados pela complexidade e dramaticidade. Aqueles que ali transitam vivenciam situações de limite, que colocam em xeque a estabilidade física, psíquica, cognitiva, espiritual e social.

A crise geralmente é do paciente, da família, mas às vezes também bate à porta dos próprios profissionais de saúde que se dedicam a um cuidado literalmente intensivo, que pode ser extenuante tanto física, como psiquicamente e intelectualmente. Ao passo que é repleto de sentido, especialmente quando encarado como um compromisso com a vida e de vida, com o cuidado, com a ética, com dignidade, com a técnica, com a ciência. Esse sentido além de convicções pessoais deve vir acompanhado de conhecimento. Não basta boa intenção, sensibilidade, altruísmo e empatia. É necessário estudo, preparação, disponibilidade para trocas. Assim, este e-book nasce com a proposta de reunir evidências científicas, promover o embasamento teórico, além do compartilhamento de experiências que possam enriquecer o processo de aprendizagem e aprimoramento daqueles que atuam no contexto da psicologia da saúde nas UTIs, sejam profissionais efetivos, residentes ou estagiários. É especialmente voltado para psicólogos, mas aborda temas de interesse transversal a outras profissões da saúde.

Mais especificamente, a proposta desta obra surgiu no contexto do Programa de Residência Multiprofissional em Rede: Terapia Intensiva da Escola de Saúde Pública do DF. Como requisito obrigatório para conclusão da pós-graduação e certificação, os residentes das diversas especialidades que compõem o Programa (psicologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, odontologia, enfermagem e farmácia) necessitam elaborar um trabalho de conclusão de curso. A partir desta realidade foi pensada uma proposta coletiva a ser desenvolvida em um esforço conjunto entre preceptores e residentes do Núcleo de Psicologia.

A ideia de elaborar um e-book foi motivada pela carência observada na literatura voltada à atuação do psicólogo intensivista. Os temas escolhidos representam conteúdos abordados nas aulas teóricas da residência, conforme as habilidades e competências a serem desenvolvidas durante o período de formação. Tendo em vista a amplitude e complexidade dos assuntos, o projeto contempla publicações anuais em três volumes (2026, 2027 e 2028).

Este é o Volume 1, que inclui temas mais básicos, distribuídos em oito capítulos, essenciais para o direcionamento da atuação do psicólogo intensivista. O **Capítulo 1** apresenta um **Guia Prático sobre Rotinas de Psicologia em Unidades de Terapia Intensiva – Adulto** tendo como principal objetivo de fornecer diretrizes que permitam estruturar a assistência psicológica em UTI-Adulto de forma coerente, fundamentada na psicologia como ciência e profissão, e em consonância com a atuação em equipe interdisciplinar. Para isso, o guia descreve ações, atividades, procedimentos e objetivos gerais, visando à segurança do paciente e à

qualidade da assistência. Também traz instrumentos e ferramentas úteis para o psicólogo intensivista que contribuem para maior sistematização das rotinas da Psicologia nas UTIs.

Já o **Capítulo 2** denominado **Enfrentamento e outras Variáveis Psicológicas em Unidade de Terapia Intensiva** teve como propósito discutir a respeito das variáveis psicológicas/construtos que se manifestam diante do estresse gerado por uma internação em UTI, tais como: enfrentamento, locus de controle, resiliência, ansiedade, depressão e a adesão ao tratamento. Temas que perpassam a atuação do psicólogo em UTI.

Aprofundando na temática estresse em UTI, o **Capítulo 3 “Estresse na Unidade de Terapia Intensiva: Resultados de uma Pesquisa de Campo”** apresenta dados empíricos acerca da percepção de estressores em UTI por paciente e profissionais de saúde, bem como faz comparações entre tipos de UTIs especializadas. Dados deste estudo nos alertam acerca da importância de atenção rotineira aos estressores aos quais os pacientes se encontram expostos, buscando recursos para manejá-los ou minimizar danos associados.

O **Capítulo 4 “Comunicação de Notícias Difíceis em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Contribuições da Psicologia”** se propõe a descrever modelos teóricos, assinalar dificuldades percebidas por profissionais da saúde no desempenho da tarefa, descrever intervenções psicológicas necessárias durante o processo, bem como mapear estratégias úteis para psicólogos e demais profissionais da saúde, descritas na literatura nacional e internacional. Comunicação é uma habilidade necessária à atuação de profissionais de saúde, especialmente psicólogos. Tema amplamente discutido na literatura, mas ainda com pouco investimento no processo de formação, exigindo que seja sempre que possível retomado, já que está atrelado à qualidade assistencial.

O **Capítulo 5** discorre sobre importantes demandas do psicólogo intensivista, com o título **“Autoextermínio na UTI: a Intervenção em Crise como uma Técnica e Teoria Possível”**, abordando conceitos e dados epidemiológicos acerca de autoextermínio; fatores de risco e proteção; intervenção em crise e outras possibilidades de atuação; além do compartilhamento de casos e vivências profissionais. A proposta visa contribuir para um olhar mais humanizado frente ao sofrimento humano por parte de profissionais de saúde atuantes em UTI, favorecendo reflexões e embasando intervenções efetivas frente às vítimas de TAE.

Abordando um assunto necessário e atual, o **Capítulo 6 “Terapia Intensiva e Cuidados Paliativos: a integração de abordagens sob a perspectiva da Psicologia”**, traz reflexões essenciais frente a dilemas frequentes nas UTIs, nos levando a ponderar os benefícios reais da implementação de terapias modificadoras de doença com o fim de manutenção da vida a qualquer custo.

Articulando com os capítulos anteriores, o **Capítulo 7 “Os Desafios do Trabalho em Equipe na UTI: Uma Perspectiva da Psicologia”** discute os desafios do trabalho em equipe na UTI sob a perspectiva da psicologia, se enfatizando o papel essencial na mediação de conflitos, no apoio emocional e na promoção do cuidado humanizado.

Por fim, o **Capítulo 8 “Assistência Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva: Heranças de um Período Pandêmico”** relembra, resgata e destaca as mudanças, muitas permanentes, na rotina do psicólogo intensivista durante e após a pandemia.

Tal como é possível observar, esse e-book aborda temas atuais, complexos e essenciais à atuação do psicólogo em UTIs, dando subsídios teóricos, técnicos e éticos para uma atividade assistencial de qualidade em qualquer UTI. Espera-se que a proposta desta obra contemple necessidades daqueles que cuidam ou são cuidados, impactando no fortalecimento da Psicologia nas UTIs.

Graziela Sousa Nogueira

DEDICATÓRIA

Este livro é dedicado aos psicólogos intensivistas que fazem do seu labor o compromisso com o cuidado, acolhimento e bem-estar, contribuindo de maneira ímpar para o alívio do sofrimento em suas múltiplas dimensões. São os profissionais da escuta, da fala, do olhar humanizado, do toque caloroso, por sua sensibilidade e essencialidade, são simbolicamente o coração das Unidades de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	11
GUIA PRÁTICO SOBRE ROTINAS DE PSICOLOGIA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA – ADULTO	
CAPÍTULO 2.....	50
ENFRENTAMENTO E OUTRAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
CAPÍTULO 3.....	81
ESTRESSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RESULTADOS DE UMA PESQUISA DE CAMPO	
CAPÍTULO 4.....	95
COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA	
CAPÍTULO 5.....	111
AUTOEXTERMÍNIO NA UTI: A INTERVENÇÃO EM CRISE COMO UMA TÉCNICA E TEORIA POSSÍVEL	
CAPÍTULO 6.....	138
TERAPIA INTENSIVA E CUIDADOS PALIATIVOS: A INTEGRAÇÃO DE ABORDAGENS SOB A PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA	
CAPÍTULO 7.....	168
OS DESAFIOS DO TRABALHO EM EQUIPE NA UTI: UMA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA	
CAPÍTULO 8.....	186
ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: HERANÇAS DE UM PERÍODO PANDÊMICO	

CAPÍTULO 1:

GUIA PRÁTICO SOBRE ROTINAS DE PSICOLOGIA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA – ADULTO

Cibelle Antunes Fernandes

Colaboradoras: Thais Gladys de Souza Fagundes e Priscila de Almeida Santos Hamdan

O Guia Prático sobre Rotinas de Psicologia em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) – Adulto é fruto da experiência diária da autora, há mais de 15 anos, como docente, preceptora e psicóloga assistente em Terapia Intensiva em hospital terciário do Distrito Federal, Hospital de Base do Distrito Federal/IGESDF, com a colaboração de psicólogos do Serviço de Psicologia do referido hospital que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva. Como parte integrante das atividades teórico-práticas do Programa Residência Multiprofissional em Rede: Terapia Intensiva – ESP/SES-DF, foram realizadas sessões clínicas semanais, com participação de residentes de psicologia e do staff de psicologia da UTI, o que permite a construção, divulgação, revisão, aprimoramento e consolidação das rotinas aqui propostas. Assim, pretendemos oferecer nossas contribuições nesse campo de cuidado, psicologia e terapia intensiva, integrados a uma equipe interdisciplinar experiente. O principal objetivo é fornecer um guia prático que permita estruturar a assistência psicológica em UTI-Adulto de forma coerente, fundamentada na psicologia como ciência e profissão, e em consonância com a atuação em equipe interdisciplinar. Para isso, o guia descreve ações, atividades, procedimentos e objetivos gerais, visando à segurança do paciente e à qualidade da assistência. Este guia destina-se a psicólogos que atuam em UTI-Adulto e a membros da equipe multiprofissional de UTI.

O psicólogo que atua nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) consolidou a sua essencialidade neste cenário, fruto de dedicação e valorização de Políticas Públicas de Saúde que prezam pelo cuidado integral e humanizado. Contudo, existe uma carência de materiais voltados à sistematização dos psicólogos que atuam em UTIs brasileira. Neste contexto, O Guia Prático sobre Rotinas de Psicologia em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) – Adulto auxilia na organização do trabalho desses profissionais, sendo aplicável a quaisquer UTIs, com as devidas adaptações, conforme especificidades de cada serviço.

O que são Rotinas de um Serviço?

A rotina de um serviço de saúde estabelece procedimentos padronizados de atuação e instrumentaliza o profissional, orientando sua práxis (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2006). A construção de rotinas ou procedimentos padronizados pressupõe embasamento ético e teórico-técnico das especialidades, justificado por evidências científicas. Além disso, deve estar de acordo com os princípios e normas da instituição de saúde.

As rotinas estabelecidas orientam, esclarecem dúvidas e podem garantir a entrega de serviços a todos os assistidos com o mesmo nível de qualidade. Essas rotinas e procedimentos devem ser revisados constantemente, considerando modificações nos níveis de evidência científica das áreas (Davidson et al., 2017).

O psicólogo inserido nas equipes de UTI percebe prontamente como as demais profissões da equipe multiprofissional — enfermeiros, médicos ou fisioterapeutas, por exemplo — exercem suas práticas guiadas por protocolos, rotinas e procedimentos. Isso ocorre porque a instituição de saúde, como um todo, é uma organização diferenciada, assim como a própria UTI, que envolve o uso de tecnologias e técnicas complexas em constante avanço.

Assim, visando oferecer uma assistência qualificada às pessoas atendidas nos contextos de saúde, os profissionais lançam mão de estratégias para garantir a segurança do paciente. Uma dessas estratégias é a construção de rotinas específicas de cada serviço. As evidências de outros campos do conhecimento em saúde são relevantes para todos e para cada um dos membros da equipe multiprofissional. Dessa forma, essa estratégia também pode ser incorporada pela psicologia aplicada ao campo da saúde, como a psicologia intensiva, para alcançar o mesmo objetivo: segurança do paciente e qualidade da assistência.

A construção de procedimentos operacionais padrão em saúde é considerada um componente das boas práticas clínicas, e sua definição corresponde a “instruções detalhadas descritas para alcançar a uniformidade na execução de uma função específica” (OPAS, 2006, p. 56). Além do valor associado à assistência, as rotinas e procedimentos representam uma tendência de boas práticas para atividades de ensino e pesquisa, uma vez que a existência de padrões nacionais e internacionais facilita o treinamento e a formação de profissionais de saúde e garante a solidez científica e ética de ensaios clínicos (OPAS, 2006).

Um aspecto relevante que distingue o psicólogo dos demais membros da equipe de cuidados intensivos, no tocante às rotinas, é a capacidade de fazer uso de sua ciência e profissão, a despeito das padronizações, utilizando sua ampla base de conhecimento psicológico para fornecer uma formulação individualizada. Essa formulação visa compreender os múltiplos fatores que podem estar produzindo sofrimento ou interferindo no engajamento do paciente, da família ou da equipe na assistência em UTI.

Objetivo Assistencial

1. Prestar assistência psicológica de modo sistematizado ao paciente crítico e à sua família, em sua relação com a equipe interdisciplinar, durante a permanência na Unidade de Terapia Intensiva, visando mitigar efeitos emocionais adversos, fomentar vínculo e

comunicação, além de prevenir e manejar conflitos, promovendo a saúde emocional segundo as perspectivas de integralidade e humanização. A proposição está em conformidade com a Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e, em sua Seção IV, Art. 18, garante assistência psicológica à beira do leito e, no Art. 23, propõe a discussão conjunta da equipe multiprofissional com os profissionais da UTI, incluindo a assistência psicológica (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2010).

Aplicação

- **Unidades de Terapia Intensiva - Adulto que possuem psicólogos como membro integrante da equipe multiprofissional, que participa das atividades em equipe e daquelas específicas de sua profissão.**

Cada vez mais, a participação do psicólogo como membro integrante da equipe de cuidados intensivos tem se mostrado relevante para os resultados de eficácia assistencial nas UTIs. Além da prerrogativa legal que garante a intervenção psicológica nas UTIs brasileiras - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (ANVISA, 2010), existem evidências científicas que reforçam a importância da psicologia nesse contexto. Em 2022, foi publicado o *Guidance and Service Specification: Integrated Practitioner Psychologists in Intensive Care Units*, que apresenta recomendações baseadas em evidências científicas de diferentes níveis. Psicólogos clínicos ou de aconselhamento são recomendados como integrantes permanentes das unidades de terapia intensiva modernas, com atuação voltada para atender às necessidades psicológicas do paciente, da equipe e da família, tanto durante a internação quanto após a alta, considerando a necessidade de reabilitação. Esta orientação sugere uma prestação mínima de serviço de 1,0 WTE (*Whole Time Equivalent*) para cada 20 leitos de nível 3. Recomenda-se que os profissionais recebam treinamento em nível de pós-graduação, com diversos modelos de abordagem e compreensão terapêutica (Highfield, Wade, & Suntharalingam, 2022).

Recursos Necessários

- **Recursos humanos:** profissionais psicólogos integrados à equipe multiprofissional de UTI, em quantidade e com carga horária que considera o número de leitos de UTI. A Nota Técnica da Gerência de Psicologia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de 19/12/2019 (SES-DF 2019), publicada como documento do Sistema de Informação da

SES-DF (SEI-GDF), apresenta a diretriz de um psicólogo de 20 horas semanais para cada 10 leitos de UTI e um psicólogo de 40 horas para 20 leitos de UTI.

- **Recursos materiais:** folha A4, prancheta; caneta e acesso a sala privativa, sempre que possível, para atendimentos psicológicos de familiares de UTI, pacientes em condições de deambulação e realização de atividades com membros da equipe de UTI.
- **Recursos técnicos:** Planilha de Demandas Diárias – Psicologia (Anexo 1); Formulário de Admissão e Acompanhamento de Pacientes da UTI Adulto (Anexo 2); Protocolo de Investigação para Visita Estendida na UTI Adulto (Anexo 3); Credencial e Termo de Responsabilidade para Visita Estendida – UTI Adulto do HB/IGESDF (Anexo 4); Diagrama Árvore de Decisão para Visita de Menores de Idade em UTI (Anexo 5) e Autorização de Visita de Criança em UTI Adulto (Anexo 6).
- Escalas de avaliação padronizadas e aplicáveis à UTI:
 1. **HAD** - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) é um instrumento de autoavaliação destinado a identificar e quantificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes, especialmente em contextos hospitalares e ambulatoriais. Adaptada por Botega et al. (1995).
 2. **MEEM** – Mini exame do Estado mental: é um instrumento breve e amplamente utilizado para avaliar o estado cognitivo global de indivíduos. Ele foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e adaptado para o contexto brasileiro por Bertolucci et al. (1994).
 3. **Escala RASS** - Escala de Agitação e Sedação de Richmond: é um instrumento clínico desenvolvido por Sessler et al. (2002) e fornece uma avaliação padronizada e rápida do estado de consciência, sendo amplamente utilizada para monitorar a profundidade da sedação e detectar agitação, delírio ou rebaixamento do nível de consciência. Massaud-Ribeiro et al. (2021) realizaram a adaptação transcultural da *Richmond Agitation–Sedation Scale* para uso em terapia intensiva pediátrica no Brasil.
 4. **GCS- Escala de Coma de Glasgow:** é um instrumento utilizado para avaliar o nível de consciência de pacientes com comprometimento neurológico, especialmente após traumatismo cranioencefálico. Foi desenvolvida por Teasdale e Jennett (1974). A escala avalia três respostas: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, atribuindo pontuações que variam de 3 (coma profundo) a 15 (alerta e orientado). É amplamente utilizada em unidades de emergência e terapia intensiva para monitoramento da gravidade do quadro neurológico e prognóstico.

5. **CAM-ICU- *Confusos Assessment Method for the ICU***: é um instrumento clínico validado para rastreamento e diagnóstico de delirium em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), desenvolvido por Ely et al. (2001). A versão brasileira do CAM-ICU é atribuída a Gusmão-Flores et al. (2011).
 6. **BPS- Escala Comportamental de Dor**: é um instrumento de avaliação da dor especialmente desenvolvido para pacientes críticos que **não conseguem se comunicar verbalmente** — por exemplo, pacientes sedados e intubados em UTI. A escala baseia-se na **observação de comportamentos**. Avalia três domínios: expressão facial; movimentos dos membros superiores; adaptação/tolerância à ventilação mecânica. Cada domínio recebe pontuação de 1 a 4, resultando em escore total de **3 a 12 pontos**. Pontuações maiores indicam maior intensidade de dor observável. Foi validada por Payen et al. (2001) e traduzida e adaptada para o Brasil por Azevedo-Santos et al. (2017).
- Recursos tecnológicos: computador com acesso à internet; linha telefônica fixa ou móvel; *tablet* com acesso à internet e acesso à impressora.

Rotinas do Serviço de Psicologia em UTI

Triagem para o atendimento psicológico

Diariamente, o psicólogo verifica as necessidades e prioridades de assistência psicológica, considerando os pacientes críticos internados e seus familiares no período. A triagem psicológica tem como objetivos coletar dados, levantar hipóteses diagnósticas, verificar qual tipo de atendimento deve ser ofertado, definir a prioridade dos atendimentos e elaborar o plano de cuidado específico (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2019a - Referência Técnica para atuação de psicólogos nos serviços hospitalares do SUS); Herzberg & Chammas, 2009). A triagem é realizada por meio de: a) consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes; e b) contato direto com a equipe interdisciplinar.

Etapas	Responsável
1. Realizar consulta diária ao prontuário eletrônico dos pacientes, verificando altas, admissões e acompanhamento da evolução clínica dos pacientes;	Psicólogo
2. Estabelecer contato direto com a equipe interdisciplinar visando acolhimento de demandas para o serviço de psicologia;	Psicólogo
3. Preencher a Planilha de Demandas Diárias da Psicologia para o dia, considerando cada paciente internado (Anexo 1).	Psicólogo

Ronda Psicológica Leito a Leito de UTI

Trata-se de abordagem ao paciente crítico com avaliação do seu nível e conteúdo de consciência e consequente modulação da intervenção: acompanhamento do despertar, estimulação cognitiva, orientação ou atendimento psicológico de apoio emocional. A ronda psicológica também orienta o tipo e a prioridade de assistência para os pacientes internados no período.

Etapas	Responsável
1. O psicólogo avalia, de modo breve, o nível e o conteúdo de consciência dos pacientes internados, por observação do comportamento e com uso de escalas padronizadas, RASS ou Glasgow e registra no Formulário de Admissão e Acompanhamento de Pacientes (Anexo 2);	Psicólogo
2. Identificar queixas de dor física ou emocional, por relato subjetivo do paciente ou com uso de escalas comportamentais, como o a BPS, ou analógico-visuais, conforme a condição clínica permitir;	Psicólogo
3. A depender do nível e conteúdo de consciência do paciente, o psicólogo planeja, para realizar na sequência, o tipo de atendimento a ser realizado: ➤ Coma: acompanhar processo de despertar; orientações a familiares sobre como lidar com o paciente. ➤ Estado vegetativo: estimulação sensorial para evitar privação sensorial ➤ Paciente minimamente consciente: orientação em relação a si mesmo, no tempo e espaço; estimulação cognitiva com tarefas estruturadas; orientações a familiares sobre como lidar com o paciente. ➤ Vígil, com capacidade de comunicação verbal e com alteração do estado mental: avaliação quanto a <i>delirium</i>; avaliação neuropsicológica de rastreio; apoio psicológico; estimulação cognitiva com atividades estruturadas; atividades estruturadas para registro de informações; diário de UTI; linha do tempo e orientações a familiares sobre como lidar com o paciente. ➤ Vígil, com capacidade de comunicação verbal e com estado mental preservado: atendimento psicológico individual do tipo apoio.	Psicólogo
4. Efetuar o registro do atendimento psicológico em prontuário eletrônico.	Psicólogo

Admissão Psicológica ao Paciente e à Família

Constitui primeiro contato do psicólogo com o paciente e com sua família, visando estabelecimento de compreensão geral do paciente e/ou da família frente ao adoecimento e hospitalização e tendo o caráter avaliativo e interventivo. Realiza-se entrevista clínica, utilizando o Formulário de Admissão Psicológica de UTI, que também serve para acompanhamento (Anexo 2). De modo geral, são investigados, observados e registrados na admissão psicológica os seguintes aspectos: identificação do paciente; motivo médico da internação; data da internação na UTI; contatos telefônicos de familiares/responsáveis legais; dados sociodemográficos; o uso de tabaco, álcool e outras drogas; se há histórico de doença e tratamento em saúde mental prévios por parte do paciente; se possível, a reação emocional do

paciente diante do adoecimento e hospitalização e reações emocionais e estilo de enfrentamento familiar perante a internação do paciente na UTI.

Etapas	Responsável
1. Em Formulário de Admissão Psicológica de UTI (Anexo 2) impresso, registrar a identificação do paciente e os motivos médicos da internação após consulta ao prontuário eletrônico;	Psicólogo
2. Localizar a família do paciente, obtendo seu contato telefônico, em primeira instância, por meio da consulta ao prontuário eletrônico, por verificação de registros de números de telefones no cadastro ou registrados por outros profissionais (enfermagem, serviço social, outros psicólogos);	Psicólogo
3. Se o nível, conteúdo da consciência e capacidade de comunicação do paciente permitirem, realizar a entrevista clínica com ele, à beira-leito, preenchendo os dados do formulário de admissão;	Psicólogo
4. Se o nível, conteúdo da consciência e a capacidade de comunicação do paciente não permitirem a realização da entrevista clínica com o próprio, a admissão psicológica deverá ser feita exclusivamente com sua família, que será porta-voz de si mesma e do paciente;	Psicólogo
5. A família do paciente, estando ele apto ou não para responder por si mesmo, será admitida de modo presencial no horário de visitas da UTI ou por teleatendimento;	Psicólogo
6. O contato telefônico com a família deve ser feito, em primeira instância, para checagem da existência ou não de rede de apoio ao paciente. Caso não seja possível localizar familiares do paciente de UTI, proceder solicitação de parecer ao Serviço Social visando busca de responsável legal para contato com a equipe da UTI;	Psicólogo e Assistente Social
7. Para a admissão do paciente e/ou da família realizar apresentação inicial do profissional, explicar o tipo de atendimento a ser realizado e o seu objetivo;	Psicólogo
8. Avaliar condição emocional, queixas, necessidades, riscos potenciais e demandas dos pacientes e/ou familiares de UTI e estabelecer as condutas imediatas;	Psicólogo
9. Discutir com a equipe interdisciplinar os aspectos obtidos na admissão psicológica que possam ter impactos no planejamento de cuidados do paciente;	Psicólogo
10. Realizar o registro da admissão em prontuário eletrônico.	Psicólogo

Acompanhamento Psicológico ao Paciente Crítico e sua Família nas Relações com a Equipe de UTI

De acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), por meio de seu Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), o acompanhamento psicológico corresponde a intervenção longitudinal, contínua, mesmo que por breve período, com a disponibilização da tenção psicológica ao longo do tempo em que o paciente esteja em acompanhamento no hospital. No contexto da UTI, a tríade paciente-família-

equipe corresponde ao escopo da atuação de acompanhamento psicológico, enfatizando a promoção do vínculo e da comunicação.

O acompanhamento do paciente prevê a avaliação das condições emocionais prévias e da internação, o monitoramento e minimização de sofrimento e agravos psíquicos, a promoção de adaptação e participação ativa, a otimização do desenvolvimento emocional e o enfrentamento da finitude. O acompanhamento da família objetiva a restauração da saúde emocional, a otimização do desenvolvimento emocional, a promoção da colaboração e participação ativa; a busca do restabelecimento da funcionalidade familiar e enfrentamento da finitude. As ações do psicólogo junto à equipe, além de compor a integralidade da assistência, tem como metas o favorecimento de comunicação saudável, a oferta de escuta atenta, a mediação do intercâmbio entre os diferentes membros da equipe e o auxílio para a equipe encontrar caminhos e soluções diante das situações limítrofes da UTI (CFP, 2019a).

Etapas	Responsável
1. Proceder os atendimentos individuais ao paciente, de acordo com as prioridades e demandas levantadas previamente e que, de acordo com o nível de consciência, poderão variar desde estimulação sensorial, cognitiva, orientação, preparação para procedimento ou psicoterapia de apoio psicológico;	Psicólogo
2. Estabelecer as prioridades de atendimento familiar do dia a partir das demandas e prioridades relativas aos pacientes;	Psicólogo
3. Discriminar as necessidades de atividades interdisciplinares e participar das atividades interdisciplinares rotineiras da unidade: rounds multidisciplinares e conferências familiares, por exemplo;	Psicólogo
4. No horário regular de visitas de cada UTI, proceder o atendimento dos familiares, conforme as prioridades estabelecidas e demandas surgidas no horário, no beira-leito e, se comunicação de má notícia, abordagem interdisciplinar ou atendimento de apoio psicológico individual, familiar ou grupal, em sala de acolhimento da UTI;	Psicólogo
5. Toda e qualquer intervenção psicológica junto ao paciente e familiares deverá ser registrada em prontuário eletrônico.	Psicólogo

Condições de Alerta para Acompanhamento Psicológico em UTI e Conduta Imediata

Algumas condições presentes na assistência ao paciente crítico devem ser reconhecidas pelo psicólogo como condições prioritárias para assistência psicológica. Para cada uma delas, discriminadas abaixo, o psicólogo deve considerar a linha de conduta imediata.

Etapas	Responsável
1. Admissões de pacientes do dia: identificar e realizar admissão do paciente e da família.	Psicólogo
2. Paciente com estado clínico gravíssimo, com prognóstico reservado ou em processo ativo de morte: identificar e proceder acompanhamento psicológico do paciente, se for possível, e da família, de modo sistemático.	Psicólogo
3. Paciente com suspeita de morte encefálica: identificar e acompanhar diariamente a família, desde a comunicação da suspeita, instituição do protocolo de morte encefálica, até a confirmação.	Psicólogo
4. Óbito do paciente: participar da comunicação interdisciplinar do óbito e prestar atendimento psicológico de apoio à família.	Psicólogo e Médico
5. Menores de idade internados em UTI/Adulto: acolher o paciente e sua família e organizar a permanência dos pais como acompanhantes.	Psicólogo
6. Pacientes cujo motivo da internação seja tentativa de autoextermínio: quando possível, avaliar permanência de risco de suicídio junto ao paciente. Acolher família, considerando o motivo da internação. Promover medidas de proteção quanto ao risco, junto à equipe e família. Discutir com médico rotineiro sobre parecer da psiquiatria. Fazer as notificações pertinentes.	Psicólogo
7. Paciente apresentando comportamento suicida (ideação, ameaça e/ou tentativa prévia): avaliar risco de suicídio. Acompanhar individualmente. Discutir caso com médico rotineiro. Manipulação do ambiente (equipe), minimizando riscos. Verificar necessidade de parecer e conduta da psiquiatria.	Psicólogo e Psiquiatra
8. Paciente com suspeita ou confirmação de ser vítima de violência, seja adulto, idoso ou criança: proceder apoio psicológico ao paciente considerando o motivo da internação; discutir caso com Serviço Social, considerando condições jurídicas envolvidas e fazer as notificações pertinentes.	Psicólogo e Assistente Social
9. Existência de risco de limitações permanentes, como amputação ou perda de funções físicas e ou psíquicas: estimar a prontidão psíquica e cognitiva do paciente para receber os informes médicos; participar da comunicação interdisciplinar à família; quando possível e indicado, organizar e participar da comunicação em equipe ao paciente e prestar atendimento psicológico focado no luto pela perda.	Psicólogo e Médico
10. Paciente com suspeita ou quadro de <i>delirium</i> identificado: avaliar com instrumentos específicos (CAM-ICU), fazer monitoramento de <i>delirium</i> e manipulação ambiental (ex.: visita estendida). Discutir o caso com médico responsável.	Psicólogo e Médico
11. Paciente com histórico de adoecimento mental grave: monitoramento de sinais e sintomas e apoio psicológico individual. Considerar visita estendida para a família. Considerar necessidade de parecer e conduta da psiquiatria.	Psicólogo
12. Paciente com sinais e sintomas de depressão: suporte psicológico individual intensivo. Discutir caso com médico rotineiro. Verificar necessidade de parecer e conduta da psiquiatria.	Psicólogo e Psiquiatra
13. Presença de conflito envolvendo a tríade paciente, família e equipe: mediar conflito com as partes visando restabelecer foco na assistência ao paciente.	Psicólogo
14. Paciente com quadro doloroso: monitorar dor com uso de escalas específicas, por exemplo, BPS; implementar medidas comportamentais de controle de dor. Discutir o caso com médico responsável.	Psicólogo e Médico

15. Diagnóstico de doença ameaçadora da vida estabelecido na UTI e paciente responsivo: estimar a prontidão psíquica e cognitiva do paciente para receber os informes médicos; participar da comunicação interdisciplinar à família; quando possível e indicado, organizar e participar da comunicação em equipe ao paciente e prestar atendimento psicológico focado no luto pela perda.	Psicólogo e Médico
16. Paciente com Cuidados Paliativos instituídos na UTI: participar junto à equipe do processo de definição de indicação de cuidados paliativos; participar da comunicação à família e/ou ao paciente sobre a indicação os cuidados paliativos; sistematizar assistência psicológica ao paciente e à família; organizar medidas psicossociais de proteção contra sofrimento e busca de qualidade de vida intra-UTI e flexibilizar horários e número de visitantes/dia.	Psicólogo
17. Paciente com necessidade de uso de comunicação alternativa: discutir o caso com a Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia; estabelecer a melhor estratégia de comunicação alternativa; treinar o uso junto ao paciente e socializar a estratégia com equipe e família do paciente.	Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo
18. Paciente sem identificação e/ou paciente sem identificação de familiares: solicitar parecer do Serviço Social visando acompanhamento conjunto do caso.	Psicólogo, Assistente Social
19. Paciente com indicação para visita estendida da família: identificar os casos a partir dos critérios e organizar a visita estendida.	Psicólogo
20. Paciente e/ou família com sequela emocional com internação e tratamentos anteriores: discutir no <i>round</i> multiprofissional e fomentar vínculo positivo do paciente com a equipe.	Psicólogo

Acompanhamento Psicológico da Família nas Visitas Diárias de UTI

Cada vez mais, temos evidências do impacto significativo que uma doença grave provoca nos membros de uma família. A assistência psicológica em UTI pode estar centrada nas perspectivas de UTI-Centrada no Paciente e UTI-Centrada na Família, esta última sendo uma abordagem de cuidados de saúde que respeita e é sensível às necessidades e valores de cada paciente e de cada família (Davidson et al., 2017). Assim, entende-se que a família do paciente de UTI é nosso paciente secundário, sendo que uma das atribuições do psicólogo no contexto de hospitalização em UTI refere-se à assistência psicológica à família.

As intervenções psicológicas durante o acompanhamento da visita familiar têm como objetivos promover reestruturação cognitiva para manejo do estresse, repassar informações sobre aspectos da hospitalização e fornecer apoio psicológico para a expressão de sentimentos relacionados às condições de hospitalização e aos procedimentos realizados. Avaliar e intervir junto aos familiares pode facilitar, criar e garantir a comunicação entre paciente, família e equipe. A visita familiar na UTI ocorre diariamente, tendo como objetivo primordial que a família se perceba acolhida pela equipe e possa exercer sua função de continência para o membro adoecido, sentindo-se coautora do processo de recuperação dele.

Etapas	Responsável
1. Realizar admissão psicológica da família, por meio de entrevista clínica, presencial ou por teleatendimento, considerando o Formulário de Admissão Psicológica da UTI (Anexo 2).	Psicólogo
2. No horário de visita de cada unidade os psicólogos abordam as famílias à beira-leito, considerando prioridades já eleitas.	Psicólogo
3. A depender da situação, a assistência psicológica à família poderá ocorrer em sala de acolhimento da unidade (descompensação emocional; abordagem relativa a más notícias, por exemplo).	Psicólogo
4. Priorizar o atendimento psicológico de acolhimento à família em primeira visita à UTI.	Psicólogo
5. Na abordagem à família, o profissional psicólogo deve: apresenta-se; brevemente explicando o objetivo do seu trabalho na UTI; buscar informações sobre o paciente e sobre a família; fornecer informações gerais sobre o funcionamento da UTI.	Psicólogo
6. Procura-se identificar a capacidade da família para lidar com o estresse e estabelecer um membro de referência para comunicações com a equipe.	Psicólogo
7. Na abordagem à família, o psicólogo deve avaliar e compreender as manifestações emocionais e comportamentais da família, suas necessidades e valores, visando modular sua intervenção psicológica.	Psicólogo
8. A intervenção psicológica prioritária é verbal, com utilização de técnicas de Psicoterapia de Apoio, visando, primordialmente, supressão de ansiedade e estabelecimento de vínculo: interrogar, informar, confirmar ou retificar, esclarecer, recapitular, assinalar, interpretar, sugerir, persuadir, reassegurar, entre outros.	Psicólogo
9. Algumas situações pressupõem abordagem em conjunto com a equipe médica durante a visita da família, à beira-leito ou em sala de acolhimento: prognóstico reservado, presença de conflitos ou transmissão de más notícias.	Psicólogo e Médico
10. Situações de conflito que emergem durante o horário de visitas – entre membros da família ou entre família e equipe – são tratadas com técnicas de mediação de conflitos e de Intervenção em Crise.	Psicólogo
11. O psicólogo avalia a necessidade de flexibilização de horário e de número de visitantes - conforme condição do paciente, demanda da família e condições da unidade – e formalização de liberações em sistema de prontuário eletrônico e junto à recepção da UTI/hospital.	Psicólogo
12. A intervenção psicológica junto a familiares deverá ser registrada em prontuário eletrônico.	Psicólogo

Acompanhamento Psicológico Específico – Visita Estendida

Reconhecemos a necessidade da família do paciente crítico quanto a estar perto do seu ente, pois o afastamento e a espera por informações são motivos de ansiedade e angústia. Também entendemos que família é agente promotor da recuperação física e emocional de pacientes internados em UTIs. Usualmente, as visitas em UTI têm políticas de horários restritos ou liberais. As UTIs com políticas restritivas permitem a visita de familiares apenas durante um ou alguns períodos do dia, com um número limitado de visitantes por período.

Já as UTIs com políticas abertas de visitação permitem o acesso de familiares ao paciente 24 horas por dia, com ou sem restrição do número de visitantes (Ramos et al., 2014). Com a política de visitas restritas quanto ao número de visitantes e horário de visitação, o horário padrão de visitação diária tem sido denominado de Visita Social. Para minimizar o afastamento e promover a participação da família no processo de cuidado do paciente, fazemos uso da estratégia da Visita Estendida. Assim, sempre que propomos e autorizamos visitas adicionais, além do horário predeterminado, e quando isso for possível e indicado, chamamos a prática de **Visita Estendida (V.E.)**. O protocolo de investigação para visita estendida, referido abaixo, foi adaptado a partir da proposta de Souza (2010).

Etapas	Responsável
1. Discriminar e avaliar se o paciente pode se beneficiar com a V.E., utilizando o Protocolo de Investigação para Visita Estendida na UTI Adulto – HB (Anexo 3).	Equipe multiprofissional da UTI
2. Acolher e avaliar demandas de Visitas Estendidas por parte da família.	Psicólogo
3. Acordar junto à equipe de médicos e enfermeiros a indicação da VE e, se houver consenso, buscar o melhor horário para a visita estendida, segundo o critério da necessidade do paciente, da equipe e da disponibilidade do familiar, a ser verificada.	Psicólogo, Enfermeiro e Médico
4. Avaliar junto à família a prontidão emocional, o interesse, as condições, disponibilidade e o desejo em obter a V.E, utilizando o Protocolo de Investigação para Visita Estendida na UTI Adulto – HB (Anexo 3).	Psicólogo
5. Discriminar qual membro da família é mais indicado para acompanhar o paciente. Deverá permanecer à beira leito apenas um familiar por vez, podendo haver revezamento. É preferível, no máximo, dois familiares distintos para o acompanhamento.	Psicólogo
6. Havendo consenso entre equipe, paciente e família, fazer uma autorização da VE por escrito (modelo de Credencial e Termo de Responsabilidade para Visita Estendida – UTI Adulto do HB/IGESDF- Anexo 4), com assinatura do psicólogo e da família, com ciência e esclarecimentos escritos e verbais sobre boas práticas em UTI para visita segura.	Psicólogo
7. O tempo de vigência da V.E. é condicionado às necessidades de cada paciente, não é aconselhável fornecer autorização sem prazo de término. A cada renovação, será possível ajustar a V.E., de acordo com a evolução do paciente.	Psicólogo, Médico e Enfermeiro
8. Buscar <i>feedback</i> diário com a equipe e familiares sobre a adequação da V.E. em curso e programar as renovações, quando indicadas.	Psicólogo
9. Informar diariamente a recepção da UTI sobre quais são os pacientes em Visita Estendida.	Psicólogo
10. Evoluir no prontuário compartilhado do paciente sobre a autorização da V.E.	Psicólogo

Acompanhamento Psicológico Específico – Visita de Menores de Idade em UTI

A avaliação para visita de menor de idade nas Unidades de Terapia Intensiva baseia-se na compreensão de direitos da criança, direito de ser informada, receber resposta e manifestar

sua opinião e pensamentos (Decreto nº 99,710, 1990). Se avaliada e bem conduzida, a visita pode ser uma experiência benéfica para o paciente, sua família e para a própria criança. Contudo, a visita de crianças em UTI não é uma prática recorrente, talvez por conta do mito de que as crianças não podem presenciar o adoecimento e até a morte de entes queridos (Borges et al., 2010).

A imposição da política de restrição de visitas de crianças não respeita o direito de pacientes e seus familiares quanto a estarem juntos e darem suporte uns aos outros durante um período de estresse e crise (Clarke & Harrison, 2001). As crianças desejam participar, receber informações e estar em contato com seus entes queridos doentes e quando não podem visitá-las, podem se sentir excluídas ou assustadas. A maioria das crianças pode lidar com as visitas muito bem se receberem informações e apoio apropriados para a idade. Se os requisitos de higiene forem cumpridos, não haverá risco aumentado de infecções. Em poucos casos, a experiência com a aparência corporal ou comportamental do paciente pode produzir efeitos adversos. Assim, a recomendação é ter critérios de avaliação e de decisão quanto a visita de crianças (Brauchle et al. 2023). Também citamos a Lei nº 14.950/2024, de 02/08/2024, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para garantir visita de crianças a pais internados, por meio de normas regulamentadoras. A rotina para visita de crianças está baseada na publicação de Brauchle et al. (2023).

Etapas	Responsável
1. Identificar a demanda da família em relação ao pedido da entrada da criança e utilizar o Diagrama Árvore de Decisão para Visita de Menores de Idade em UTI (Anexo 5).	Psicólogo
2. Discriminar se há condições adequadas para a realização da visita de criança, caso contrário, não realizar a visita. Consideramos como possíveis condições inadequadas: ausência de psicólogo ou outro profissional responsável para acompanhar a visita; paciente apresentando deformidade visível impactante; paciente em processo ativo de morte; paciente em precaução de contato e isolamento aéreo e condições sanitárias adversas.	Psicólogo, Médico rotineiro e/ou Enfermeiro rotineiro
3. Discriminar se responsáveis legais da criança concordam com a visita. Caso contrário, a visita não deve ser realizada.	Psicólogo
4. Discriminar se a criança deseja realizar a visita. Caso contrário, a visita não deve ser realizada.	Psicólogo
5. Se o paciente não estiver acordado, continue planejando a visita considerando as concordâncias obtidas.	Psicólogo
6. Se o paciente estiver acordado, verifique se ele concorda com a visita de criança. Caso contrário, a visita não deve ser realizada.	Psicólogo

7. A partir das verificações anteriores, converse com o médico responsável pelo paciente e com a enfermagem sobre a decisão e planejamento para a visita de crianças.	Psicólogo, médico rotineiro, enfermeiro rotineiro
8. Verifique a compreensão da família sobre as condições do paciente e solicite que o responsável legal converse com a criança, antes da visita, sobre como ela vai encontrar o dente e informar sobre a possibilidade de a criança trazer desenho/carta/poema, se desejar, para deixar com o paciente.	Psicólogo
9. Combinar o horário de visita de criança em horário diferente ao da visita regular da unidade. Observar a necessidade de organizar de modo célere, pelas condições do paciente. A criança deve vir acompanhada de pelo menos um dos pais ou do responsável legal.	Psicólogo
10. Proceder as autorizações no sistema de prontuário e entrega de formulário de autorização de visita de menor (Anexo 6), visando entrada da criança no dia e horário combinado.	Psicólogo
11. Antes da visita propriamente dita, realizar entrevista avaliativa junto à criança e seu responsável legal, de forma lúdica, verificando a compreensão do menor sobre o processo de internação e doença, sua concordância para realizar a visita e se existe apoio emocional do responsável legal para com ela.	Psicólogo
12. Nos casos de a criança não concordar com a visita, demonstrar evidente estresse situacional (retraimento, choro ou medo) ou não ter apoio emocional do responsável legal presente, a visita do menor não deve ser realizada. Se houver nova demanda de visita, nova avaliação deve ser realizada.	
13. Definida a realização da visita, o profissional de saúde será o guia da visita, educando e acompanhando a correta lavagem de mãos e uso de EPIs (quando indicado), garantindo a interação segura da criança com o paciente. Deve responder perguntas com linguagem adaptada à criança, observar sinais dos responsáveis legais/criança para continuar ou interromper a visita, decidir com responsável legal e a criança sobre a duração da visita.	Psicólogo ou Enfermeiro
14. Finalizada a visita, o profissional efetua pergunta ao responsável legal e criança sobre a experiência; oferece <i>follow-up</i> , pessoalmente ou por telefone, perguntando se apareceu novo comportamento de estresse, oferecendo apoio psicológico, se necessário, e decidindo sobre nova visita.	Psicólogo
15. Realizar evolução no Sistema de Prontuário Eletrônico.	Psicólogo

Acompanhamento Psicológico Específico - Preparação para Procedimentos Invasivos

Atendimento realizado antes do procedimento invasivo, que tem por objetivo avaliar a compreensão, ofertar suporte emocional ao paciente/acompanhante para enfrentamento e elaboração da experiência.

Etapas	Responsável
1. Avaliar a compreensão, expectativas e capacidade de entendimento do paciente e da família em relação ao procedimento a ser realizado, a história de adoecimentos prévios, internações e procedimentos invasivos já realizados e se há sequelas emocionais adquiridas.	Psicólogo
2. Identificar dúvidas, compreensões irrealistas ou inadequadas em relação ao procedimento, seja do paciente ou da família; promover contato do paciente e família com equipe responsável pelo procedimento.	Psicólogo e médico
3. Acompanhar o processo de decisão pelo procedimento e a assinatura do termo de consentimento, estimulando a comunicação com a equipe de saúde para minimizar medos e ansiedades, assim como fortalecimento do vínculo de confiança entre paciente, família e equipe.	Psicólogo e médico
4. Havendo recusa do paciente quanto a procedimento indicado, proceder avaliação específica sobre a capacidade do mesmo de decidir, considerando se há presença de alguma condição limitadora (depressão, demência, <i>delirium</i> , sintomas psicóticos). Avaliar ainda, se o paciente tem todas as informações necessárias para decidir. Considerar participação de psiquiatra.	Psicólogo e psiquiatra
5. Esclarecer dúvidas sobre o tipo de procedimento, seus objetivos e riscos e tratamento pós-procedimento.	Psicólogo, médico, enfermeiro
6. Prestar suporte psicológico ao familiar/acompanhante diante da realização do procedimento invasivo.	Psicólogo
7. Após a realização do procedimento, avaliar o paciente e auxiliar no fortalecimento de estratégias de enfrentamento adaptativas e manejo cognitivo e emocional no processo de tratamento intra-hospitalar.	Psicólogo
8. Promover a construção de estratégias de enfrentamento e manejo cognitivo e emocional no processo de tratamento extra – hospitalar e adesão ao tratamento, tais como mudança de hábitos e seguimento do acompanhamento com a equipe de saúde.	Psicólogo e Equipe multiprofissional da UTI
9. Realizar evolução no Sistema de Prontuário Eletrônico.	Psicólogo

Acompanhamento Psicológico Específico – CONDIÇÕES DE FINITUDE (Cuidados Paliativos, Processo Ativo de Morte, Risco de Morte Iminente, Suspeita e Confirmação De Morte Encefálica E Pós-Óbito)

Numa UTI, a fronteira entre vida e morte é uma realidade, e é dever ético do profissional de saúde cuidar da dor e dos sofrimentos humanos, priorizando o paradigma do cuidar para além do curar. A constante apreensão vivida pela equipe, pelo paciente e pela família em UTI, somada à possibilidade da morte, propicia a ocorrência de experiências emocionais extremadas. Nesse contexto, não obstante os avanços da assistência ao paciente crítico, é necessário o reconhecimento das condições de finitude, sejam elas: risco potencial de óbito, risco iminente de óbito, processo ativo de morte, cuidados paliativos instituídos, suspeita de morte encefálica ou óbito declarado. Dentre as muitas situações limítrofes presentes na UTI, o psicólogo deve estar preparado para lidar com a dor relacionada ao processo de morrer e prover cuidados

psicológicos éticos e tecnicamente fundamentados aos pacientes e familiares (Schneider & Moreira, 2017).

Etapas	Responsável
1. Identificar as condições de finitude como condição de alerta para assistência psicológica.	Psicólogo
2. Caso o paciente esteja responsivo, lúcido e orientando, respirando em ar ambiente e comunicando-se verbalmente, prestar atendimento psicológico sistemático do tipo apoio psicológico, considerando sua autodeterminação no fim de vida, buscando identificar suas necessidades imediatas, especialmente as psicossociais e espirituais, promovendo escuta terapêutica e ações terapêuticas.	Psicólogo
3. Prestar suporte psicológico sistemático à família do paciente durante todo o processo de finitude do paciente, com escuta e ações terapêuticas.	Psicólogo
4. As ações terapêuticas junto ao paciente e família podem incluir: manipulação do ambiente para busca de conforto físico e emocional; intervenções junto ao grupo familiar para promoção de encontros desejados pelo paciente; discussões do caso em equipe para promoção do controle adequado à dor total do paciente (dor física, psicológica, espiritual e social); organização de visita religiosa e flexibilização de horários e número de visitantes.	Médico, psicólogo, enfermeiro, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social
5. Na ocorrência do óbito, convocar família para comparecer à UTI, privilegiando comunicação presencial da má notícia-óbito.	Psicólogo
6. A comunicação do óbito em equipe interdisciplinar deve ser privilegiada e com uso de protocolos consagrados de transmissão de más notícias.	Médico, psicólogo
7. Após a comunicação do óbito, facilitar expressão de sentimentos dos familiares e acolher com respostas empáticas.	Psicólogo e médico
8. Promover realização de rituais de despedida, conforme desejo familiar e do paciente (caso ele tenha mencionado previamente).	Psicólogo
9. Assistir a família considerando sofrimento agudo e, portanto, dificuldades emocionais e cognitivas para realização de ações necessárias: orientações sobre trâmites legais após o óbito; comunicação a outros membros da família; acionar serviço social em função de necessidades de auxílio funerário social; acompanhar família ao setor do hospital de retirada de documentos do óbito.	Psicólogo e Assistente Social
10. Realizar evolução no Sistema de Prontuário Eletrônico.	Psicólogo

Acompanhamento Psicológico Específico – Avaliação de *Delirium* com Escala CAM-ICU e Manejo

O *delirium* caracteriza-se pelo início agudo, curso flutuante, déficit de atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência (American Psychiatric Association [APA], 2013). Trata-se de uma condição que causa perturbação significativa ao paciente e aos seus familiares, gerando sofrimento e comprometimento clínico. Evidências

apontam que o *delirium* está associado ao aumento do tempo de permanência hospitalar e à elevação das taxas de mortalidade (Pessoa & Nácúl, 2006).

A incidência de *delirium* em UTIs é elevada, variando entre 21% e 70% dos pacientes (Souza et al., 2018). Estima-se que entre 30% e 40% dos casos possam ser prevenidos por meio de programas multidisciplinares de prevenção e detecção precoce (Marcantonio, 2017). Assim, a identificação oportuna dos sinais de *delirium* em UTI constitui etapa fundamental para a condução adequada do cuidado. Embora o psicólogo não seja o único membro da equipe responsável pela avaliação do *delirium*, essa atividade tem sido frequentemente atribuída a esse profissional. Recomenda-se a utilização de instrumentos padronizados, como a CAM-ICU, para a avaliação sistemática do *delirium*, uma vez que suas manifestações iniciais são de difícil detecção apenas por meio da entrevista clínica. O reconhecimento precoce contribui para agilizar a avaliação e orientar intervenções adequadas. Ademais, os benefícios do rastreamento por instrumentos superam eventuais desvantagens (Devlin et al., 2018).

Etapas	Responsável
1. O profissional deve estar treinado na aplicação da escala CAM-ICU.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional
2. Se o paciente apresentar alteração aguda do estado mental em relação ao que era antes, ou se a Triagem Precoce de <i>Delirium</i> (vide rotina item 12) for positiva, passar para a aplicação de CAM-ICU.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional
3. O resultado positivo para <i>delirium</i> deve ser partilhado com a equipe assistencial, especialmente com o médico para o manejo específico com medidas farmacológicas, se necessário.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional
4. Efetuar evolução da avaliação com CAM-ICU, especificando funções alteradas e preservadas e afirmando se o <i>delirium</i> foi positivo ou não. Se possível, discriminar o tipo de <i>delirium</i> (hiperativo, hipoativo ou misto).	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional
5. Proceder com instauração de medidas não farmacológicas de manejo do <i>delirium</i> : a) Verifique se as medidas de prevenção do <i>delirium</i> estão implementadas e adequadas: manter o ambiente iluminado durante o dia; disponibilizar calendário e relógio para orientação temporal do paciente; permitir a presença de objetos pessoais; à noite, reduzir o nível de ruído na unidade e manter a temperatura do ambiente confortável; além disso, compensar eventuais déficits sensoriais, utilizando óculos ou aparelho auditivo, quando necessário. b) A visita estendida, com o familiar como acompanhante, deve ser pensada como medida importante. c) Fornecer orientações sobre <i>delirium</i> aos familiares, se possível em formato de panfleto informativo.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional

d) Medidas preventivas a serem incentivadas junto aos familiares: promover estimulação cognitiva, como leitura e discussão de livros ou notícias, jogos de tabuleiro ou cartas, audição de música e utilização de fotografias do paciente ou da família; favorecer visitas de pessoas significativas para o paciente; e evitar sonecas prolongadas durante o dia. Intervenções de reorientação devem ser implementadas pela equipe e pelos familiares. e) O leito do paciente deve ser posicionado de forma a reduzir o isolamento. f) A equipe e os familiares devem adotar uma comunicação apropriada, valorizando as preocupações do paciente e garantindo atenção às suas demandas. Sempre que possível, utilize o toque físico, como segurar a mão do paciente, e mantenha contato visual. Em situações de equívocos ou confusões do paciente, evite corrigi-lo por meio de confrontação, ironia ou ridicularizarão.	
6. Discutir o caso com médico responsável visando o manejo farmacológico.	Médico
7. Evoluir em prontuário a avaliação e resultado obtido.	Psicólogo

Acompanhamento Psicológico Específico – Triagem Precoce e Monitoramento de *Delirium*

A avaliação diária dos pacientes internados em UTI Adulto, visando rastreio e detecção precoce de quadros de *delirium* é indicada. Trata-se de estratégia avaliativa em modelo de duas etapas, proposta por Han et.al. (2013), e aqui estamos adaptando, otimizando tempo de avaliação para garantir cobertura de todos os pacientes.

Etapas	Responsável
1. Avaliar o nível de consciência do paciente com a escala RASS.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional
2. Dependendo da escolaridade e da capacidade de comunicação do paciente, solicitar uma das duas tarefas: a) que solete a palavra MUNDO de trás para frente, ou; b) tarefa de aperto de Mão com uso de letras, SAVEAHAART, para identificar o “A”.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional
3. A Triagem de <i>Delirium</i> será considerada NEGATIVA se não houver alteração do Nível de Consciência (RASS = 0) <u>ou</u> se o paciente cometeu de 0 a 1 erro numas das duas tarefas: na soletração de MUNDO <u>ou</u> na identificação do “A”.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional

4. A Triagem de <i>Delirium</i> será considerada POSITIVA e haverá necessidade de prosseguir a investigação de <i>Delirium</i> se houver alteração do Nível de Consciência <u>ou</u> mais de um (01) erro numa das duas tarefas: na soletração de “MUNDO” <u>ou</u> na Identificação do “A” na SAVEAHAART.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional
5. Em caso de triagem positiva para <i>Delirium</i> , proceder com a realização imediata do CAM-ICU.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional
6. Resumindo: Nível de Consciência Alterado → Efetuar a avaliação com CAM-ICU <u>OU</u> Mais de um (01) erro na soletração de “MUNDO” ou na Identificação do “A” com aperto de mão no SAVEAHAART → Efetuar a avaliação com CAM-ICU.	Psicólogo e demais membros da equipe multiprofissional

Atividade Interdisciplinar - Round Multiprofissional

É prática diária de muitas UTIs a realização de *rounds* multidisciplinares, que visam a discussão dos casos individualizados dos pacientes e estabelecimento de metas diárias a serem cumpridas por toda a equipe. A esse respeito, o estudo de coorte multicêntrico (Kim et al., 2010), com inclusão de 112 hospitais e 1007 pacientes, realizado na Pensilvânia, concluiu que os *rounds* multidisciplinares diários estão associados, de forma independente, a menor taxa de mortalidade nas UTIs. Desse modo, a participação do psicólogo nos *rounds* multidisciplinares é importante, uma vez que as equipes que prestam assistência ao paciente mantêm-se alinhadas ao plano terapêutico e promovem melhor comunicação/ interação tendo como foco o cuidado centrado no paciente. Entre as Diretrizes para o Cuidado Centrado na UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto (Davidson et al., 2017), encontramos a recomendação, para participação de familiares de pacientes gravemente enfermos, caso desejado pelos mesmos, em rodadas de equipes interdisciplinares para melhorar a satisfação com a comunicação e aumentar o envolvimento da família.

Etapas	Responsável
1. O profissional psicólogo prepara-se para participar do <i>round</i> multidisciplinar pela realização de admissão do paciente e família, pela leitura do prontuário, pelos atendimentos realizados.	Psicólogo
2. O profissional psicólogo discrimina informações relevantes obtidas pela sua avaliação a serem transmitidas durante o <i>round</i> multidisciplinar, ponderando informação compartilhada, com respeito à sigilo e privacidade.	Psicólogo
3. As equipes médica e multiprofissional se reunirão em local disponível em cada unidade com o objetivo de compartilhar e discutir sobre os procedimentos realizados e as próximas condutas para cada paciente.	Equipe Médica e Equipe Multiprofissional
4. A liderança dos <i>rounds</i> tem ficado ao cargo do profissional médico rotineiro de cada unidade, que define frequência e duração dos <i>rounds</i> multiprofissionais.	Equipe Médica
5. Se o <i>round</i> multidisciplinar ocorrer a beira-leito e o paciente estiver consciente e orientado pode ser dado a ele a opção de participar do <i>round</i> de discussão específica do paciente.	Equipe Médica e Equipe Multiprofissional
6. Se o <i>round</i> multidisciplinar ocorrer a beira-leito e o paciente estiver com acompanhante, pode ser dada a esse a opção de participar da discussão específica do paciente.	Equipe Médica e Equipe Multiprofissional
7. A partir da discussão nos <i>rounds</i> multiprofissionais, o psicólogo revê, amplia ou modifica sua previsão de conduta para o dia.	Psicólogo
8. As definições do <i>round</i> , quando justificam determinada conduta psicológica, devem ser referenciadas pelo psicólogo nos registros de prontuário.	Psicólogo

Atividade Interdisciplinar - Conferências Familiares

Entre as Diretrizes para o Cuidado Centrado na UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto (Davidson et al., 2017), encontramos a recomendação da realização de reuniões familiares interdisciplinares de rotina na UTI para melhorar a satisfação da família com a comunicação e a confiança nos médicos e para reduzir o conflito entre médicos e familiares. As Conferências Familiares constituem-se em um momento de diálogo planejado entre equipe, paciente (sempre que possível) e família, com o objetivo de compartilhar informações, esclarecimento de dúvidas, avaliação das necessidades do paciente e da família, de modo a permitir a compreensão e apropriação da dinâmica de cuidados ofertados ao paciente, possibilitando o estabelecimento de uma comunicação efetiva para que seja possível alcançar um consenso na resolução de problemas ligados à experiência do adoecimento.

Também como na Diretriz, Davidson et al. (2017) recomendam que os profissionais de saúde na UTI usem abordagens estruturadas para a comunicação, ao se comunicar com os membros da família, incluindo especificamente escuta ativa, expressões de empatia e fazer declarações de apoio. Desse modo, a participação do psicólogo nas Conferência Familiares é fundamental.

Etapas	Responsável
1. Compreender as Conferências Familiares como rotina interdisciplinar necessária de Cuidado Centrado na Família de UTI, independentemente de necessidade pontual.	Médico, Enfermeiro, Psicólogo
2. Discriminar necessidade de Conferência Familiar entre as famílias assistidas (dúvidas, conflitos entre família e equipe, necessidade de transmissão de más notícias, compreensão inadequada de diagnóstico e tratamento, necessidade de intervenção de risco elevado ou mudança de plano de cuidado).	Médico, Enfermeiro, Psicólogo
3. Discriminar necessidade de Conferência Familiar durante discussão de <i>Round</i> Multiprofissional.	Médico, Enfermeiro, Psicólogo
4. Organizar a Conferência Familiar com dia e horário pré-definido, de acordo com a disponibilidade da equipe e da família, com definição dos objetivos da conferência e qual profissional conduzirá o momento.	Psicólogo
5. Estabelecer contato com os familiares/responsáveis legais para orientar sobre a Conferência Familiar, discutir sobre os participantes mais indicados para participar e agendar dia e horário.	Psicólogo
6. Conduzir a Conferência Familiar.	Médico, Psicólogo, Enfermeiro
6.1. Quando o objetivo primordial da conferência for clínico (esclarecimento de diagnóstico, prognóstico e definição do plano terapêutico) a conferência deve ser conduzida pelo profissional médico, com a participação dos demais membros;	
6.2. Quando o objetivo primordial da conferência for relacional, planejamento do cuidado ou mediação de conflitos a conferência poderá ser conduzida pelo psicólogo ou enfermeiro, com a participação dos demais membros.	
7. Utilizar abordagem estruturada para a comunicação, por exemplo, o mnemônico “VALUE”/“VALOR” (V- Valorizar as declarações dos familiares, A- Acolher, assentir emoções, L- Ouvir, U- entender, R- esclarecer, elucidar).	Médico, Psicólogo, Enfermeiro
8. Resumir as informações que foram dadas ao longo da comunicação e verificar a compreensão do paciente/familiar, buscando sanar quaisquer dúvidas.	Médico, Psicólogo, Enfermeiro
9. Encerrar a Conferência Familiar dando a opção de nova Conferência Familiar a critério da equipe e/ou da família.	Médico, Psicólogo, Enfermeiro
10. Cada membro participante da Conferência Familiar realiza registro em prontuário eletrônico.	Médico, Psicólogo, Enfermeiro

Nota. Buscar um local para realização da Conferência Familiar que preserve o sigilo do atendimento, conforme código de ética profissional.

Atividade Interdisciplinar – Comunicação de Más Notícias

A sistematização da comunicação de notícias difíceis contribui para um melhor preparo da equipe diante de um dos momentos mais desafiadores no contexto da saúde. Além disso, favorece uma comunicação clara e efetiva, criando espaço para a expressão dos aspectos emocionais envolvidos por parte do paciente e/ou de seus familiares. Recomendamos que o

psicólogo participe do manejo da transmissão de más notícias de modo geral, junto ao médico assistente, de tal modo que entendemos ser essa uma atividade interdisciplinar.

A sistematização da Comunicação de Más Notícias na UTI pode ser feita utilizando-se protocolos de transmissão de más notícias como o protocolo SPIKES (Baile et al., 2000). Esse protocolo é um mnemônico de seis passos: 1- *Setting up* (Preparando-se para o encontro com paciente/família); 2- *Perception* (Percebendo o paciente/família); 3- *Invitation* (Convidando paciente/família para o diálogo); 4- *Knowledge* (Transmitindo as informações); 5- *Emotions* (Expressando emoções); 6- *Strategy and Summary* (Resumindo e organizando estratégias) (Baile et al., 2000).

Etapas	Responsável
1. Identificar necessidade de comunicação de má notícia e combinar o momento da abordagem conjunta à família, se durante o horário de visitas regular ou por convocação antecipada.	Médico e Psicólogo
2. Identificar os familiares a serem convocados, com critérios: os responsáveis, os de preferência do paciente, os que têm mais comparecido regularmente à visita, os que têm poder decisório na família, os que têm maior controle emocional ou a pessoa instituída como o mandado duradouro.	Psicólogo
3. Buscar reunir o maior número de pessoas significativas da família, respeitando os critérios e limite de número de pessoas para escuta, fala e apoio terapêutico para os presentes.	Psicólogo
4. Buscar local privado para a comunicação da notícia difícil e organizar o ambiente para a comunicação (número de cadeiras, lenços de papel, água, entre outros).	Médico e Psicólogo
5. Sentar-se durante a comunicação, de modo a mostrar-se disponível e acessível ao paciente e/ou familiares, assim como manter o contato visual.	Médico e Psicólogo
6. Abordar o que o paciente ou familiar sabem acerca da situação de saúde, ajustando quaisquer informações ou crenças errôneas acerca do quadro.	Médico e Psicólogo
7. Sinalizar que notícias difíceis serão dadas e perguntar se os ouvintes desejam muitos ou poucos detalhes.	Médico e Psicólogo
8. Comunicar a má notícia em si. Conferir aos poucos se a informação está sendo compreendida. Evitar o uso de jargões técnicos ou de expressões vagas.	Médico
9. Abordar as emoções expressadas a partir da comunicação, validando as mesmas e demonstrando empatia. Nesta etapa deve-se disponibilizar tempo para o acolhimento das respostas emocionais.	Médico e Psicólogo
10. Resumir as informações que foram dadas ao longo da comunicação e verificar a compreensão do paciente/familiar, buscando sanar quaisquer dúvidas.	Médico e Psicólogo
11. Apresentar, caso haja, planejamento estratégico acerca do prognóstico.	Médico
12. Apresentar, caso haja, estratégias para família/paciente realizar ações práticas.	Médico e Psicólogo

Atividade Interdisciplinar: Interconsulta, Discussão de Caso e Parecer

A interação entre as diferentes especialidades de profissionais de saúde, que buscam opiniões fundamentadas, visando aprimoramento assistencial, pode ocorrer em formato de interconsulta, discussão de caso ou parecer. O psicólogo pode ser demandado ou demandante.

Interconsulta: a consulta realizada por um profissional de saúde a um paciente específico mediante a solicitação do especialista por ele responsável.

Discussão de caso clínico: encontro entre profissionais onde é possível “conhecer os dados mais importantes e os mapas causais embutidos no modelo de outra pessoa e, a seguir, usar o insight adquirido a fim de moldar uma solução criativa para o conflito entre o modelo do outro e o seu próprio modelo” (Martin, 2009, p. 27).

Parecer: é uma das modalidades de documento psicológico. Art. 14 da Resolução CFP nº 06/2019 – “O parecer psicológico é um pronunciamento por escrito, que tem como finalidade apresentar uma análise técnica, respondendo a uma questão-problema do campo psicológico ou a documentos psicológicos questionados” (CFP, 2019b, p.28).

Quanto mais inserido na equipe, a interação primordial do psicólogo com os demais membros será na modalidade de Discussão de Caso. De todo modo, a interação do psicólogo com os outros membros da equipe possibilita a abordagem biopsicossocial do paciente. Diferentes motivos podem ser determinantes da solicitação de uma interconsulta, parecer ou discussão de caso junto ao psicólogo, por médicos e outros membros da equipe. Alguns dos mais frequentemente encontrados em estudos realizados no Brasil (Botega, 2002) são: colaboração para o diagnóstico diferencial de patologias orgânicas e psicológicas; persistência de comportamento queixoso do paciente; comportamento de paciente que altera o funcionamento do setor; sensibilização da equipe pelas atitudes do paciente; dificuldade da equipe para lidar com sentimentos e reações decorrentes do adoecer; risco e/ou tentativa de suicídio; pacientes com transtornos psiquiátricos; e desajustes na relação médico-paciente. A interconsulta, discussão de caso ou parecer emitido por psicólogo tem como objetivos auxiliar profissionais de outras áreas no diagnóstico e tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos ou psicossociais (situações emocionais emergentes) e intermediar a relação entre os envolvidos na situação (equipe de saúde, pacientes e familiares), facilitando a comunicação, a cooperação e a elaboração de conflitos.

Etapas	Responsável
Nota - Após algum membro da equipe assistencial demandar uma avaliação psicológica cabe ao profissional, assim que possível, atender a demanda seguindo os procedimentos abaixo descritos:	Equipe Médica ou Multiprofissional
1. Coletar informações com médicos, enfermeiros, paciente, familiares e outros;	Psicólogo
2. Elaborar diagnósticos situacionais;	Psicólogo
3. Ofertar <i>feedback</i> e assessorar o solicitante;	Psicólogo
4. Acompanhar a evolução da situação, conforme critério de urgência e disponibilidade;	Psicólogo
5. Se a demanda de avaliação psicológica foi em formato de parecer, evoluir como parecer, segundo as normas técnicas preconizadas pelo Resolução CFP nº 06/2019;	Psicólogo
6. Realizar registro em prontuário eletrônico, para qualquer dos formatos de interconsulta, discussão de caso ou parecer.	Psicólogo
Nota - Quando o profissional psicólogo necessitar de um parecer de outra especialidade os seguintes procedimentos deverão ser seguidos:	Psicólogo
1. Realizar a solicitação de parecer via prontuário eletrônico especificando critérios de urgências, detalhando a demanda de forma clara e objetiva;	Psicólogo
2. Aguardar resposta de parecer via prontuário Eletrônico e sempre que possível discutir o caso diretamente com o profissional solicitado;	Psicólogo
3. Reestruturar, a partir das condutas orientadas pelo parecerista, plano de cuidados para o paciente;	Psicólogo
4. Acompanhar a evolução da situação, conforme critério de urgência e disponibilidade;	Psicólogo
5. Realizar evolução no Sistema de Prontuário Eletrônico.	Psicólogo

Encaminhamentos e Transmissão de Cuidados

Após a sinalização da alta do paciente da UTI para a enfermaria, o psicólogo pode e deve realizar transmissão de cuidados para os outros colegas psicólogos da enfermaria destinando, passando e discutindo o caso. Se for constatada a necessidade de encaminhamento extra-hospitalar como complemento aos cuidados, o psicólogo identifica profissionais e/ou serviços que já estavam acompanhando o paciente ou verifica possibilidades de iniciar acompanhamento; elege o serviço mais adequado à demanda; realiza os contatos (telefônico, por escrito, pessoal); elabora encaminhamento e orienta paciente/família, conforme cada caso.

Etapas	Responsável
1. Para encaminhamento intra-hospitalar: comunicar diretamente ao profissional responsável ou realizar solicitação do parecer com a demanda específica a ser avaliada via prontuário eletrônico.	Psicólogo
2. Para encaminhamento extra-hospitalar, caso o paciente já seja assistido em unidade específica, o profissional poderá realizar contato com a instituição e transmitir os cuidados.	Psicólogo
3. Para encaminhamento extra-hospitalar, caso seja indicação de nova modalidade assistencial, realizar entrevista motivacional com o paciente e família visando mobilização para o tratamento.	Psicólogo

4. Para encaminhamentos extra-hospitalares de nova modalidade assistencial, eleger o serviço mais adequado à demanda; realizar os contatos (telefônico, por escrito, pessoal) e elaborar encaminhamento e orientar paciente/família.	Psicólogo
5. Realizar evolução no Sistema de Prontuário Eletrônico.	Psicólogo

Elaboração de Documentos Psicológicos

A elaboração de documentos psicológicos deve seguir a Resolução CFP nº 006/2019 (CFP, 2019b), que regulamenta essa prática. Conforme a norma, tais documentos devem refletir compromisso com os direitos humanos, a fundamentação teórica e técnica, a autonomia intelectual e uma postura avaliativa e integradora, garantindo coerência ética e clareza na comunicação. Na Psicologia Hospitalar, esses documentos podem registrar conclusões de avaliações psicológicas ou responder a solicitações de usuários, responsáveis legais ou equipes multiprofissionais. Devem descrever de forma objetiva e contextualizada a atuação profissional, incluindo orientações, recomendações ou encaminhamentos, conforme a finalidade e o público destinatário. A redação deve ser clara, precisa e fundamentada, expressando o raciocínio psicológico que sustenta o conteúdo.

A participação de psicólogos(os) em documentos multiprofissionais é possível, desde que sejam preservados o sigilo e a autonomia profissional. Destacam-se, ainda, os artigos 11, 12 e 13 da Resolução CFP nº 006/2019 (CFP, 2019b), que orientam sobre relatórios multiprofissionais e a comunicação dos resultados de avaliações psicológicas nesse contexto.

Etapas	Responsável
1. Identificar a demanda quanto à produção de documentos psicológicos, por parte do paciente/familiar/equipe ou por alguma instância judicial.	Psicólogo
2. Revisar prontuário eletrônico com o objetivo de levantar informações essenciais para a elaboração do documento.	Psicólogo
3. Em se tratando elaboração de documentos no contexto multiprofissional, haverá a necessidade de produção conjuntamente.	Psicólogo e Equipe Multi
4. Redigir o documento em conformidade com a Resolução do CFP Nº 006/2019.	Psicólogo
5. Entregar a quem de direito o documento para as devidas providências e desdobramentos.	Psicólogo
6. Realizar evolução no Sistema de Prontuário Eletrônico MV, constando o conteúdo do documento elaborado e data de entrega para o interessado.	Psicólogo

Registro no Sistema de Prontuário Eletrônico

O prontuário é essencial para a continuidade do cuidado e está regulamentado pela Lei nº 13.787/2018, que define normas para sua digitalização, uso e armazenamento. Nos serviços

multiprofissionais, constitui-se como documento único e compartilhado, contendo apenas informações necessárias ao atendimento. Conforme a Resolução CFP nº 001/2009, o(a) psicólogo(a) deve registrar todos os serviços prestados. Nos hospitais, esses registros são realizados no Sistema de Prontuário Eletrônico, seguindo a legislação vigente. Na UTI, a linguagem deve ser técnica e acessível à equipe multiprofissional, respeitando o sigilo e a privacidade do paciente. Os registros psicológicos têm como objetivos: documentar o atendimento, compartilhar informações com a equipe e contribuir para o cuidado integral do paciente (CFP, 2009).

Etapas	Responsável
1. Após a realização do atendimento psicológico de qualquer tipo (admissão, acompanhamento etc.) acessar o Sistema de Prontuário Eletrônico.	Psicólogo
2. A Admissão Psicológica de UTI pode ser registrada de acordo as informações previstas no Formulário de Admissão de UTI Adulto (Anexo 2).	Psicólogo
3. Para o registro de demais atendimentos psicológicos, após a realização da Admissão, descrever o atendimento realizado, com ênfase nas intervenções realizadas e nos procedimentos técnico-científicos adotados.	Psicólogo
4. Enquanto houver o acompanhamento psicológico do paciente de UTI e de sua família, o registro das intervenções psicológicas no sistema de prontuário deve ser regular.	Psicólogo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste **Guia Prático sobre Rotinas de Psicologia em Unidades de Terapia Intensiva – Adulto** reflete a necessidade crescente de sistematizar a atuação psicológica no contexto crítico, garantindo segurança, qualidade assistencial e alinhamento com as melhores práticas interdisciplinares. Fundamentado em evidências científicas, em normas institucionais e na experiência consolidada da equipe de psicologia da UTI, o guia busca oferecer diretrizes claras, éticas e tecnicamente embasadas para orientar a práxis profissional.

Ao propor rotinas e procedimentos padronizados, sem perder de vista a singularidade de cada paciente, família e situação clínica, reafirma-se o papel do psicólogo como integrante essencial da equipe multiprofissional, contribuindo para uma assistência integral, humanizada e centrada na pessoa.

Além disso, reconhece-se que cada instituição possui características organizacionais, estruturais e culturais próprias. Por isso, é fundamental que o psicólogo avalie criticamente as rotinas apresentadas e realize as adaptações necessárias à realidade local, sempre respeitando os princípios técnicos e éticos da profissão. Essa flexibilidade assegura que as práticas

recomendadas sejam aplicadas de forma coerente, viável e sensível ao contexto institucional no qual o profissional está inserido.

Assim, este material pretende não apenas apoiar o trabalho cotidiano de psicólogos e demais profissionais de UTI, mas também fortalecer processos de formação, pesquisa e aprimoramento contínuo, promovendo uma prática clínica mais qualificada e segura nos serviços de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). Resolução da Diretoria Colegiada – 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. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Azevedo-Santos, I. F., Nogueira Alves, I. G., Cerqueira Neto, M. L., Badauê-Passos, D., Santana-Filho, V. J., & Melo de Santana, J. (2017). Validation of the Brazilian version of Behavioral Pain Scale in adult sedated and mechanically ventilated patients. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(3), 271–277.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news—Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964998/>
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 1–7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X199400010000>

- Borges, K. M., Gubert, F. A., Oliveira, N. F., Lima, F. E. T., & Pinheiro, P. N. C. (2010). Visita de crianças em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(3), 300–304. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000300014>.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr., C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 359-363. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Botega, N. J. (Org.). (2002). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). Resolução nº 001/2009, de 30 de março de 2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2019a). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS* (1ª ed.). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2019b). Resolução CFP nº 006/2019: Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional. [https://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolucao-do-exercicio-profissional-6-2019-Conselho-federal-de-psicologia-BR\(1\).pdf](https://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolucao-do-exercicio-profissional-6-2019-Conselho-federal-de-psicologia-BR(1).pdf)
- Brauchle, E. M., Reiter, R., Latten, G. H., Kneyber, M. C. J., & Kneyber, R. M. (2023). Ten recommendations for child-friendly visiting policies in critical care. *Intensive Care Medicine*, 49(1), 341–344. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06870-5>.

- Clarke, C., & Harrison, D. (2001). The needs of children visiting on adult intensive care units: A review of the literature and recommendations for practice. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 61–68. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.3411733.x>.
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., Scruth, E. A., Harvey, M. A., Lewis-Newby, M., White, D. B., Swoboda, S. M., Cooke, C. R., Levy, M. M., Azoulay, E., & Curtis, J. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990: Dispõe sobre a Convenção sobre os Direitos da Criança, apensa por cópia ao presente decreto, será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém. Brasília, DF: Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., & Alhazzani, W. (2018). *Diretrizes de prática clínica para a prevenção e tratamento da dor, agitação/sedação, delirium, imobilidade e interrupção do sono em pacientes adultos na UTI*. Sociedade de Medicina Intensiva do Brasil. <https://www.somiti.org.br/wp-content/uploads/2024/08/somiti-diretrizes-de-dor-agitacao-delirium-imobilidade-e-sono-padis-guidelines.pdf>.
- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., & Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286(21), 2703–2710. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).
- Gusmao-Flores, D., Salluh, J. I. F., Dal-Pizzol, F., Ritter, C., Tomasi, C. D., Lima, M. A. S. D., Santana, L. R., Lins, R. M. P., Lemos, P. P., Serpa, G. V., Oliveira, J., Chalhub, R. Á., Pitrowsky, M. T., Lacerda, A. L., Koenen, K. C., & Quarantini, L. C. (2011). The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*, 66(11), 1917-1922. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011001100011>.
- Han, J. H., Wilson, A., Vasilevskis, E. E., Shintani, A., Schnelle, J. F., Dittus, R. S., Graves, A. J., Storrow, A. B., Shuster, J., & Ely, E. W. (2013). Diagnosing delirium in older emergency department patients: Validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Annals of Emergency Medicine*, 62(5), 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.004>.
- Herzberg, E., & Chammas, D. (2009). Triagem estendida: Serviço oferecido por uma clínica-escola de Psicologia. *Paideia*, 19(42), 107–114. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000100013>.
- Highfield, J., Wade, D., & Suntharalingam, G. (2022). *Intensive Care Society guidance and service specification: Integrated practitioner psychologists in intensive care units*. Intensive Care Society. <https://www.ics.ac.uk/ICS/ICS/Pdfs/Guidelines>
- Kim, M. M., Barnato, A. E., Angus, D. C., Fleisher, L. A., & Kahn, J. M. (2010). The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Archives of Internal Medicine*, 170(4), 369–376. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.521>

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.

Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456–1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1605501>.

Massaud-Ribeiro, L., Barbosa, M. C. de M., Panisset, A. G., Robaina, J. R., Lima-Setta, F., Prata-Barbosa, A., & Cunha, A. J. L. A. da (2021). Adaptação transcultural para o Brasil da Richmond Agitation–Sedation Scale para avaliação da sedação em terapia intensiva pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 33(1), 102-110.
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210011>

41

- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lienhart, A., Verdant, C., & Novel, E. (2001). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263.
- Pessoa, R. F., & Nácul, F. E. (2006). Delirium em pacientes críticos / Delirium in the critically ill patient. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(2), 190–195.
- Ramos, F. J. da S., Fumis, R. R. L., Azevedo, L. C. P. de, & Schettino, G. (2014). Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: Um levantamento multicêntrico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), 339–346. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140052>.
- Schneider, A. M. B., & Moreira, M. C. (2017). Psicólogo intensivista: Reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. *Trends in Psychology*, 25(3), 1225–1239. <https://doi.org/10.9788/TP2017.3-15Pt>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2019). *Nota técnica SEI-GDF n.º 1/2019 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GPSI*. Brasília, DF.
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O’Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P., & Elswick, R. K., Jr. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>.
- Souza, T. L., Azzolin, K. O., & Fernandes, V. R. (2018). Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0157. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157>.
- Souza, R. P. de (Org.). (2010). *Manual de humanização em medicina intensiva*. Editora Atheneu.

- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A Practical Scale *Lancet* 2: 81–84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANEXOS

Anexo 1: Planilha de Demandas Diárias – Psicologia

LISTA DE DEMANDAS DIÁRIAS - UTI TRAUMA A e B (3º ANDAR) - Psicologia				06/06/2023
L	PACIENTES	V.E.	DEMANDAS PSICOLÓGICAS	OBSERVAÇÕES/ROUND
1				
2				
3				
4				
5				

Formulário elaborado pela psicóloga Cibelle Antunes e residentes de psicologia

Anexo 3: Protocolo de Investigação para Visita Estendida na UTI Adulto – HB





PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PARA VISITA ESTENDIDA NA UTI ADULTO – IHBDF



Nome do paciente:		Idade:		Estado civil:	
Sexo:	Profissão:	Religião:	Data de internação:	Data de alta:	
Nome do familiar:		Grau de parentesco:			
Nome do familiar:		Grau de parentesco:			
Doença de origem:		HORÁRIO DA VISITA ESTENDIDA:			
Critério Paciente *					
☐ VIGIL ☐ ANSIOSO (AGITAÇÃO, AGRESSIVIDADE, MEDO) ☐ DEPENDENTE (síndrome, demências, doença mental)					
☐ DELÍRIUM ☐ VERBALIZA A NECESSIDADE DA PRESENÇA DO FAMILIAR ☐ DEPRESSIVO					
☐ ALIMENTAÇÃO ☐ SAINDO DA VM ☐ MENOR INTERNADO EM UTI ADULTO					
☐ CUIDADOS PALIATIVOS ☐ INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DA PSICOLOGIA PARA A FAMÍLIA ☐ ALTA DA UTI SINALIZADA					
*Necessário apenas um dos critérios para viabilizar a necessidade da permanência do familiar.					
Critério FAMÍLIA *					
☐ POSTURA COLABORATIVA ☐ GRAU DE ESTABILIDADE EMOCIONAL VISÍVEL					
☐ DISPONIBILIDADE INTERNA e INSTRUMENTAL DO FAMILIAR ☐ COMPROMETIMENTO COM A EQUIPE					
*Necessário preencher todos os critérios para viabilizar a permanência do familiar na UTI.					
OBSERVAÇÃO:					
Data: ____/____/____ Profissional que avaliou: _____ Assinatura e Carimbo: _____ Adaptado de SOUZA, R. P. (org). <i>Manual de Humanização em Medicina Intensiva</i> . São Paulo: Editora Atheneu, 2010.					

Elaborado pela Psicóloga Cibelle Antunes



CREDENCIAL E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA VISITA ESTENDIDA-UTI ADULTO DO IGESDF/HB

LEITO	PACIENTE	HORÁRIO DA VISITA ESTENDIDA	VALIDADE DA VISITA ESTENDIDA

Para as visitas junto à pessoa que se encontra internada nas UTIs Adulto do IGHOF/HB, estabelecemos metas de segurança e orientações aos visitantes.

- 1) Visita Social diária, com duração de uma (1) hora e
- 2) Visita estendida por critério da equipe da UTI.
- Para a **VISITA SOCIAL**, é permitido **DOIS (2)** visitantes por dia por leito de paciente de acordo com os horários das Visitas Sociais Diárias:

Unidades	Horários de Visita Social
UTI CIRURGICA	Das 15:00 às 16:00h
UTI NEUROTALIMIA	Das 15:30 às 16:30h
UTI GERAL	Das 16:00 às 17:00h
UTI CORONARIANA	Das 15:00 às 16:00h
UTI NEUROCIRURGICA	Das 15:00 às 16:00h

- Além da Visita Social, considerando critérios de tratamento, o paciente poderá ter autorização para **Visita Estendida**, em dias e horários acordados com a equipe da UTI Adulto/HB.
- Durante o horário de **VISITA ESTENDIDA** poderá permanecer **SOAMENTE UM (01)** visitante por vez, não sendo permitida a troca de visitantes no mesmo dia. Serão cadastrados até dois (02) visitantes para a Visita Estendida.
- O visitante da Visita Estendida deve estar em boa condição de saúde física e mental, sendo proibida a permanência sob efeito de álcool e/ou drogas.
- ATENÇÃO:** De acordo com o critério das equipes da UTI/HB, caso qualquer visitante descumpra as metas de segurança para o paciente ou venha a obstruir ou dificultar a realização de procedimentos considerados adequados ou necessários ao paciente, poderá vir a ser **descredenciado**, sendo assegurado o direito de novo cadastro de visitante.
- Pela equipe da UTI.

(Assinatura e Carimbo)

ORIENTAÇÕES À FAMÍLIA VISANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

- ✓ Durante a permanência na UTI, o visitante deverá estar identificado.
- ✓ O visitante e sair da UTI, higienizar as mãos com água e sabão ou gel.
- ✓ O visitante/familiar deverá permanecer somente ao lado do leito de seu paciente.
- ✓ É terminantemente proibido ao visitante circular pela UTI ou por outros leitos da unidade.
- ✓ O visitante/familiar deve ser, obrigatoriamente, maior de idade.
- ✓ É proibido sentar-se no leito do paciente ou colocar bolsas e outros pertences sobre o mesmo.
- ✓ Transmitir tranquilidade e emoções positivas ao paciente é uma das grandes contribuições que o apoio familiar e de pessoas queridas podem fornecer no tratamento. Assim, o visitante/familiar deverá evitar o desajuste, sobrecarga emocional com assuntos delicados da família ou problemas domésticos, à beira-leito.
- ✓ Não é permitida a entrada de alimentos na UTI.
- ✓ Não é permitida a utilização de aparelhos de celular dentro da UTI. Deite-os no modo silencioso e se precisar fazer ou receber ligações, fuja-os na parte externa de UTI.
- ✓ Não é permitido fotografar ou filmar o paciente ou a UTI.
- ✓ Em função de algum procedimento em seu familiar ou outro paciente da unidade, a equipe poderá solicitar que o visitante se retire e aguarde do lado de fora. É preciso atender essa solicitação prontamente, posteriormente poderemos dar as explicações necessárias.
- ✓ Em hipótese nenhuma o visitante deverá interferir nos aparelhos, sons, sondas ou curativos do paciente.
- ✓ Também não deve oferecer água ao paciente sem autorização de equipe. A leitura dos monitores e a realização de procedimentos são de inteira responsabilidade da equipe da UTI. O visitante poderá fazer somente o que for solicitado pela equipe, por exemplo, dar a alimentação ao seu familiar, se for o caso.
- ✓ A equipe médica fornecerá informações sobre a condição clínica do paciente apenas no horário regular de visita, durante a Visita Social.
- ✓ O propósito da Visita Estendida é a presença do familiar como agente terapêutico para o paciente internado na UTI.
- ✓ Em caso de dúvidas quanto a adequação ao ambiente, interwew, busque ajuda de algum membro da equipe.

Equipe da UTI Adulto do KESDF/HB

Nome Completo	Familiar Responsável
Idade	
Grau de Parentesco	
Documento de Identidade	
Variante 1 Variante 2	

(Assinatura do familiar)

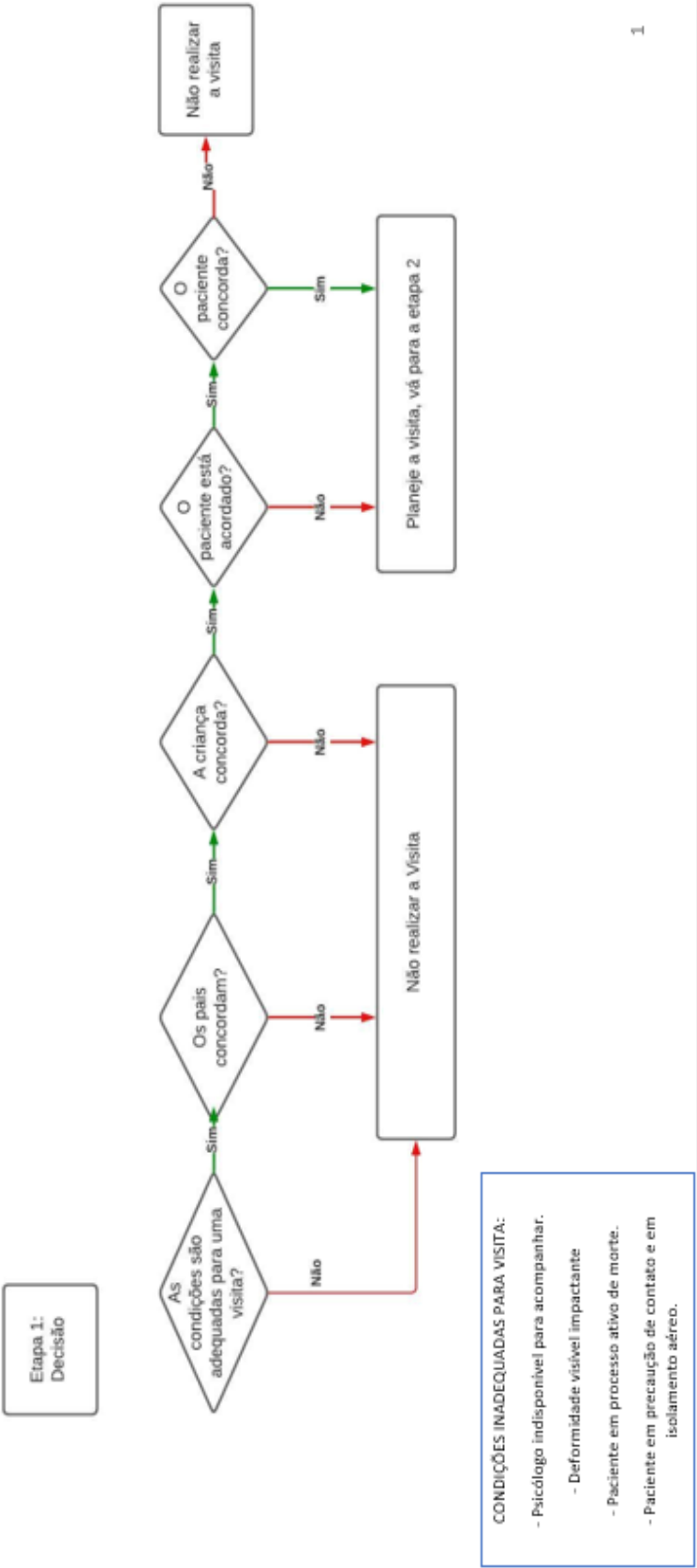
Brazil, _____

Anexo 5: Diagrama Árvore de Decisão para Visita de Menores de Idade em UTI

VISITA DE CRIANÇAS EM UTI – DIAGRAMA DE ÁRVORE DE DECISÃO e RECOMENDAÇÕES – Modelo para menores de 17 anos

Tradução e adaptação Psicóloga Cibelle Antunes Fernandes, Hospital de Base, UTI Adulto, abril de 2023.

FONTE: Brauchle M, Deffner T, Nudahl P; ICU Kids Study Group. Ten recommendations for child-friendly visiting policies in critical care. *Intensive Care Med.* 2023 Mar;49(3):341-344. doi: 10.1007/s00134-022-06974-w. [Epub. 2023 Jan 30. PMID: 36715706; PMCID: PMC9998315.](#)



Anexo 6: Autorização de Visita de Criança em UTI Adulto



Elaborado pela Psicóloga Cibelle Antunes



AUTORIZAÇÃO VISITA DE MENOR EM UTI ADULTO	ORIENTAÇÕES À FAMÍLIA VISANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE
Estamos autorizando a vinda do (a) menor identificado (a) abaixo, necessariamente com acompanhamento de um dos pais ou seu responsável legal, para avaliação, preparação e acompanhamento pelo Serviço de Psicologia da UTI, visando possível Visita Especial de Criança, a depender da avaliação, para o paciente aqui discriminado. Esta autorização tem validade apenas para o período aqui determinado. De acordo com o critério da equipe da UTI, essa autorização pode ser suspensa ou alterada, a qualquer tempo. 1. Paciente: _____ UTI: _____ Leito: _____ 2. Menor: _____ Identidade: _____ Parentesco: _____ 3. Um dos pais ou responsável legal: _____ Identidade: _____ Parentesco: _____ 4. Visita _____ Dia autorizado: _____ Horário autorizado de chegada: _____ Brasília, ____/____/____ Equipe da UTI que autorizou a visita: _____	✓ Ao entrar e sair da UTI higienizar as mãos com água e sabão ou com álcool gel. ✓ O acompanhante/familiar deverá permanecer somente ao lado do leito de seu paciente. É terminantemente proibido ao acompanhante circular pela UTI ou por outros leitos da unidade. ✓ O acompanhante/familiar deve ser, obrigatoriamente, maior de idade. ✓ É proibido sentar no leito do paciente e colocar bolsas ou outros pertences sobre o mesmo. ✓ Transmitir tranquilidade e emoções positivas ao paciente é uma das grandes contribuições que o apoio familiar e de pessoas queridas podem fornecer no tratamento. Assim, o acompanhante familiar deverá evitar o desespero, sobrecarga emocional com assuntos delicados da família ou problemas domésticos. ✓ Não é permitida a entrada de alimentos na UTI. ✓ Não é permitida a utilização de aparelhos de celular dentro da UTI. Deixe-os no modo silencioso e se precisar fazer ou receber ligações, faça-o na parte externa da UTI. ✓ Não é permitido fotografar ou filmar o paciente ou a UTI. ✓ Em função de algum procedimento em seu familiar ou outro paciente da unidade, a equipe poderá solicitar que o acompanhante se retire e aguarde do lado de fora. É preciso atender essa solicitação prontamente, posteriormente poderemos dar as explicações necessárias. ✓ Em hipótese nenhuma o acompanhante deverá interferir nos aparelhos, soro, sondas ou curativos do paciente. Também não deve oferecer água ao paciente sem autorização da equipe. A leitura dos monitores e a realização de procedimentos é de inteira responsabilidade da equipe da UTI. O acompanhante poderá fazer somente o que for solicitado pela equipe, por exemplo, dar a alimentação ao seu familiar, se for o caso. Equipe da UTI ADULTO HB. Brasília, ____/____/____ Declaro estar ciente das informações transmitidas acima: _____

CAPÍTULO 2: ENFRENTAMENTO E OUTRAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Victoria Alves Ferreira de Almeida

Graziela Sousa Nogueira

Este capítulo tem como objetivo discutir a respeito das variáveis psicológicas que se manifestam diante do estresse gerado por uma internação em UTI. Entre elas estão o enfrentamento, locus de controle, resiliência, ansiedade, depressão e a adesão ao tratamento. Ao longo deste capítulo, estas e outras variáveis serão discutidas de forma mais aprofundada, tendo em vista que as variáveis psicológicas são elementos muito presentes no ambiente de UTI e que o(a) psicólogo(a) que atua em tais unidades lida diariamente com essas demandas ao oferecer suporte psicológico aos pacientes e familiares, seu domínio teórico e prático (avaliação e intervenção) constitui pré-requisito obrigatório à atuação do psicólogo (a) neste contexto.

Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar altamente organizado voltado para o fornecimento de cuidados a pacientes em estado crítico que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínuas, bem como de recursos humanos e materiais especializados. Devido à complexidade desses tratamentos e suas limitações impostas, vivenciar uma internação em UTI pode ser um evento altamente estressante para pacientes e familiares, acarretando repercussões tanto físicas quanto psicológicas (Barth et al., 2016). Tendo em vista o impacto emocional e psicológico que este tipo de situação pode trazer destaca-se a essencialidade da assistência psicológica. São muitas variáveis psicológicas investigadas e monitoradas durante todo o processo de internação, que representam o lidar do paciente e familiares com o evento, podendo representar manifestações mais ou menos adaptativas.

Primeiramente, é importante salientar que, no presente trabalho, utilizaremos o termo “variável psicológica” para nos referir à *constructo psicológico*, o qual se refere a uma abstração teórica que representa um fenômeno psicológico e pode ser utilizado para compreender, descrever ou medir aspectos do comportamento humano, processos mentais ou características psicológicas.¹ Conceitos como "personalidade", "depressão" ou "autoeficácia" são considerados exemplos de constructos psicológicos. São termos que nos ajudam a organizar e interpretar a complexidade da experiência humana. Esses constructos são subjetivos, mas sua manifestação pode ser evidenciada a partir de comportamentos, sentimentos e experiências de uma pessoa.

¹ Retirado de: "O que é um construto psicológico" – Glossário da Estatística Fácil. Disponível em: <https://estatisticafacil.org/>

Este capítulo tem como objetivo discutir a respeito das variáveis psicológicas que se manifestam diante do estresse gerado por uma internação em UTI. Entre elas estão o **enfrentamento**: *o processo dinâmico pelo qual um indivíduo tenta lidar com as situações desafiadoras com as quais se depara ao longo da vida*; **a resiliência**: *a capacidade de se adaptar e se recuperar frente a situações adversas*; **o locus de controle**: *a percepção de um indivíduo sobre as causas dos eventos que ocorrem em sua vida*; e **a adesão**: *o grau em que um paciente segue as recomendações médicas e terapêuticas prescritas* (Camarneiro, 2021; Lazarus & Folkman, 1984; Ribeiro, 2000). Ao longo deste capítulo, estas e outras variáveis serão discutidas de forma mais aprofundada, tendo em vista que as variáveis psicológicas são elementos muito presentes no ambiente de UTI e que o(a) psicólogo(a) que atua em tais unidades lida diariamente com essas demandas ao oferecer suporte psicológico aos pacientes e familiares, seu domínio teórico e prático (avaliação e intervenção) constitui pré-requisito obrigatório à atuação do psicólogo(a) neste contexto.

Ademais, cabe ênfase quanto a necessidade da realização de pesquisas sobre o enfrentamento e outras variáveis psicológicas em contexto de UTI para melhor compreensão daquelas envolvidas no processo de adoecimento e internação, permitindo aos psicólogos(as) intensivistas implementarem planos terapêuticos mais adaptados e direcionados às necessidades específicas de cada indivíduo. Assim, acredita-se que a aplicação dos conhecimentos gerados por estudos na área pode levar ao aprimoramento da prática assistencial, do fazer do(a) psicólogo(a) em UTI e contribuir para um ambiente mais humanizado e qualificado. Ademais, os resultados dessas pesquisas também podem ser utilizados para capacitar a equipe multiprofissional, aumentando a conscientização dos outros profissionais da saúde sobre a importância do suporte psicológico e valorizando sua participação nos cuidados diários.

Levando em consideração as reflexões anteriores a respeito das variáveis psicológicas presentes no contexto de Terapia Intensiva, para estruturação deste Capítulo se partiu de algumas questões norteadoras que serão respondidas no decorrer do mesmo, a partir do arcabouço teórico e científico levantado: Quais são as principais variáveis psicológicas ou correlatas que se apresentam neste contexto? Como nós psicólogos(as) podemos avaliá-las e, em seguida, traçar um plano terapêutico condizente com as necessidades de cada paciente e familiar?

Para fins didáticos, este Capítulo será apresentado em tópicos que irão abordar as principais variáveis psicológicas identificadas durante o processo de revisão de literatura: 1. Estresse; 2. Modelos de *Coping*/Enfrentamento; 3. Locus de controle, autoeficácia e adesão; 4.

Psicologia positiva: resiliência e florescimento; e 5. Outras variáveis psicológicas: esperança, ansiedade e depressão.

A Internação na UTI: um Evento Estressor

Durante a revisão de literatura foi observada uma quantidade elevada de trabalhos cuja temática principal tem como foco o estresse e os principais estressores vivenciados pela tríade em UTI (paciente-equipe-família). Tal fato sustenta a relevância da mesma para a atuação do(a) psicólogo(a) em UTI.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o estresse é a resposta do organismo a qualquer situação que desafie sua capacidade de adaptação ou ajuste. Ele pode ser provocado por situações externas (estressores) que são vistas como ameaçadoras ou desafiadoras para o bem-estar do indivíduo. O estresse é descrito como uma relação entre o indivíduo e o ambiente, na qual o indivíduo avalia que seus recursos são insuficientes para lidar com a situação desafiadora e que isso coloca seu bem-estar em risco (Lazarus & Folkman, 1984). Essa resposta imediata envolve mudanças fisiológicas, emocionais e comportamentais que preparam o indivíduo para enfrentar o evento ameaçador, seja por meio da evitação/esquiva ou do enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984).

Para Bitencourt et al. (2007), o estresse é uma condição que envolve tensão, tanto fisiológica quanto psicológica, e pode impactar as pessoas em diversas dimensões. A resposta ao estresse é determinada pela intensidade, duração e abrangência do fator estressor, bem como pelo número de estressores presentes no momento da vivência. Em pacientes internados em UTI, o estresse pode levar a consequências psicológicas, como ansiedade, depressão, raiva, negação e dependência, além de alterações cognitivas, como o *delirium*. Essas consequências podem, inclusive, prejudicar a qualidade de vida dos pacientes após a alta hospitalar. Por isso é de extrema importância que os principais estressores sejam identificados para que estratégias sejam desenvolvidas com o objetivo de minimizá-los.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), os eventos podem ser classificados como positivos, negativos ou neutros. São justamente os acontecimentos percebidos como estressantes que geram estresse. Nesse sentido, Rutter (1996, citado por Simões, 2012) destaca o papel ativo que as pessoas desempenham no impacto destes eventos. Um determinado fator de estresse ou evento não é vivenciado da mesma maneira por todos os membros de uma família, por exemplo. Isto ocorre devido às características individuais, à percepção que o indivíduo tem do acontecimento, ao seu grau de envolvimento, às relações e como são percebidas e processadas (Simões, 2012). Ou seja, um mesmo estressor pode gerar respostas

diferentes de estresse a depender de cada indivíduo. Algo extremamente estressante para um, pode ser classificado como irrelevante para outro. Desta forma, não podemos partir do princípio de que os principais estressores presentes em um ambiente de UTI provocarão as mesmas reações em pacientes e familiares.

Percebe-se, portanto, que as causas do estresse em ambientes de terapia intensiva são multifatoriais, envolvendo uma multiplicidade de variáveis físicas, emocionais e sociais. Essa complexidade dificulta a categorização precisa dos estressores, uma vez que eles se manifestam de forma inter-relacionada e podem variar de acordo com as experiências individuais de pacientes e familiares. Alguns estudos, no entanto, conduzidos com pacientes e familiares, buscaram classificar quais seriam os principais estressores presentes em uma UTI. Estes indicaram a exposição a três tipos de estressores: ambientais, físicos e psicológicos.

Nos estudos de Bitencourt et al. (2007) e Lima et al. (2024), por exemplo, foi identificado que, para os pacientes internados em UTIs, os principais fatores de estresse estão relacionados ao ambiente hospitalar altamente tecnológico e à perda de autonomia sobre o próprio corpo. Aspectos como procedimentos invasivos (tubo orotraqueal e sondas), dor, restrição de mobilidade, privação de sono, ruído constante, perda de privacidade e a sensação de perda de controle sobre o próprio corpo são relatados repetidamente como fontes centrais de sofrimento (Bitencourt et al., 2007; Dias et al., 2015). Em levantamento realizado por Bitencourt et al. (2007), por exemplo, itens como “ter tubos no nariz e/ou boca” e “não ter controle de si mesmo” figuraram entre os fatores mais estressores previamente identificados pelos próprios pacientes, evidenciando que a procedimentos invasivos e a diminuição da autonomia corporal desempenham papel importante na experiência negativa da internação.

Esses estressores físicos e ambientais somam-se a dimensões psicológicas mais sutis, como o medo da morte, confusão cognitiva (*delirium*), sensação de vulnerabilidade e perda de identidade, que podem persistir após a alta e contribuir para sequelas psíquicas, como ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Bitencourt et al., 2007; Dias et al., 2015). Além disso, a incerteza quanto ao diagnóstico e ao tratamento, aliada à dor e ao medo de complicações graves, contribui significativamente para o aumento da ansiedade (Bitencourt et al., 2007; Lima et al., 2024). A separação da família também se destaca como um fator relevante, pois muitos pacientes se sentem isolados e vulneráveis durante o processo de internação.

A família do paciente crítico vivência, por sua vez, um conjunto diferenciado de estressores que giram em torno da incerteza prognóstica, da dificuldade de comunicação com o ente querido (especialmente em casos de sedação ou coma), da sensação de impotência diante das decisões clínicas e do medo da perda. O sofrimento é intensificado pela preocupação

constante com a saúde do familiar e pela dificuldade de acesso a informações claras sobre seu estado clínico. O ambiente da UTI, marcado por uma atmosfera de emergência e incerteza, intensifica essa sensação de angústia, enquanto a espera contínua e a limitação do contato com o paciente reforçam o estresse e a sensação de impotência entre os familiares (Bitencourt et al., 2007; Lima et al., 2024).

Estudos nacionais que avaliaram familiares em contexto de UTI indicam que a presença de coma do paciente, a impossibilidade do mesmo falar e o motivo da internação encontram-se entre os principais fatores de estresse relatados por familiares, demonstrando a centralidade do vínculo e da comunicação como fontes de sofrimento. A ambiguidade do papel familiar, entre desejar participar do cuidado e sentir-se excluído dos processos decisórios, tende a intensificar emoções de ansiedade e culpa, além de prejudicar o uso de estratégias adaptativas de enfrentamento se não houver suporte informativo e emocional adequado por parte da equipe de saúde (Barth et al., 2016).

A equipe multiprofissional que atua na UTI também está exposta a condições que favorecem estresse ocupacional: decisões rápidas e de alto impacto, confrontação frequente com dor e morte, rotinas intensivas, sobrecarga de trabalho, conflitos éticos e ambientais como ruído, iluminação, turnos prolongados. Lucchesi et al. (2008) enfatizam que a complexidade técnica da UTI impõe também demanda psicológica elevada aos profissionais, que frequentemente recorrem a mecanismos de defesa e ajustes emocionais para manter o funcionamento operacional. Esse desgaste, se não abordado, amplia o risco de *burnout*, dessensibilização e prejuízo à qualidade da comunicação com pacientes e familiares. Além disso, evidências empíricas (Bitencourt et al., 2007) mostram que, em comparações entre pacientes, familiares e profissionais, a percepção global de estressores pode ser maior entre os cuidadores, o que ressalta a heterogeneidade das experiências e a necessidade de políticas institucionais de suporte à equipe.

Quando se analisa a tríade paciente–família–equipe de forma integrada, nota-se convergências e divergências: converge-se quanto ao reconhecimento da UTI como espaço estressor e à identificação do papel crucial da comunicação e da presença familiar na redução do sofrimento; diverge-se, entretanto, na natureza e intensidade dos estressores percebidos por cada grupo. De forma resumida, pacientes enfatizam a realização de procedimentos invasivos e o desconforto físico, familiares apontam a incerteza e a ruptura da comunicação, e profissionais assinalam carga ocupacional e dilemas éticos. Essas diferenças explicam por que intervenções fragmentadas, focadas exclusivamente no controle médico ou somente na família,

tendem a ser insuficientes: o cuidado em UTI exige ações que reconheçam a interdependência entre as dimensões biológica, psicológica e social.

No campo teórico e ético, a UTI coloca em evidência dilemas sobre a dignidade, a autonomia e os limites da intervenção tecnológica. Pessini (2016) discute como as decisões no limiar entre vida e morte colocam o profissional e a instituição diante de questões éticas complexas, o que acrescenta uma camada de estresse moral tanto para a equipe quanto para familiares diante de escolhas difíceis. A ética em UTI, portanto, não é apenas um referencial abstrato, mas um componente real do sofrimento: a falta de transparência, a comunicação inadequada sobre prognóstico e a sensação de exclusão de familiares na tomada de decisão ampliam angústias e conflitos (Pessini, 2016). Por outro lado, práticas de cuidado humanizado, que buscam centrar a assistência na dignidade do paciente, têm sido apontadas como contrapeso a esse quadro. Estudos reflexivos sobre cuidado humanizado em terapia intensiva, como o de Caetano et al. (2007), ressaltam a importância de ações que preservem a subjetividade do paciente e reconheçam o papel da família enquanto agente terapêutico e moral no processo de cuidado.

Diante desse panorama, a atuação do(a) psicólogo(a) em UTI revela-se essencial e multifacetada. Intervenções centrais incluem acolhimento e escuta clínica de pacientes conscientes, avaliação de estressores e triagem de risco para sequelas psicológicas, psicoeducação e orientação a familiares sobre o quadro clínico e estratégias de enfrentamento, além do suporte e supervisão à equipe multiprofissional para prevenção de desgaste emocional e promoção de práticas de humanização (Caetano et al., 2007; Lucchesi et al., 2008). Desta forma, podemos inferir que, medidas como melhora na comunicação, informação clara e organizada, facilitação da presença familiar e intervenções breves de regulação emocional podem reduzir índices de estresse em familiares e pacientes, além de favorecer maior eficácia no cuidado ao paciente.

Com base nas evidências apresentadas, recomenda-se um conjunto de estratégias práticas e embasadas para manejo do estresse em UTI: (a) institucionalizar protocolos de triagem psicológica na admissão e monitoramento longitudinal do paciente e da família, permitindo priorização de intervenções; (b) sistematizar sessões informativas e de psicoeducação para familiares, com linguagem clara sobre prognóstico, procedimentos e possibilidades de participação no cuidado; (c) promover práticas de humanização (flexibilização de visitas quando possível, controle de ruído, preservação do sono e da privacidade) e integrar a família como recurso terapêutico; (d) ofertar espaços regulares de escuta, supervisão e *debriefing* para a equipe, mediado por psicólogo(a), para reduzir o impacto

do estresse ocupacional e prevenir *burnout*; e (e) avaliar continuamente os resultados das intervenções por meio de indicadores de saúde mental, satisfação familiar e adesão ao tratamento, assegurando ajustes baseados em evidência (Caetano et al., 2007; Barth et al., 2016; Bitencourt et al., 2007; Dias et al., 2015; Lucchesi et al., 2008; Pessini, 2016).

Percebe-se que, apesar da importância das UTIs no tratamento e cuidado de pacientes críticos, esse contexto ainda apresenta características com potencial iatrogênico, acarretando impactos psicológicos em razão de estressores físicos, psicológicos e ambientais, inerentes ao ambiente hospitalar, procedimentos, equipe de saúde e família que podem afetar os pacientes durante ou após o período de internação (Lima et al., 2024). A intervenção psicológica estruturada e integrada ao cuidado é um componente necessário para reduzir sofrimento, promover humanização e favorecer desfechos clínicos e psicossociais mais favoráveis. A incorporação de protocolos, a atenção à ética comunicativa e a alocação de recursos para o suporte psicossocial são medidas imprescindíveis para transformar a UTI em um ambiente de cuidado que preserve a dignidade humana em situações de máxima vulnerabilidade.

Modelos de *Coping*/Enfrentamento

Uma das definições clássicas de enfrentamento ou *Coping* é a proposta por Lazarus e Folkman (1984). De acordo com os autores, o enfrentamento é definido como um processo complexo e dinâmico pelo qual um indivíduo tenta gerenciar e lidar com as demandas internas e externas que são percebidas como desafiadoras ou ameaçadoras ao seu bem-estar, ou seja, estressoras. O enfrentamento ainda pode ser subdividido em dois subtipos: focado no problema e focado na emoção.

O primeiro direciona esforços para resolver ou lidar diretamente com o problema. Pacientes e familiares podem usar estratégias de enfrentamento focadas no problema ao buscar informações detalhadas sobre o tratamento e se envolver ativamente nas decisões médicas (Lazarus & Folkman, 1984). O segundo envolve lidar com as emoções geradas pela situação estressante. Este tipo de enfrentamento envolve esforços no sentido de regular as respostas emocionais negativas decorrentes do estresse (Lazarus & Folkman, 1984), por exemplo, um paciente em UTI pode demonstrar enfrentamento focado na emoção ao chorar enquanto fala sobre seu estado de saúde.

Nos ambientes hospitalares também é muito comum a manifestação de um terceiro modelo, o enfrentamento de base religiosa/espiritual, que consiste em se amparar em crenças religiosas ou na espiritualidade diante de momentos de crise (Woinarovicz & Moreira, 2020). Este modelo pode ser positivo ao promover conforto e apoio em práticas religiosas ou

espirituais, a exemplo um paciente que reza diariamente para fortalecer sua esperança e enfrentar a doença; ou negativo, quando potencializa o sofrimento, por exemplo, culpar a si mesmo ou aos outros por falta de fé, se sentir abandonado por Deus ou acreditar que a doença é uma punição divina. É muito importante que o(a) psicólogo(a) seja capaz de identificar quais os tipos de enfrentamento que os pacientes e familiares assistidos se amparam, bem como se tal enfrentamento se mostra adaptativo ou desadaptativo.

O *coping* utilizado tende a variar conforme a percepção de controle, o tipo de estressor e as características do contexto. O *coping* focado no problema manifesta-se predominantemente em situações de tomada de decisão, planejamento ou resolução prática de dificuldades, como ocorre em condições clínicas em que há possibilidade de colaboração ativa no tratamento. Estratégias como busca de informação, planejamento e ação direta são exemplos típicos desse modelo (Antoniazzi et al. 2000; Woinarovicz & Moreira, 2020).

O *coping* focado na emoção, por sua vez, predomina em situações de alta imprevisibilidade, ambiguidade ou iminência de perdas. Ele se expressa por comportamentos como negação, distanciamento, autoexpressão emocional ou busca por suporte social emocional. Famílias de pacientes internados em UTI, por exemplo, frequentemente utilizam estratégias emocionais diante da impossibilidade de intervir diretamente no quadro clínico do paciente (Antoniazzi et al., 2000; Woinarovicz & Moreira, 2020). Em revisão sistemática, Woinarovicz e Moreira (2020) identificaram que familiares de pacientes críticos recorrem com frequência a estratégias de regulação emocional, tais como apoio afetivo, choro, oração e esperança, por considerarem o adoecimento como evento de difícil previsibilidade e baixo controle.

Dreffi et al. (2013), ao investigarem familiares de pacientes em UTI, observaram que mecanismos centrados na emoção, são predominantes no enfrentamento da ansiedade e da incerteza frente ao estado clínico do paciente. Já o *coping* religioso-espiritual manifesta-se com maior intensidade em situações de sofrimento extremo, risco de morte e ruptura da rotina, funcionando como estratégia de suporte simbólico e emocional.

Em estudo com pacientes clínicos internados, Lima et al. (2022) verificaram que práticas religiosas, como oração e confiança em uma força superior, auxiliam na redução do medo e na reorganização subjetiva do adoecimento, sendo percebidas como fontes de conforto, esperança e estabilidade emocional. Adicionalmente, fatores culturais influenciam fortemente o uso de *coping* religioso-espiritual. Lima et al. (2022) apontam que, no contexto brasileiro, práticas espirituais frequentemente funcionam como recurso coletivo de enfrentamento, refletindo valores culturais que entrelaçam saúde, transcendência e comunidade.

O uso e a eficácia das estratégias de *coping* dependem de um conjunto de recursos pessoais, sociais e ambientais. Lazarus e Folkman (1984) destacam que crenças, repertório cognitivo, histórico de enfrentamento e traços de personalidade modulam a avaliação primária do estressor e a seleção das estratégias. Sujeitos que acreditam possuir capacidade para agir, por exemplo, tendem a empregar estratégias ativas. Em contrapartida, crenças de impotência ou pessimismo generalizado favorecem estratégias passivas ou emocionais (Antoniazzi et al., 2000).

Entre os recursos pessoais que podem favorecer o enfrentamento adaptativo, podemos citar alguns como flexibilidade cognitiva, senso de coerência, histórico prévio e regulação emocional. A flexibilidade cognitiva, por exemplo, permite ao indivíduo alterar estratégias quando percebe que uma abordagem anterior deixou de ser eficaz, aspecto considerado central por Lazarus e Folkman (1984) ao descreverem o *coping* como um processo dinâmico e mutável. Indivíduos cognitivamente flexíveis tendem a alternar entre o enfrentamento focado no problema e o centrado na emoção de acordo com as demandas do contexto, como um familiar de paciente internado que, ao perceber que não pode influenciar decisões médicas, desloca-se da busca por informações para a mobilização de apoio social. Outro recurso importante é o senso de coerência, conceito discutido por Antoniazzi et al. (2000), que envolve a percepção de que o evento estressor é compreensível, manejável e significativo. Assim, uma melhor compreensão da lógica dos procedimentos intensivos e reconhecimento do tratamento podem favorecer maior engajamento adaptativo.

O histórico prévio de eventos estressores amplia o repertório de respostas: pessoas que já atravessaram situações difíceis, como doenças familiares ou crises financeiras, tendem a reutilizar estratégias bem-sucedidas em novos desafios, como apontam Dreffs et al. (2013). A regulação emocional, por sua vez, influencia diretamente a efetividade do *coping* centrado na emoção. Segundo Antoniazzi et al. (2000), identificar e regular emoções como medo e frustração reduz a probabilidade de ansiedade elevada e favorece decisões mais ajustadas em situações críticas.

Já entre os fatores que podem comprometer o enfrentamento adaptativo podemos citar rigidez cognitiva, baixa tolerância à incerteza e vulnerabilidade emocional prévia. A rigidez cognitiva, que consiste em dificuldade em revisar crenças e abandonar estratégias ineficazes, frequentemente leva à persistência de respostas desajustadas, como a negação insistente da gravidade de um quadro clínico mesmo diante de informações confiáveis da equipe (Lazarus & Folkman, 1984). A baixa tolerância à incerteza, especialmente presente em ambientes como

UTIs, pode gerar hipervigilância, preocupação constante e busca inflexível por garantias, dificultando a adaptação (Woinarovicz & Moreira, 2020).

Além disso, vulnerabilidades emocionais prévias, como histórico de depressão, luto ou experiências traumáticas não elaboradas, tendem a reduzir a capacidade de mobilização de estratégias eficazes, favorecendo respostas desorganizadas ou incompatíveis diante de situações estressoras intensas (Lima et al., 2022). Assim, fica evidente que o *coping* depende não apenas das características do estressor, mas também de um complexo conjunto de fatores individuais que podem ampliar ou limitar a capacidade de adaptação em momentos de crise.

No âmbito socioambiental, os vínculos familiares, a estabilidade das redes sociais, a presença de suporte emocional, as condições econômicas e o apoio institucional também possuem impacto significativo (Antoniazzi et al., 2000). Recursos ambientais também interferem no *coping*: políticas de humanização, condições de acolhimento, acesso a informações claras e espaços de suporte psicossocial possibilitam que indivíduos mobilizem estratégias mais adaptativas (Antoniazzi et al., 2000).

A literatura sobre *coping* em UTI demonstra que o suporte da equipe multiprofissional e a qualidade da comunicação são elementos fundamentais para diminuir a ansiedade e favorecer estratégias adaptativas entre familiares. Em ambientes em que a comunicação é limitada, ambígua ou excessivamente técnica, familiares tendem a adotar estratégias mais defensivas, como negação e distanciamento emocional (Dreffe et al., 2013; Woinarovicz & Moreira, 2020).

O enfrentamento constitui um processo complexo influenciado pela avaliação cognitiva, pelos recursos pessoais, pelas condições socioculturais e pela natureza do estressor. Os modelos centrais (*coping* focado na emoção, no problema e o religioso/espiritual) não são excludentes, podendo coexistir e alternar-se conforme as condições do contexto. De modo geral, situações percebidas como controláveis favorecem estratégias centradas no problema, enquanto eventos de alta incerteza tendem a acionar estratégias emocionais e espirituais (Antoniazzi et al., 2000).

Assim, o enfrentamento não pode ser compreendido apenas como atributo individual, que ocorre de maneira isolada, mas sim como processo relacional sustentado por múltiplos fatores pessoais e socioambientais que incluem suporte social, comunicação eficaz, valores culturais e políticas de cuidado humanizado. Compreender o *coping* implica considerar não apenas a resposta individual ao estresse, mas os sistemas e fatores que favorecem ou limitam as possibilidades de enfrentamento.

Lócus de Controle, Autoeficácia e Adesão

Lócus de controle refere-se à percepção de um indivíduo sobre as causas dos eventos que ocorrem em sua vida. *Lócus de controle interno* é a crença de que as próprias ações e decisões influenciam diretamente os resultados, enquanto *lócus de controle externo* atribui os resultados a forças externas, como sorte, destino ou outras pessoas (Ribeiro, 2000). Essa distinção é crucial para compreender como as pessoas lidam com situações desafiadoras.

De acordo com Ribeiro (2000), pesquisas indicam que um lócus de controle interno está frequentemente associado a maior autoestima, resiliência e a características mais favoráveis nos âmbitos afetivo-social e cognitivo, uma vez que os indivíduos que acreditam deter controle sobre suas próprias vidas tendem a ser mais tolerantes, sociáveis, intelectualmente eficazes, afirmativos e independentes.

O lócus de controle interno está associado à percepção de responsabilidade pessoal sobre a própria saúde. Indivíduos com esse padrão tendem a buscar informações, seguir orientações médicas e participar ativamente do processo de recuperação. Por exemplo, um paciente pode reconhecer que sua internação na UTI ocorreu em razão de hábitos de vida inadequados, como tabagismo ou alimentação desregrada, e demonstrar disposição para mudar após a alta. Nesses casos, o lócus interno funciona de modo adaptativo, favorecendo o engajamento no cuidado e a adesão ao tratamento. Contudo, quando excessivo, pode tornar-se disfuncional, levando à autculpa e à autodepreciação, o que aumenta o risco de ansiedade e depressão.

A equipe de saúde, nesses casos, deve validar os sentimentos, ajudar o paciente a diferenciar responsabilidade de culpa e oferecer um plano realista de reabilitação e apoio psicológico (Ribeiro, 2000; Santos et al., 2019; Santos & Faro, 2018). Esse tipo de lócus de controle é também relacionado a maior *autoeficácia*, conceito introduzido por Bandura (1977, citado por Santos et al., 2019), que defende que a *crença na capacidade de controlar os próprios resultados contribui significativamente para o sucesso e para a superação de dificuldades*.

Ainda sobre a autoeficácia, Santos et al. (2019) complementam que *a mesma está diretamente relacionada a resultados positivos em saúde e trata-se da crença dos indivíduos em sua própria capacidade de organizar e implementar estratégias para alcançar objetivos específicos, bem como de influenciar o ambiente e lidar com as situações que vivenciam* (Castro et al., 2010). Os autores afirmam que altos níveis de autoeficácia facilitam o desempenho e o enfrentamento diante de eventos estressores, diminuindo a vulnerabilidade do indivíduo ao estresse e à depressão. Quanto mais forte for a autoeficácia percebida mais ousadas tendem a

ser as metas estabelecidas e, mais seguramente, as pessoas tendem a se comprometer com elas (Santos et al., 2019).

Os indivíduos com mais elevada autoeficácia percebida têm mais probabilidade de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamentos com antecedência e serem mais otimistas em relação à eficácia destes (Santos et al., 2019). A autoeficácia pode ser um importante e modificável preditor para adoção de comportamentos mais saudáveis, pois, quando o indivíduo entende que possui recursos suficientes para lidar com sua doença, tem mais chances de procurar maneiras eficazes para seu tratamento (Santos et al., 2019).

Quanto ao *locus* de controle externo, existe a tendência de atribuir os acontecimentos a forças externas, como destino, sorte, outras pessoas ou Deus. Esse tipo de percepção é muito frequente entre pacientes e familiares na UTI, onde as situações de risco e incerteza são intensas. Estudos sobre espiritualidade e enfrentamento mostram que a religiosidade e a fé são estratégias amplamente utilizadas por famílias e pacientes críticos (Woinarovicz & Moreira, 2020). Assim, quando um paciente afirma que “vai ser Deus quem decide se vou melhorar”, essa visão pode ser funcional, pois oferece consolo, sentido e esperança em um contexto de pouca previsibilidade. No entanto, o *locus* externo torna-se disfuncional quando promove passividade, recusa de tratamento ou conflitos familiares, como quando o paciente ou a família acreditam que apenas a vontade divina decide o desfecho e, por isso, recusam medidas médicas adequadas (Woinarovicz & Moreira, 2020).

De acordo com Ribeiro (2000), este tipo de *locus* de controle pode estar relacionado a sentimentos de impotência e estresse, uma vez que os indivíduos percebem pouco poder sobre seus próprios destinos. Indivíduos com *locus* de controle externo costumam exibir comportamentos mais agressivos, frequentemente devido à sensação de impotência e frustração. Além disso, os externos tendem a ser mais dogmáticos, desconfiados de si mesmos e dos outros, utilizando com maior frequência mecanismos de defesa (Joe, 1971, citado por Ribeiro, 2000).

Portanto, percebemos que ambos os tipos de *locus* de controle possuem características favoráveis e desfavoráveis aos indivíduos que os possuem, a depender do tipo de situação a qual estão enfrentando. Ribeiro (2000) afirma que indivíduos com *locus* de controle interno tendem a obter melhores resultados em situações que envolvem competência, enquanto aqueles com *locus* de controle externo apresentam vantagens em contextos em que a sorte desempenha um papel mais significativo.

O tipo de *locus* de controle também se relaciona às estratégias de *coping*, anteriormente mencionadas. Pessoas com *locus* interno tendem a adotar o enfrentamento focado no problema,

buscando soluções práticas, informação e participação nas decisões médicas. Já aquelas com *locus* externo frequentemente recorrem ao *coping* focado na emoção ou de base religiosa, caracterizados por busca de conforto, aceitação ou sentido, estratégias que podem ser altamente protetoras em contextos em que há pouco controle real, como na UTI (Woinarowicz & Moreira, 2020). Assim, o *locus* de controle externo pode ser benéfico quando ajuda o paciente a aceitar e encontrar sentido na situação vivenciada, na crise, mas prejudicial quando leva à negação ou à omissão.

Compreender esses conceitos e identificá-los durante sua abordagem com pacientes e familiares ajuda psicólogos(as) a desenvolver intervenções mais efetivas e a promover estratégias que capacitem os indivíduos a assumir um papel mais ativo em suas vidas. Na prática clínica da UTI, reconhecer o *locus* de controle do paciente e de seus familiares auxilia na comunicação e na personalização do cuidado. O profissional pode explorar, com perguntas simples, até que ponto a pessoa acredita ter controle sobre seu estado de saúde. Esse entendimento permite ajustar a linguagem e as intervenções (Torke et al., 2022).

Com indivíduos de *locus* interno, é importante oferecer informações claras e orientações específicas, sem reforçar a culpa. Já com indivíduos de *locus* externo, é fundamental respeitar crenças e valores espirituais, integrando o cuidado religioso ou psicológico quando necessário. Estudos mostram que intervenções espirituais estruturadas na UTI não apenas reduzem o sofrimento emocional, mas também melhoram a satisfação com o cuidado (Torke et al., 2022).

A adesão ao tratamento representa um desafio central na área da saúde, sobretudo em contextos clínicos intensivos como a UTI, onde as condições são graves e muitas vezes exigem mudanças significativas no comportamento tanto do paciente quanto da família. Esse comportamento terapêutico envolve o seguimento de recomendações médicas, uso de medicamentos, participação ativa em intervenções e manutenção de mudanças no estilo de vida (Camarneiro, 2021). No ambiente hospitalar, especialmente em pacientes críticos, essa questão pode impactar diretamente na evolução clínica, no tempo de internação e no risco de complicações (World Health Organization [WHO], 2003).

Do ponto de vista dos fatores psicológicos, estudos brasileiros demonstraram que construtos como autoeficácia, *locus* de controle e otimismo estão fortemente associados à adesão terapêutica. Um estudo com pacientes hipertensos revelou que aqueles com maior autoeficácia percebida e *locus* de controle interno apresentaram taxas mais altas de adesão ao tratamento, incluindo prática de atividade física e hábitos saudáveis (Santos et al., 2019). Além disso, Mourão-Júnior e Souza (2011) destacam que a percepção do paciente sobre o tratamento e sua relação com o profissional são determinantes na adesão, especialmente no uso de

medicamentos. A compreensão do significado da terapia e o vínculo com o profissional aumentam o comprometimento terapêutico.

No contexto da psicologia hospitalar, o(a) psicólogo(a) pode atuar de forma significativa ao promover a adesão ao tratamento. Intervenções psicoeducativas, escuta empática e apoio na elaboração emocional da hospitalização podem melhorar a compreensão do paciente sobre seu estado clínico, reduzir a ansiedade e fortalecer a motivação para cooperação com a equipe médica. Técnicas de intervenção rápida são importantes, pois mesmo em ambiente crítico é possível fomentar um engajamento maior com o plano terapêutico. A implementação de estratégias psicológicas como reforço de autoeficácia, reestruturação de crenças disfuncionais e promoção de locus de controle interno pode contribuir para maior adesão, o que se revela essencial para minimizar complicações, reduzir reinternações e favorecer a recuperação (Mourão-Júnior & Souza, 2011; Santos et al., 2019).

De acordo com Camarneiro (2021), a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2023) organizou os fatores associados à adesão terapêutica em cinco grupos: fatores sociais, econômicos e culturais; fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a doença de base e comorbidades; fatores relacionados com a terapêutica prescrita e; fatores individuais relativos ao paciente.

Os fatores sociais, econômicos e culturais abrangem condições como nível socioeconômico, escolaridade, suporte familiar, crenças culturais e acesso a recursos, que podem facilitar ou dificultar a continuidade do tratamento. Os fatores relacionados aos profissionais e aos serviços de saúde incluem a qualidade da comunicação, o vínculo estabelecido com a equipe, a acessibilidade aos serviços, a organização do sistema de cuidados e a clareza das orientações. Já os fatores associados à doença e às comorbidades dizem respeito à gravidade, cronicidade, sintomas, impacto funcional e presença de múltiplas condições que demandam cuidados simultâneos, tornando o regime terapêutico mais complexo. Os fatores relacionados à terapêutica prescrita envolvem elementos como número de medicamentos, frequência de administração, efeitos adversos e duração do tratamento, que podem tornar a adesão mais difícil quando exigem grande esforço do paciente. Por fim, os fatores individuais referem-se às características pessoais, como crenças sobre saúde e doença, motivação, habilidades de autocuidado, compreensão do tratamento, estado emocional e percepção de autoeficácia, que influenciam diretamente o modo como o paciente se engaja no processo terapêutico (Camarneiro, 2021; WHO, 2003).

Desta forma, promover adesão ao tratamento em contexto de UTI exige uma abordagem interdisciplinar, na qual o(a) psicólogo(a) desempenha papel estratégico. Sua atuação pode

prevenir abandono terapêutico, fortalecer vínculos, gerar acolhimento emocional e construir significados que favoreçam o engajamento do paciente com sua própria saúde.

Ao final desta sessão podemos concluir que, o *locus de controle* é uma variável psicológica central no contexto de terapia intensiva e está diretamente relacionado à adesão ao tratamento. Percebemos, também, que os tipos de *locus de controle* oferecem, cada um, seus prós e contras. A compreensão dessas variáveis pela equipe multiprofissional é essencial para oferecer um cuidado verdadeiramente integral, que aborde não apenas o corpo crítico, mas também as dimensões individuais que influenciam a recuperação e o bem-estar do paciente e de sua família.

Psicologia Positiva: Resiliência e Florescimento

A psicologia positiva é um campo da psicologia que se concentra no estudo das forças humanas, enfatizando os aspectos positivos da experiência de vida, como o bem-estar, a felicidade, a gratidão e a resiliência. Foi desenvolvida a partir da década de 1990 e investiga os sentimentos, as emoções, as instituições (como a família, escolas, comunidades e a sociedade em geral) e os comportamentos positivos que têm como finalidade a felicidade humana (Camaliente & Boccalandro, 2017).

Um dos principais aspectos trabalhados pela Psicologia Positiva, a **resiliência**, é definida como a capacidade de se adaptar e se recuperar frente a situações adversas (Camaliente & Boccalandro, 2017). Trata-se de um conceito essencial para a psicologia, pois refere-se à habilidade de enfrentar e superar desafios significativos, como os encontrados em contextos de UTI. Em tais ambientes, a resiliência vai além do simples ajuste às condições adversas, ela envolve uma resposta adaptativa que busca significado e crescimento pessoal diante das dificuldades. Isso implica, também, em explorar e desenvolver aspectos pessoais (Silva et al., 2024).

Silva et al. (2024) ainda acrescenta que quando estudamos a resiliência, é importante lembrar que ela envolve a relação entre dois elementos: um evento que pode causar trauma e a pessoa que passa por esse evento. Esse tipo de situação traumática pode variar muito a depender do tipo, da intensidade e da duração. Da mesma forma, cada pessoa reage de um jeito, porque todos nós somos diferentes em muitos aspectos: nossa história de vida, nossos comportamentos, nossa genética, nossas estratégias para lidar com dificuldades, nossas fragilidades e nossos valores. Essa troca entre quem a pessoa é (sua história, seu corpo, sua mente e seu contexto) e o tipo de trauma que ela enfrenta cria uma interação complexa, com muitos fatores influenciando o resultado final. Esse resultado pode variar “em qualquer ponto de um espectro

contínuo entre um transtorno mental até o florescimento pós-traumático” (Silva et al., 2024, p. 8). Desta forma, a resiliência em contextos de UTI tem o potencial de promover uma transformação positiva, onde o indivíduo não só supera as adversidades, mas também se desenvolve e cresce a partir dessas experiências, favorecendo diretamente o **florescimento**.

O conceito de florescimento na psicologia positiva vai além da simples recuperação de um evento adverso. Em vez de focar apenas na ausência de sofrimento, o florescimento envolve uma experiência de bem-estar e crescimento pessoal (Seligman, 2011). No contexto da UTI, florescimento *pode ser interpretado como a capacidade de encontrar significado e propósito na experiência de adversidade, promovendo uma sensação de realização e bem-estar, mesmo em face da doença grave*.

Seligman (2011) propôs o modelo PERMA como base para o florescimento humano, composto por cinco elementos fundamentais que contribuem para o bem-estar psicológico: P) emoções positivas; E) engajamento; R) relacionamentos positivos; M) significado; e A) realização. O desenvolvimento desses pilares é essencial para promover uma vida plena e resiliente, especialmente em contextos adversos, como o ambiente hospitalar.

As emoções positivas referem-se à vivência de sentimentos como alegria, gratidão, esperança e amor, que auxiliam na construção de recursos psicológicos duradouros. O engajamento diz respeito à capacidade de se envolver profundamente em atividades que proporcionam o estado de “flow”, em que a pessoa se sente completamente absorvida e perde a noção do tempo. Os relacionamentos positivos são fundamentais para o suporte emocional e a construção de vínculos significativos, promovendo sentimentos de pertencimento. O significado envolve a percepção de que a vida tem um propósito maior, algo que transcende o eu e fornece uma direção clara. Por fim, a realização está relacionada à busca e conquista de metas pessoais relevantes, gerando um senso de competência, orgulho e satisfação (Seligman, 2011).

Segundo Seligman (2011), a resiliência não é uma qualidade inata, mas sim uma habilidade que pode ser desenvolvida e que envolve fatores como o apoio social, otimismo e uma rede de apoio emocional sólida. Esses fatores têm um impacto direto na forma como o paciente lida com o sofrimento e as incertezas associadas à internação em UTI. A presença de relacionamentos positivos, como o apoio da família, e a sensação de significado em sua luta pela vida, são muito importantes na promoção do florescimento psicológico.

A psicologia positiva oferece uma perspectiva importante e complementar no contexto da internação em UTI, destacando o papel da resiliência e do florescimento como ferramentas essenciais para o enfrentamento do estresse e da adversidade. A capacidade de encontrar

significado, cultivar esperança e manter uma atitude positiva diante da doença não só facilita a adaptação emocional, mas também pode acelerar o processo de recuperação física. Dessa forma, é crucial que as intervenções psicológicas no ambiente de UTI integrem práticas de psicologia positiva, promovendo o bem-estar global de pacientes e familiares durante esse período crítico.

Outras Variáveis Psicológicas: Ansiedade e Depressão

Durante o processo de leitura dos materiais selecionados para a elaboração deste capítulo, foi identificada a menção a algumas outras variáveis psicológicas que se manifestam com frequência nos contextos hospitalares, em especial, nas UTIs. Desta forma torna-se imprescindível a discussão acerca das mesmas, na presente seção.

Anteriormente, foi abordado que a internação em UTI representa um evento que desencadeia intensas repercussões emocionais tanto nos pacientes quanto em seus familiares. O ambiente altamente tecnológico, procedimentos invasivos, a imprevisibilidade do quadro clínico e a possibilidade concreta de morte transformam a UTI em um espaço permeado por tensão e sofrimento psíquico. Pesquisas apontam que ansiedade e depressão são manifestações recorrentes nesses contextos, podendo emergir desde o início da hospitalização e persistirem por meses após a alta (Fumis et al., 2015; Moraes et al., 2023; Saida, 2025). Trata-se, portanto, de um fenômeno relevante e que exige compreensão ampliada para que intervenções adequadas possam ser implementadas.

No caso dos pacientes, a experiência da hospitalização por si só já constitui uma fonte significativa de estresse e sofrimento emocional, frequentemente permeada por sentimentos de vulnerabilidade, dependência, medo e incerteza (Barth et al., 2016; Boizonave & Barros, 2003; Lucchesi et al., 2008; Fumis et al., 2015). Boizonave e Barros (2003) destacam que as reações psicológicas mais comuns ao adoecimento e à internação incluem ansiedade e depressão, intensificadas pela percepção de ameaça à vida e pela perda de autonomia. Esses achados são reforçados por Lucchesi et al. (2008), que descrevem a UTI como um ambiente capaz de provocar desorganização psíquica devido às suas características específicas, tais como excesso de ruídos, luzes intensas, interrupção do ciclo sono-vigília e alto grau de vigilância tecnológica. Tais fatores, associados a limitações físicas, uso de ventilação mecânica e sedação, podem impactar profundamente a percepção de realidade do paciente, gerando medo, angústia e desesperança.

Além das manifestações de ansiedade e depressão durante o período de internação, evidências apontam que muitos pacientes desenvolvem sintomas persistentes após a alta da

UTI, incluindo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Moraes et al. (2023), por exemplo, apontam que memórias fragmentadas, percepções traumáticas de procedimentos invasivos e a sensação de perda de controle durante a internação constituem fatores cruciais para o desenvolvimento de um conjunto de alterações, frequentemente denominado *Post-Intensive Care Syndrome* (PICS). O mesmo inclui prejuízos cognitivos, físicos e psicológicos que podem perdurar por longo período e afetar de maneira significativa a reinserção social e a qualidade de vida dos sobreviventes da internação crítica (Moraes et al., 2023; Saida, 2025).

Se para o paciente a UTI representa um ambiente ameaçador, para a família ela configura uma experiência estressante e angustiante. Familiares de pacientes críticos vivenciam a iminência da perda, a dificuldade de compreender a gravidade do quadro clínico e a imprevisibilidade do desfecho, elementos que contribuem para ansiedade, tristeza e sentimentos de impotência (Fonseca et al., 2019, Maruiti et al., 2008; Souza et al., 2022). Fonseca et al. (2019) identificaram prevalência de 39,3% de ansiedade e 28,9% de depressão em familiares de pessoas internadas em terapia intensiva, destacando que tais reações emocionais estão associadas à forma como a família percebe o estado de saúde do paciente, à comunicação estabelecida com a equipe e à presença ou ausência de suporte social. Maruiti et al. (2008) reforçam que a ansiedade costuma manifestar-se de maneira mais intensa nas fases iniciais da internação, quando predominam dúvidas e inseguranças, enquanto a depressão tende a ser mais frequente quando a hospitalização se prolonga, especialmente em familiares que se encontram exaustos física e emocionalmente.

Condições estruturais e organizacionais da UTI também podem contribuir para o sofrimento emocional da família. Souza et al. (2022) demonstram que horários restritos de visita, falta de privacidade, dificuldades na comunicação entre família e equipe e a percepção de que as informações recebidas são insuficientes ou pouco claras constituem fatores que aumentam significativamente a prevalência de depressão entre os familiares. Esses elementos reforçam a importância de intervenções institucionais pautadas na humanização do cuidado e em políticas que favoreçam o acolhimento da família. Nesse sentido, Vieira e Waischunng (2018) destacam que a atuação do(a) psicólogo(a) hospitalar é fundamental para estabelecer diálogo qualificado com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, oferecendo suporte emocional, educação em saúde e estratégias de enfrentamento.

A compreensão dos fatores que predisõem ansiedade e depressão na UTI exige uma perspectiva biopsicossocial que considere tanto aspectos individuais quanto características do ambiente e das relações estabelecidas durante a internação. Entre os pacientes, fatores como gravidade da doença, risco iminente de morte, sensação de perda de controle, vivências

traumáticas durante procedimentos e dificuldade de comunicação contribuem para o surgimento ou agravamento de sofrimento emocional (Boizonave & Barros, 2003; Lucchesi et al., 2008; Fumis et al., 2015). Já entre os familiares, elementos como medo da perda do ente querido, incerteza quanto ao prognóstico, exaustão emocional, falta de informações claras e ausência de apoio social configuram preditores importantes de ansiedade e depressão (Fonseca et al., 2019; Maruiti et al., 2008; Souza et al., 2022)

No que se refere ao manejo psicológico, Vieira e Waischunng (2018) destacam a importância de intervenções integradas que envolvam toda a equipe de saúde. O(a) psicólogo(a) que atua no hospital desempenha papel essencial na avaliação e no acompanhamento das demandas emocionais emergentes, atuando de modo preventivo e terapêutico. Entre as estratégias relevantes para pacientes estão o acolhimento psicológico, a escuta qualificada, a psicoeducação sobre o ambiente da UTI, técnicas de regulação emocional, intervenções breves para manejo de ansiedade, apoio à comunicação com a equipe e identificação precoce de sintomas que possam evoluir para TEPT. No caso dos familiares, o(a) psicólogo(a) pode oferecer espaços de acolhimento que favoreçam a expressão emocional, orientar quanto à rotina e aos procedimentos da UTI, promover a comunicação entre equipe e família, mediar conflitos, fortalecer a rede de apoio e fornecer intervenções voltadas ao enfrentamento da situação crítica (Fonseca et al., 2019; Saida, 2025; Vieira & Waischunng, 2018).

Além das intervenções individuais, políticas públicas desempenham papel central na redução do sofrimento emocional. A Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde [MS], 2013) enfatiza a importância de práticas que incluam a família no cuidado, estimulem a comunicação transparente e favoreçam a corresponsabilização entre equipe, paciente e familiares. A flexibilização dos horários de visita, a oferta de informações claras e acessíveis, a inclusão dos familiares nas decisões terapêuticas e a criação de espaços adequados para acolhimento são práticas alinhadas à humanização que podem contribuir para a diminuição de ansiedade e depressão no contexto da UTI.

Em resumo, a ansiedade e a depressão entre familiares e pacientes internados em UTI são frequentes e relevantes, com potencial persistência no pós-alta. Intervenções sensíveis, humanizadas e fundamentadas teoricamente, com participação ativa do(a) psicólogo(a) hospitalar e da equipe multiprofissional, são essenciais para a prevenção e o manejo do sofrimento psíquico. Ao compreender a UTI não apenas como um espaço de cuidado intensivo, mas também como um ambiente de intenso sofrimento emocional, torna-se possível promover práticas mais integradas, humanas e eficazes, garantindo apoio tanto ao paciente quanto à família em um momento extremamente delicado.

O(a) psicólogo(a) intensivista desempenha papel-chave na identificação precoce, no suporte emocional, na facilitação da comunicação e no encaminhamento para tratamento especializado quando necessário. Desta forma, recomenda-se que programas de cuidados intensivos invistam em formação da equipe em comunicação centrada na família, incorporação formal do(a) psicólogo(a) intensivista na rotina multiprofissional e estabelecimento de fluxos de seguimento pós-alta para pacientes e familiares com sofrimento persistente (Fonseca, 2019; Fumis et al., 2015; Vieira & Waischunng, 2018).

Relato de Casos

Nesta seção, serão apresentados alguns casos atendidos durante a experiência como residente de Psicologia em Terapia Intensiva da presente autora. A fim de proteger as identidades dos pacientes e familiares citados nos casos a seguir, serão utilizados nomes e dados fictícios.

Caso 1: Luiza, sexo feminino, 38 anos, diagnóstico de câncer de colo uterino, insuficiência renal por uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), sepse de foco abdominal.

História Clínica: Os sintomas da paciente começaram com fortes dores abdominais, as quais levaram a paciente a buscar atendimento médico. A família relata que Luiza recebeu prescrição para tomar Torsilax durante três dias, mas devido à persistência das dores continuou fazendo uso excessivo do medicamento por mais três meses, aproximadamente. Foi quando necessitou ser hospitalizada em urgência dialítica em enfermaria de um Hospital Geral do DF devido a insuficiência renal aguda associada ao uso abusivo de AINE, sendo sua primeira internação hospitalar. Para piorar a situação, foi diagnosticada com câncer de colo uterino durante o processo. Realizou o procedimento de nefrostomia e recebeu alta para casa. Conseguiu se recuperar bem, a ponto de iniciar o tratamento oncológico, conseguindo realizar diversas sessões de quimioterapia e radioterapia. Passados alguns meses foi feita a troca da nefrostomia por cateteres duplo J. O novo procedimento não funcionou por muito tempo, demandando nova internação. Foi constatado que os cateteres estavam obstruídos e calcificados, não sendo possível a retirada dos mesmos. Luiza evoluiu com piora progressiva do quadro clínico e, após meses de internação com diversas transferências em busca de um tratamento eficaz, com perspectivas mais otimistas de prognóstico, a mesma foi encaminhada para a UTI. Posteriormente, o quadro da paciente evoluiu com falha terapêutica antibiótica, impossibilidade de realização de hemodiálise devido à perda de todos os acessos possíveis por trombose e impossibilidade de abordagem cirúrgica devido a um abdome congelado (de maneira grosseira é quando órgãos estão aderidos entre si, o que pode impossibilitar novas abordagens cirúrgicas),

além de comorbidade oncológica de base, estando a paciente refratária a medidas empregadas. Desta forma, foram indicados Cuidados Paliativos proporcionais, frente a irreversibilidade da condição, evitando o emprego de medidas fúteis, que apenas prolongassem o sofrimento. Neste momento, houve uma mudança de uma perspectiva de um tratamento modificador de doença para um plano de cuidados que tinha como prioridade o conforto e a dignidade da paciente.

Avaliação: Recebemos a paciente desperta, orientada, contactuante. A mesma já vinha de um longo processo de internação e encontrava-se visivelmente emagrecida e fragilizada física e emocionalmente. Apresentava comportamento infantilizado e surdez como sequela associada ao uso prolongado de antibióticos (ex: amicacina). Foi realizado somente um atendimento breve diretamente com a paciente, pois a piora clínica foi muito rápida e em pouco tempo necessitou de intubação orotraqueal por ter evoluído com insuficiência respiratória aguda, além de altas doses de sedoanalgesia contínua, permanecendo durante todo o período sem nível de consciência que viabilizasse outros atendimentos. Assim, não foi possível uma avaliação mais aprofundada da mesma. A rede de apoio de Luiza se concentrava na mãe, Maria, com apoio do pai, de tios, primas e irmãos. Maria vinha acompanhando Luiza ao longo de todo o período de internação e relatava situações em que, do seu ponto de vista, o sistema de saúde havia negligenciado o cuidado com a filha. Desta forma, apresentava frustração, raiva e comportamento hipervigilante e de desconfiança em relação à assistência, manifestando um uso de enfrentamento desadaptativo focado na emoção. Possuía compreensão adequada acerca do quadro e história clínica, mas apresentava negação e reatividade emocional frente ao prognóstico desfavorável de Luiza. Quando houve indicação de Cuidados Paliativos, Maria se posicionou inicialmente resistente ao plano de cuidados proposto. Relatou que, durante a internação da filha na enfermaria, já havia presenciado o que acontecia depois que um paciente “era colocado em Cuidados Paliativos” (sic), algo que havia acontecido com uma vizinha de leito. Do seu ponto de vista o paciente seria deixado “no canto para morrer” (sic). Relatou que já havia perdido um filho quando o mesmo era bebê, apresentando indícios de possível processo de luto complicado. Afirmou que se sentia culpada por não conseguir salvar a filha, o que, somado ao comportamento hipervigilante, indicava manifestação de um locus de controle majoritariamente interno.

Intervenção: Foram realizados atendimentos individuais com a mãe da paciente. Algumas condutas realizadas nesses momentos foram: escuta qualificada, acolhimento, validação de sentimentos, psicoeducação, desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento. Também foi realizada reunião familiar com a equipe médica da UTI e dos Cuidados Paliativos com o objetivo de acolhimento familiar, esclarecimento de dúvidas, alinhamento de

expectativas e psicoeducação. As intervenções contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas. Também contribuiu para uma melhor compreensão do prognóstico e do que se trata os Cuidados Paliativos, o que promoveu uma melhor aceitação e adesão ao plano terapêutico.

Desfecho: A paciente veio a óbito na mesma semana em que foi realizada reunião familiar com a equipe de cuidados paliativos. Familiares já estavam cientes do plano terapêutico e possuíam expectativas ajustadas à situação com manifestação de luto antecipatório e enfrentamento adaptativo. Os mesmos foram acolhidos e receberam apoio psicológico no momento da comunicação do óbito e foram acompanhados à beira leito para se despedirem da paciente.

Caso 2: Amanda, 47 anos, sexo feminino, internada na UTI devido a quadro de hemorragia pós-parto vaginal espontâneo.

História Clínica: A paciente procurou atendimento devido a dor torácica irradiada para a região lombar. Apresentou hemorragia vaginal e hematêmese (vômito de sangue) decorrentes de um parto vaginal espontâneo com presença de líquido meconial. Relatava desconhecer a gestação até aproximadamente o quinto ou sexto mês e não ter realizado pré-natal. Também relatou que a gravidez era fruto de abuso sexual e que gostaria de entregar o recém-nascido (RN) para adoção, tendo sido acionado o Serviço Social. Foi iniciado protocolo de hemorragia pós-parto, além de revisão do parto em centro cirúrgico, retirada de restos placentários e histerectomia subtotal. Após o procedimento cirúrgico, a paciente permaneceu em estado gravíssimo, com função renal comprometida por provável componente pré-renal secundário ao choque hipovolêmico (perda de grande quantidade de sangue) e à anemia. Inicialmente, recebeu transfusão e iniciou antibioticoterapia devido à suspeita de infecção comunitária, apresentando episódios subfebris. Sua função renal piorou progressivamente, evoluindo para anasarca e anúria, o que levou à transferência para unidade de terapia intensiva com leito dialítico. Na UTI, apresentou agravamento clínico, necessitando de novas transfusões sanguíneas e início de terapia de substituição renal. Desenvolveu edema agudo de pulmão, com necessidade de intubação orotraqueal. Devido à presença de inúmeros coágulos intra-abdominais, foi submetida a nova abordagem cirúrgica, com lavagem ampla da cavidade abdominal. Após esse período crítico, permaneceu na Unidade por cerca de dois meses, evoluindo com melhora clínica progressiva, estabilização hemodinâmica e recuperação da função renal, apresentando adequado volume urinário. Após recuperação a paciente recebeu alta da UTI.

Avaliação: O atendimento inicial foi realizado com a filha da paciente, pois a mesma encontrava-se intubada e não contactuante. Ela relatou que a paciente possuía histórico de

violência doméstica, tendo se separado do ex-esposo, além de ansiedade e depressão. Fez tratamento psicológico após separação conjugal, o qual parou por conta própria. Afirmou que a recente gravidez era fruto de abuso sexual e que a paciente por ser evangélica se preocupava muito com o julgamento das pessoas. Orientou que a equipe não abordasse o tema da gestação e condição do RN, por ser um tema delicado para a paciente. Foi identificada uma rede de apoio presente e funcional, apesar de reduzida, concentrada nos dois filhos mais velhos da paciente. Após o despertar de Amanda, os profissionais seguiram a orientação da filha e não mencionaram sobre o RN, o qual estava internado em UTI Neonatal no mesmo hospital. Após alguns dias a própria paciente perguntou sobre o mesmo e expressou desejo de vê-lo e afirmou que mudou de ideia após conversar com os filhos, desejando manter a guarda. A demanda foi repassada para a psicóloga da UTI Adulto que organizou a visita à UTI Neonatal em conjunto com a equipe local psicóloga responsável por aquele setor. Durante a visita a paciente apresentou bom vínculo mãe-bebe, satisfação em vê-lo e desejo de levá-lo logo para casa. Durante atendimentos individuais à paciente foi constatada ansiedade elevada, com presença de agitação e pensamentos acelerados. Foram identificadas prevalência de enfrentamento focado na emoção e locus de controle externo. Ao longo da internação, a paciente demonstrou estado emocional fragilizado, autonomia e senso de autoeficácia reduzidos. Apresentou comportamento de omissão em relação aos próprios desconfortos e necessidades durante a internação (vontade de ir ao banheiro, solicitar troca de fraldas, dor, etc.), sob a justificativa de que não gostar de dar trabalho e não querer incomodar. Relatou que isso era devido a forma como era tratada por alguns membros da equipe, como se suas demandas fossem um incômodo. Ao longo do período de internação foram identificadas diversas dificuldades relacionadas à disposição da equipe em oferecer a assistência a que a paciente tinha direito, como visitar o filho na UTI Neonatal, ou auxílio em atividades que exigiam que a paciente fosse retirada do leito. É importante frisar que, atividades como banho fora do leito e utilização do banheiro, quando o paciente tem condições, são importantes na preservação da autonomia e dignidade do mesmo. Frente a resistência da equipe em fornecer este tipo de cuidado, a paciente se retraía e se recusava a solicitar auxílio, o que contribuía para aumento do estresse, desconforto e da ansiedade. Por vezes, apresentava humor deprimido e choro diante destas dificuldades, tendo inclusive desistido de visitar o RN em uma das ocasiões.

Intervenção: Foram conduzidos atendimentos psicológicos individuais, realizados diariamente, com foco em oferecer acolhimento emocional e escuta qualificada; orientar sobre as possíveis respostas emocionais decorrentes da internação prolongada; auxiliar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas. Foi realizada mediação em comunicação entre

paciente-equipe; intervenções voltadas para o fortalecimento da autonomia e senso de autoeficácia. Foi informada sobre seus direitos e sobre os deveres da equipe, tendo sido oferecido suporte na garantia dos mesmos. Também foi discutido o caso em *rounds* multiprofissionais e sugerido pedido de avaliação psiquiátrica para ajuste farmacológico de psicotrópicos tendo em vista histórico em saúde mental da paciente e manifestação de quadro de ansiedade elevada durante a internação.

Desfecho: Quando a paciente recebeu alta da UTI, o RN encontrava-se saudável, já de alta da UTI Neonatal, apenas aguardando a recuperação completa da mãe. A mesma foi acompanhada durante transferência para a enfermaria. A psicóloga do setor deu continuidade ao acompanhamento. Amanda foi avaliada pela psiquiatria e encaminhada para continuidade do tratamento em ambulatório.

Caso 3: Roberto, 44 anos, sexo masculino, internado em UTI com diagnóstico de cardiopatia chagásica, em avaliação e acompanhamento para possível transplante cardíaco.

História Clínica: O paciente inicialmente deu entrada na UPA após ser encaminhado pela UBS devido a um quadro de dengue que já durava 14 dias, no qual vinha apresentando sinais de alarme: fortes dores abdominais, náuseas e vômitos. Relatava edema importante em membros inferiores havia quatro dias e, no último dia, redução significativa do fluxo urinário. Foi internado em outro hospital, permanecendo 21 dias na UTI. Após alta da unidade foi transferido para a enfermaria do hospital local, onde recebeu diagnóstico de miocardiopatia chagásica. Evoluiu com piora do desconforto respiratório sendo encaminhado à UCI. Lá foi diagnosticado com síndrome cardiorrenal, passando fazer uso de dobutamina. Foi admitido novamente na UTI devido à piora da função renal e à necessidade de monitoramento. Ao chegar, encontrava-se consciente, porém sonolento. Permaneceu internado na Unidade por cerca de três meses. Durante este período foi identificada a necessidade de transplante coronariano. O mesmo foi avaliado por equipe especializada e colocado em lista de espera para o transplante. Enquanto aguardava, apresentou quadro de infecção, evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando de intubação orotraqueal, e, posteriormente, evoluiu com parada cardiorrespiratória, que culminou em seu óbito.

Avaliação: Apresentava quadro clínico estável no momento dos atendimentos, mas com internação prolongada, o que contribuía para queixas relacionadas ao tédio, sensação de impotência e perda de autonomia. Sua rede de apoio era composta principalmente por uma de suas irmãs, que residia em outro Estado, mas que havia se disponibilizado para acompanhá-lo

neste período. Contava também com outras irmãs e sobrinhas, que se mostravam presentes, afetivas e colaborativas com a equipe de saúde, mas não possuíam disponibilidade de tempo para visitá-lo com frequência. Durante os atendimentos, observou-se que o paciente apresentava boa orientação temporoespacial, discurso coerente e afetividade preservada, embora demonstrasse ansiedade e inquietação associadas à incerteza do tratamento e à espera pelo transplante. Por vezes expressava impaciência com os fluxos do sistema de saúde. Os principais estressores identificados foram: internação prolongada, que gerava sentimentos de monotonia e frustração; restrição física e social, com limitação de atividades e afastamento de sua rotina cotidiana; as refeições do hospital também o desagradavam após o longo período de internação. No que diz respeito às estratégias de enfrentamento, observou-se um padrão predominantemente focado no problema e de base religiosa, considerados adaptativos. O paciente buscava compreender o tratamento, manter diálogo com a equipe e encontrar sentido na experiência a partir de sua fé. A avaliação psicológica indicou bom potencial de adesão ao tratamento, embora com necessidade de manejo da ansiedade e fortalecimento de locus de controle interno. A princípio o mesmo demonstrava esperança e expectativa de melhora e alta hospitalar, porém com o prolongamento do período de internação, o paciente começou a apresentar humor deprimido e sinais de desesperança na própria recuperação. Em relação à família, os atendimentos foram direcionados àquela mais presente durante os horários de visita, Sandra. Ela relatava preocupação com a família que deixara em outro Estado, afirmando que precisava retornar para resolver algumas questões, mas temia deixar o irmão. Demonstrava frustração e exaustão, pois era a principal responsável por ele e os demais familiares não demonstravam interesse em auxiliá-la. Seu enfrentamento era misto, com foco no problema e de base religiosa. Mostrava-se disposta a resolver questões trabalhistas e buscava compreender o que era necessário para agilizar o processo de tratamento do irmão, também ressaltava que faria tudo o que estivesse ao seu alcance, embora a palavra final fosse de Deus, demonstrando equilíbrio entre locus de controle interno e externo.

Intervenções: Foram realizados atendimentos psicológicos individuais com frequência diária, voltados para o acolhimento emocional e escuta ativa; psicoeducação sobre reações emocionais frente à internação prolongada; promoção de estratégias de enfrentamento adaptativas; resgate de aspectos de identidade e sentido de vida; fortalecimento de rede de apoio, com incentivo à participação dos familiares no cuidado. Além disso, foi promovida uma reunião familiar, com a presença das irmãs e sobrinhas, com o objetivo de favorecer a comunicação e alinhamento de expectativas sobre o tratamento; reforçar o apoio afetivo e prático da família durante a internação; oferecer orientações psicoeducativas sobre o papel do suporte familiar no processo

de recuperação. As intervenções contribuíram para redução dos níveis de ansiedade, melhora da adesão ao tratamento e fortalecimento dos vínculos familiares. Também foi realizada visita infantil com o devido acompanhamento e avaliação por parte da psicologia. O paciente possuía laço afetivo muito próximo com a criança e solicitava constantemente pela visita. O encontro foi benéfico para ambos, paciente e criança, a qual demonstrou interesse em compreender o que estava acontecendo. Foi realizado esclarecimento de dúvidas de forma simplificada, colaborando para a compreensão, levando em conta a faixa etária.

Desfecho: O paciente veio a óbito após piora significativa do quadro, cerca de uma semana após a visita infantil. Na época, Sandra havia retornado para sua cidade natal, mas permanecia em contato com a equipe de psicologia, diariamente buscando informações e acompanhando o caso. As familiares que receberam a notícia foram as filhas de Sandra, sobrinhas do paciente. Receberam a notícia com intensa mobilização emocional e manifestação de choro. Mesmo cientes da piora progressiva do quadro clínico, as mesmas ainda possuíam grande esperança de que o transplante ocorreria e de que ele restabeleceria sua saúde. As familiares foram acolhidas, realizada validação de sentimentos, escuta ativa e empática. Foram orientadas sobre a comunicação aos demais familiares, também aos que estavam em outros estados. Posteriormente, foi realizado acolhimento via ligação telefônica à irmã, Sandra. A mesma apresentou aceitação e enfrentamento adaptativo de base religiosa ao buscar sentido na espiritualidade. Devido ao longo período de internação, foi formado vínculo entre a equipe da UTI e o paciente, culminando em mobilização emocional e luto por parte da equipe a qual se dispôs a arrecadar fundos para o transporte do corpo até sua terra natal, em respeito ao desejo do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do(a) psicólogo(a) em UTI representa um dos contextos mais desafiadores e sensíveis da prática em saúde. Essa experiência exige do profissional habilidades de escuta ativa e intervenções breves, considerando a gravidade dos quadros clínicos e o sofrimento psíquico, bem como o tempo limitado que dispomos neste ambiente. Diante da vulnerabilidade emocional dos pacientes, familiares e até mesmo da equipe de saúde, torna-se evidente a importância da compreensão de diversos construtos psicológicos, como estresse, enfrentamento, resiliência, locus de controle, florescimento e adesão ao tratamento.

A presença de altos níveis de estresse e o risco de desorganização emocional exigem intervenções breves, mas consistentes. A promoção da resiliência e de formas saudáveis de

enfrentamento pode favorecer a adaptação à hospitalização e até mesmo influenciar positivamente na recuperação após a alta. Além disso, a forma como o paciente percebe o controle sobre sua situação, o locus de controle e a autoeficácia interferem diretamente na sua adesão ao tratamento e, conseqüentemente, na recuperação.

É fundamental que o(a) psicólogo(a) esteja preparado para acolher o sofrimento, validando emoções e facilitando a elaboração das perdas. Ao mesmo tempo, deve buscar identificar, sempre que possível, potenciais e limitações do florescimento humano, mesmo em cenários adversos, contribuindo para o bem-estar subjetivo (Seligman, 2011).

Para a formação profissional, ressalta-se a necessidade de maior integração entre teoria e prática. A inclusão de conteúdos sobre Psicologia da Saúde/Hospitalar nos currículos, a oferta de estágios supervisionados em ambientes hospitalares e o incentivo à pesquisa são essenciais para preparar o(a) futuro(a) psicólogo(a) para esse contexto específico (Angerami-Camon, 2009). A supervisão clínica contínua e a capacitação sobre luto, ética e trabalho interdisciplinar também são indispensáveis.

Conclui-se que o trabalho do(a) psicólogo(a) em UTIs é tanto uma prática de cuidado ao outro quanto um exercício constante de autoconhecimento e formação contínua. Ao integrar conhecimento técnico, sensibilidade ética e escuta qualificada, o(a) psicólogo(a) torna-se um agente fundamental na humanização da assistência à saúde em contextos críticos.

REFERÊNCIAS

- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (2000). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 287–312.
- Barth, A. A; Weigel, B. D; Dummer, C. D; Machado, K.C; Tisott, T. M. (2016). Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 323-329.
- Bitencourt, A. G. V., Neves, F. B. C. S., Dantas, M. P., Albuquerque, L. C., Melo, R. M. V., Almeida, A. M., Agareno, S., Teles, J. M. M., Farias, A. M. C., & Messeder, O. H. (2007). Análise de estressores para o paciente em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(1), 53-59.

- Boizonave, L. F., & Barros, T. M. (2003). Ansiedade e depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados. *Aletheia*, 17(18), 135–143.
- Caetano, J. A., Soares, E., Andrade, L. M., & Ponte, R. M. (2007). Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(2), 325–330.
- Castro, E. K., Ponciano, C. F., & Pinto, D. W. (2010). Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas. *Revista Aletheia*, 31, 137-148.
- Camaliente, L. G., Boccalandro M. P. R. (2017) Felicidade e bem-estar na visão da psicologia positiva. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia, São Paulo*, 37(93), 206-227.
- Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7).
- Dias, D. S., Resende, M. V., & Diniz, G. C. L. M. (2015). Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 18–25.
- Dreffi, F. M. L., Stumm, E. M. F., Winkelmann, E. R., & Ubessi, L. D. (2013). Mecanismos de coping utilizados por familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista Ciência & Saúde*, 6(1), 52–58.
- Fonseca, G. M., Freitas, K. S., Silva Filho, A. M., Portela, P. P., Fontoura, E. G., & Oliveira, M. A. N. (2019). Ansiedade e depressão em familiares de pessoas internadas em terapia intensiva. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(1), 312–327.
- Fumis R.R.L., Ranzani O.T., Martins P.S., Schettino G. (2015). Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members during and after ICU Stay. *PLOS ONE* 10(1): e0115332.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. *Springer Publishing Company*.

- Lima, C. S., Armua, N. C., Oliveira, M. P., & Arrieira, I. C. O. (2022). Fé e espiritualidade no enfrentamento do adoecimento de pacientes clínicos internados em um hospital universitário. *Journal of Nursing and Health*, 12(3), e2212321395.
- Lima, L. G. A., Ribeiro, M. S., Teles, P. R. F., Miranda, L. E. R. de, Matos, A. F. da S., & Souza, J. F. de. (2024). Os impactos psicológicos da internação em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(12), 1352–1364.
<https://doi.org/10.51891/rease.v10i12.17354>.
- 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.
- Maruiti, M. R., Galdeano, L. E., & Farah, O. G. D. (2008). Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 636–642.
- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização*.
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Moraes, D. A. de A., Filho, C. F. S., Oliveira, M. B., Sena, Y. A. C., Boureau, V. G., Ataíde, M. G., Vieira, C. B. C., Campos, P. L., Amora, D. S. L., & Martins, J. S. (2023). Transtorno do estresse pós-traumático em pacientes após internamento em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(7), e13293.
- Mourão-Júnior, C. A., & Souza, A. B. de. (2011). Adesão ao uso de medicamentos: algumas considerações. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 96–107.
- Pessini, L. (2016). Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Revista Bioética*, 24(1), 54–63.

- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito locus de controle. *Máthesis*, (9), 297-314.
- Saida, I. B., Zghidi, M., Fathallah, S., Boussarsar, M. (2025). Post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression in North African intensive care unit survivors: a prospective observational study. *Acute and Critical Care*, 40(3), 402–412.
<https://doi.org/10.4266/acc.000150>
- Santos, L. M. C., Almeida, L. G. R., Faro, A. (2019). Otimismo, autoeficácia e locus de controle na adesão ao tratamento de pessoas hipertensas. *Rev. Psicol. Saúde*, 11(3), 49–62.
- Santos, C. M. de J., & Faro, A. (2018). Autoeficácia, locus de controle e adesão ao tratamento em pacientes com diabetes tipo 2. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 21(1), 74-91.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*.
- Silva, A. P., Porto, M. V., Silva, L. P. S., Silva, W. S. (2024). Resiliência, crescimento psicológico pós-traumático e florescimento - categorias de um espectro contínuo de respostas positivas ao trauma psicológico. *Revista Caderno Pedagógico*, 21(8), 1-15.
- Simões, C. (2012). Resiliência, saúde e desenvolvimento. *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade Volume 1-Estado da Arte: Princípios, actores e contextos (1ª ed)*, 19-42.
- Souza, L. M., Freitas, K. S., Filho, A. M. S., Teixeira, J. R., Souza, G. S., & Fontoura, E. G. (2022). Prevalência e fatores associados a sintomas de depressão em familiares de pessoas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(4), 499–506.

- Torke, A. M., Maiko, S., Burke, E., Cottingham, A., Watson, B. N., Montz, K., Rush, S. A., Axel-Adams, R., Kozinski, K., & Slaven, J. E. (2022). *Effects of spiritual care on well-being of intensive care family surrogates: A clinical trial. Journal of Pain and Symptom Management*, 65(1), 17–26.
- Vieira, A. G., & Waischunng, C. D. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 18(1), 1–16.
- Woinarovicz, B. P., & Moreira, M. C. (2020). Estratégias de Enfrentamento de Familiares de Pacientes em UTI: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Rev. SBPH*, 23(2), 126-138.
- World Health Organization (2003). World Health Report 2003. Shaping the future. World Health Organization: Geneva

CAPÍTULO 3:

ESTRESSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RESULTADOS DE UMA PESQUISA DE CAMPO

Suellen Patrícia Smith Trindade

Graziela Sousa Nogueira

Acredita-se que a identificação dos fatores estressantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) seja fundamental para o planejamento de uma assistência mais efetiva e humanizada. O objetivo deste trabalho foi identificar os estressores para pacientes internados em UTI's na percepção dos próprios pacientes e de profissionais da equipe de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal e de abordagem quantitativa, que foi realizado em UTI's de um Hospital da Rede Pública do Distrito Federal. Participaram da pesquisa 74 pessoas, entre pacientes e profissionais da equipe de saúde. Foram utilizados três instrumentos: questionário para caracterização sociodemográfica de ambos os grupos e caracterização clínica para os pacientes; e a escala *Environmental Stressor Questionnaire* (ESQ), instrumento que mensura estressores em UTI. Os resultados apontaram que os profissionais percebem mais estressores na UTI que os próprios pacientes, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($U = 159,5$; $p < 0,001$). Também foram observadas divergências na percepção de profissionais e de pacientes sobre os principais fatores estressores em UTI. Esse estudo aponta para a importância da comunicação entre equipe e pacientes, enquanto ferramenta de identificação das reais demandas dos enfermos.

Ao falar sobre estresse, uma das referências fundamentais é o endocrinologista húngaro Hans Selye que, após realizar um estudo trabalhando com extrato de ovário em ratos, descobriu que os animais desenvolviam uma resposta ao estresse toda vez que eram submetidos a uma injeção dessa substância. Esses animais apresentaram úlceras hemorrágicas, atrofia do timo e aumento das glândulas adrenais. Tal achado abriu espaço para o estudo da fisiologia do estresse dentro da medicina. Selye deixou em seu legado duas premissas muito importantes: primeiro, que o corpo responde de forma semelhante a estímulos estressores distintos; e, segundo, que os estressores – principalmente os crônicos e persistentes - influenciam a vulnerabilidade da pessoa ao adoecimento (Selye, 1946; Straub, 2014).

Neste sentido, é importante compreender que os estressores, segundo Straub (2014), são qualquer evento ou situação que desencadeie adaptações nos modos de enfrentamento da pessoa, sendo o estresse, o processo pelo qual percebemos e respondemos aos estressores, que podem ser identificados como ameaçadores. Selye, a partir de seu interesse pelas chamadas “reações inespecíficas” ou o que ele denominaria posteriormente de Síndrome de Adaptação Geral do organismo diante de estímulos ameaçadores, identificou que tais respostas representavam um esforço de adaptação empreendido pelo corpo para lidar com situações que

afetam seu equilíbrio interno, ou seja, sua homeostase (Arantes & Vieira, 2002; Sousa, Silva, & Galvão-Coelho, 2015).

As reações do corpo ao estresse podem ocorrer em três estágios: **estágio de alarme**, onde o sujeito mobiliza seus recursos de enfrentamento de luta ou fuga diante do estressor; **o estágio de resistência**, em que diante da persistência do estressor, a excitação fisiológica permanece elevada, mas há um decréscimo na capacidade do indivíduo para lidar com o evento estressor, podendo acarretar ao indivíduo irritabilidade, impaciência e vulnerabilidade ao adoecimento; e **estágio de exaustão**, quando o estressor persiste, os recursos de enfrentamento esgotam-se, as reservas de energia do corpo são consumidas e, caso o estresse persevere, o organismo pode sucumbir ao adoecimento. Nesse estágio final, como postulou Selye, podem ocorrer doenças de adaptação, como reações alérgicas, hipertensão, resfriados, bem como enfermidades potencialmente mais graves, relacionadas ao sistema imunológico (Straub, 2014). Neste contexto, cabe mencionar que algumas situações ou ambientes possuem elevado potencial estressor, exigindo naturalmente esforços adaptativos, o que inclui o processo de adoecimento e internação, especialmente em uma UTI.

Estresse e Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o setor hospitalar destinado a assistir pacientes críticos que, por sua condição patológica, necessitam de monitoramento constante, cuidados especializados e intensivos. A hospitalização, especialmente em UTI, configura-se como um evento insatisfatório e potencialmente estressor para o paciente, não raro, sendo vivenciada como uma experiência traumática. Diferente de outras unidades do hospital, o paciente encontra-se isolado e exposto a diversas fontes de estresse, tais como: ambiente fechado; restrição ao leito; mudanças na rotina alimentar; falta de privacidade em atividades rotineiras de higiene pessoal; alterações no ciclo sono-vigília; privação sensorial; exposição a ruídos; iluminação artificial constante; mecanização do cuidado e procedimentos invasivos e/ou desagradáveis. Ademais, há restrição da liberdade e autonomia do paciente, tendo em vista que rompe com sua rotina, sendo afastado de seu trabalho, família e amigos (Melo et al., 2023; Santos et al., 2011; Morais et al., 2024; Schneider & Moreira, 2017; Silva et al., 2013; Veiga et al., 2013).

No decorrer da internação, o paciente encontra-se frequentemente em uma condição de vulnerabilidade, considerando a própria condição clínica, que muitas vezes vem acompanhada do comprometimento das necessidades básicas e do seu estilo de vida. O paciente está inserido em um contexto amígdio novo e impessoal, cercado de pessoas que não conhece e que, de

alguma forma, lhe impõem procedimentos e rotinas desagradáveis (Caetano et al., 2007; Magalhães et al., 2014; Morais et al., 2024; Nascimento & Caetano, 2003).

A resposta a um evento estressante é influenciada pela intensidade, duração e frequência à exposição ao agente estressor, sendo seu desenvolvimento associado a consequências psicológicas como: ansiedade, depressão, não adesão ao tratamento e alterações cognitivas, entre elas o *Delirium* (Bitencourt et al., 2007; Catolé et al., 2016). Diante das diversas fontes estressoras que exigem esforços de adaptação por parte do paciente, alterações de comportamento e humor são frequentemente encontradas durante a internação em UTI. Tal fato remete à importância da atuação do psicólogo enquanto membro da equipe multiprofissional, bem como reforça a relevância da identificação e atenuação de estressores. Defende-se que o não manejo adequado de tais estressores pode trazer consequências traumáticas durante e após a internação, impactando significativamente no estado de saúde física e mental, acarretando repercussões na qualidade de vida do paciente (Morais et al., 2024; Rosa et al., 2010; Silva et al., 2013).

Identificar e intervir junto a fatores potencialmente estressores em UTI corresponde a uma ação em consonância com a Política Nacional de Humanização. Esta Política de Saúde tem como principal objetivo tornar efetivos os princípios do SUS nas áreas de gestão e assistência à saúde. Entre suas diretrizes, cabe enfatizar a ambiência, que prevê a criação de espaços físicos saudáveis, humanos e acolhedores em unidades hospitalares, o que se acredita ser fundamental para constituição de ambientes menos estressores aos usuários (Ministério da Saúde, 2003).

Ademais, levando em consideração que a prática do profissional de saúde deve focalizar o cuidado integral ao paciente, acredita-se que a identificação dos fatores estressantes seja de fundamental importância para o planejamento de uma assistência mais efetiva e humanizada. Durante exercício profissional em Unidade de Terapia Intensiva, no que tange a temática abordada, surgiram as seguintes inquietações que motivaram o princípio deste estudo: Quais os fatores estressores para o paciente durante a internação em UTI? Os profissionais envolvidos no cuidado em saúde conseguem identificar potenciais fontes de estresse para o paciente? Como tornar a permanência do paciente de UTI menos estressante? Assim, ***o objetivo principal do estudo foi identificar os fatores estressores para pacientes internados em UTI's na percepção dos próprios pacientes e de profissionais da equipe de saúde.***

Pesquisa de Campo

Este é um estudo do tipo descritivo, exploratório, transversal e de abordagem quantitativa. Foi realizado em três tipos de UTI (coronariana, cirúrgica e geral) de um Hospital de alta complexidade da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal (DF), durante o período de agosto a novembro de 2017. Participaram 43 pacientes internados em UTI e 31 profissionais da equipe de saúde atuantes nas unidades, totalizando 74 participantes. Foram incluídas pessoas de ambos os sexos, alfabetizadas e com idade igual ou superior a 18 anos que deveriam estar internados em UTI por pelo menos 48 horas; estarem conscientes, alertas e orientados; não terem alterações cognitivas/neurológicas e emocionais (delirium, demência, afasia, depressão, etc.), que pudessem comprometer o preenchimento dos instrumentos da pesquisa. Tais critérios foram avaliados pela análise do prontuário, relato da equipe e avaliação da pesquisadora por meio do exame psíquico.

Sobre o perfil sociodemográfico e clínico, houve predomínio de pacientes homens (58,1%); com a média de idade de 55 anos ($DP = 13,4$; $AT = 31-80$); casados ou em uma união estável (55,8%); desenvolvendo alguma atividade laboral (59,5%); católicos (58,1%); com o ensino fundamental incompleto (46,5%) e residindo em alguma das regiões administrativas do DF (54,8%). A maioria dos pacientes estava internada na UTI Coronariana (55,8%); tinham uma média de oito dias de hospitalização; sem histórico anterior de internação em UTI (64,3%); e ausência de acompanhamento psiquiátrico (74,4%). Boa parte dos enfermos (55,8%) declarou fazer uso de drogas lícitas (ex: álcool e/ou tabaco). A grande maioria informou ter acompanhamento psicológico na UTI (95,3%) e todos declararam receber visitas regularmente (100%).

Foram incluídos na pesquisa 31 profissionais de saúde: enfermeiros (29%), médicos (19,4%), psicólogos (16,1%), técnicos de enfermagem (9,7%), nutricionistas (6,5%), fisioterapeutas (6,5%), farmacêuticos (6,5%), fonoaudiólogo (3,2%) e odontólogo (3,2%), todos atuantes em Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de alta complexidade da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. A maioria dos profissionais eram atuantes na UTI Geral (41,9%), seguido da UTI Cirúrgica (32,3%) e UTI Coronariana (25,8%).

Os critérios de inclusão foram: profissionais que prestassem assistência no período diurno ao paciente crítico, independente do vínculo institucional e/ou tempo de atuação. Como critério de exclusão considerou-se a indisponibilidade ou ausência de interesse em participar da pesquisa.

Sobre o perfil sociodemográfico dos profissionais participantes: a maioria eram mulheres (71%); o estado civil mais frequente foi solteiro (45,2%); e o nível de escolaridade de

pós-graduação (54,8%). Com relação à religião, 54,8% se identificaram como católicos; sendo a maior prevalência de residentes atualmente em Brasília (58,1%). O tempo de serviço médio em UTI de 51 meses, ou seja, quatro anos em média de exercício profissional.

Após avaliação dos critérios necessários para participação na pesquisa, os pacientes foram abordados na UTI que estavam internados, à beira leito. Por se tratar de amostra por conveniência, àqueles que aceitaram o convite para participar do estudo foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida lhes foi entregue os instrumentos da pesquisa para preenchimento. Pacientes com alguma limitação motora puderam receber auxílio da pesquisadora, que coletou os dados em formato de entrevista.

Já os profissionais de saúde, foram abordados na Unidade de Terapia que atuam e, após o convite e concordância em participar da pesquisa, assinaram o TCLE e em seguida lhes foi entregue os instrumentos do estudo. Foi solicitado que preenchessem e devolvessem à pesquisadora em até 24 horas. Os instrumentos utilizados foram:

1) Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica do Paciente. Instrumento elaborado para o estudo composto por informações como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, religião, local de residência, tipo de UTI em que o paciente estava internado, tempo de internação nessa UTI, histórico de internações anteriores em UTI, uso de drogas, histórico clínico psiquiátrico e presença de visitantes durante a internação em UTI;

2) Questionário para Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais de Saúde. Instrumento elaborado para o estudo composto por informações como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, local de residência, profissão, tipo de UTI de atuação e tempo de serviço na Unidade;

3) *Environmental Stressor Questionnaire* (ESQ). Instrumento que mensura estressores em Unidade de Terapia Intensiva por meio de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (0 = não se aplica; 1 = não estressante; 2 = moderadamente estressante; 3 = muito estressante; e 4 = extremamente estressante). O escore total é obtido a partir da soma das respostas aos 50 itens do instrumento, em que é possível ter uma variação de 0 a 200, sendo que quanto maior for o valor, maior é o estresse percebido. O instrumento tem consistência interna (*Alfa de Cronbach* = 0,94), sendo confiável e válido para avaliação de estressores em UTI (Rosa et al., 2010).

Ressalta-se que a coleta de dados só foi iniciada após emissão de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS) (nº 2.080.529).

Foi conduzida análise estatística descritiva e inferencial dos dados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 20): teste de Kruskal-Wallis, Coeficiente de correlação Spearman e teste de Mann-Whitney.

Principais Fatores Estressores Associados à Internação em UTI

Na presente investigação buscou-se identificar a percepção de fatores estressores em UTI para os pacientes internados na perspectiva dos próprios enfermos e dos profissionais atuantes nesse contexto. A percepção de pacientes e profissionais acerca dos estressores em UTI divergiu estatisticamente de modo significativo, sendo a percepção dos profissionais consideravelmente distinta e superestimada da percepção dos pacientes.

Os cinco principais estressores no ambiente de UTI para os enfermos foram (avaliados como “muito” ou “extremamente” estressante): 1) desconhecer o tempo de permanência na UTI (46,6%); 2) estar incapacitado para exercer o seu papel na família (41,9%); 3) não ter controle sobre si mesmo (41,8%); 4) sentir falta do marido, esposa ou companheiro(a) (41,8%); e 5) ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia (39,6%). Já na perspectiva dos profissionais de saúde da equipe, os fatores mais estressantes para o paciente lidar durante a internação na UTI foram: 1) não conseguir se comunicar (87,1%); 2) sentir dor (83,9%); 3) sentir medo de morrer (83,9%); 4) não conseguir dormir (80,7); e 5) não ter controle sobre si mesmo (78,5%).

Com relação ao escore global da ESQ, pacientes apresentaram uma média de 71,49 ($DP = 27,68$; $AT = 32-130$), enquanto os profissionais de saúde apresentaram um escore médio na ESQ de 122,45 ($DP = 32,1$; $AT = 42-200$). Assim, profissionais de saúde tiveram uma percepção muito maior acerca da existência e intensidade de fatores estressores em UTI do que os próprios enfermos. Ressalta-se que o teste de Mann-Whitney revelou que pacientes e profissionais divergiram estatisticamente de maneira altamente significativa ($U = 159,5$; $p < 0,001$) acerca da percepção dos estressores em UTI. Tal fato sugere que estes profissionais, inseridos no cuidado ao paciente crítico, podem não estar conseguindo identificar potenciais fontes de estresse para o doente durante a internação. Há o entendimento deste como um fator limitante na oferta de um cuidado em saúde mais integral e humanizado, como preconiza as diretrizes do SUS (Lei nº 8.080, 1990)

Cabe destacar, ainda, acerca da divergência no entendimento dos enfermos e profissionais sobre os estressores em UTI, que a perspectiva dos profissionais de saúde, neste estudo, englobou dimensões mais orgânicas, como por exemplo, a presença de dor, a perda da autonomia e a privação de sono. Para os pacientes, os principais estressores estavam relacionados a aspectos comportamentais e de ordem psíquica/emocional. Contudo, parece não

haver consenso na literatura, sendo registrada grande variabilidade na percepção de profissionais e de pacientes sobre os fatores estressores em UTI.

Um estudo realizado por Andrade e Resende (2014), buscou avaliar a relação dos estressores e a capacidade de resiliência dos pacientes internados em UTI. A “privação do sono”, “sentir falta do cônjuge”, “ter dor”, “sentir sede” e “não ter controle sobre si mesmo” foram os principais fatores estressores para os enfermos, percepção semelhante à dos profissionais que participaram da presente investigação. De maneira distinta, um estudo estrangeiro (Abuatiq, 2015) apontou também como principais fatores de estresse na percepção do paciente “sentir dor”, “não conseguir dormir”, seguido de “preocupações financeiras”. Do ponto de vista do profissional da equipe foram apontados os fatores “sentir dor”, “não conseguir se comunicar” e “não ter controle sobre si mesmo”, como os três principais, havendo, portanto, semelhanças com esta pesquisa. Em contrapartida, outra pesquisa sobre o tema, realizada na capital da Síria, entrevistou 150 sírios internados em UTI’s de Damasco, sendo os estressores físicos (sentir dor, principalmente) percebidos como os mais estressantes, enquanto os estressores psicológicos foram os menos estressantes (Hweid & Nizamli, 2014).

Acredita-se que o cerne de tal disparidade esteja na importância de se investir esforços para uma comunicação mais efetiva entre os pacientes e os profissionais, para que estes consigam compreender quais as reais necessidades da pessoa em adoecimento dentro da unidade, e não apenas supor as suas demandas. Apostar na comunicação e implementar ações que garantam a manutenção ou o resgate da qualidade de vida do paciente crítico deve ser um objetivo de toda a equipe multiprofissional (Haberkon & Bruscatto, 2008). É por meio da comunicação que a equipe poderá identificar as necessidades mais básicas do paciente e conseguir fornecer esclarecimentos que irão amenizar sua ansiedade, insegurança e expectativas quanto à sua condição clínica e prognóstico. Os recursos alternativos de comunicação são apresentados na literatura enquanto estratégias que ultrapassam a barreira da comunicação oral, quando esta não pode ser desempenhada pelo paciente (intubação orotraqueal, traqueostomia, entre outras condições que possam impossibilitar o paciente a falar) (Gomes et al., 2016; Moraes et al., 2024).

Ademais, cabe enfatizar que alguns dos principais elementos considerados como fonte de estresse para o paciente, tais como “sentir falta do companheiro (a)” e “ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia”, podem ser minimizados por meio da realização de acompanhamento psicológico e implementação de estratégias de humanização preconizadas pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2004). Estas estratégias fortalecem um cuidado técnico e ético ao paciente crítico, e incluem: flexibilização quanto a visita de

familiares e amigos do paciente; a integração dos familiares de referência ao contexto de UTI, para que a família também se sinta mais segura e efetiva no auxílio à saúde e bem estar do paciente; uso de televisão, aparelhos de som, objetos pessoais como fotos, desenhos, óculos de grau, etc.

Neste trabalho, nota-se que a média de estresse percebido pelos pacientes também foi relativamente baixa, como em um estudo realizado em uma UTI Coronariana (Membrive et al., 2017) no qual a maioria dos pacientes, avaliou a experiência de internação em UTI como “não estressante” ou “moderadamente estressante”. Acredita-se que este fato, pode ser atribuído a presença de suporte familiar e social, uma vez que todos declararam receber visitas regularmente. Também, se defende que os escores baixos na ESQ se deva ao acompanhamento por psicólogos dentro das UTI's, o que pode auxiliar na detecção precoce e intervenção imediata diante de mecanismos de enfrentamento menos adaptativos, reduzindo a percepção acerca de fontes de estresse nas unidades.

Associação entre Variáveis Sociodemográficas e/ou Clínicas e a Percepção de Fontes de Estresse

Também buscou-se verificar a associação entre variáveis sociodemográficas e/ou clínicas e a percepção de fontes de estresse. Contudo, não houve associação estatisticamente significativa entre a percepção de estresse de pacientes e variáveis sociodemográficas e/ou clínicas: idade ($r_s = -0,48$; $p = 0,34$), escolaridade ($r_s = 0,74$; $p = 0,64$) e tempo de internação ($r_s = 0,69$; $p = 0,07$) (Coeficiente de Correlação de Spearman); sexo ($U = 221,5$; $p = 0,93$), situação laboral ($U = 208,5$; $p = 0,92$), histórico de internação ($U = 178,5$; $p = 0,54$), histórico psiquiátrico ($U = 157$; $p = 0,94$) e acompanhamento psicológico durante a internação ($U = 24,5$; $p = 0,37$) (teste de Mann-Whitney); estado civil ($H = 2,84$; $p = 0,42$), religião ($H = 4,90$; $p = 0,17$), local de residência ($H = 3,36$; $p = 0,34$) e uso de drogas ($H = 4,6$; $p = 0,33$) (teste de Kruskal-Wallis). Desta forma, é possível afirmar que as variáveis sociodemográficas e clínicas investigadas não estiveram associadas à percepção de fontes de estresse na UTI pelos pacientes.

Veiga et al. (2013) também não encontraram relação entre estresse percebido e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes internados em UTI, com exceção da presença de maior percepção de estresse em idosos em uso de psicofármacos (sedoanalgesia).

Resultados semelhantes foram encontrados com relação aos profissionais, havendo apenas associação estatisticamente significativa entre a percepção de estresse de profissionais de saúde e estado civil: idade ($r_s = -0,32$; $p = 0,08$), escolaridade ($r_s = 0,15$; $p = 0,41$) e tempo de serviço ($r_s = -0,21$; $p = 0,25$) (Coeficiente de Correlação de Spearman); sexo ($U = 90,5$; $p = 0,72$)

(teste de Mann-Whitney); estado civil ($H = 07,09$; $p < 0,05$), religião ($H = 6,21$; $p = 0,18$) e local de residência ($H = 2,70$; $p = 0,26$) (teste de Kruskal-Wallis). Assim, é possível afirmar que as variáveis sociodemográficas, com exceção do estado civil, também não parecem influenciar a percepção dos profissionais sobre fontes de estresse para o paciente em UTI. Não foram encontrados estudos que estabelecem relação entre as variáveis.

Diferenças na Percepção de Fatores Estressores nas UTI's Coronariana, Geral e Cirúrgica

Ao se verificar a existência de diferenças na percepção de fatores estressores nas UTI's Coronariana, Geral e Cirúrgica não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pacientes internados nas diferentes UTI's ($H = 4,91$; $p = 0,08$), nem no grupo de profissionais de saúde atuantes nas diferentes UTI's ($H = 3,80$; $p = 0,15$). Assim, neste estudo o tipo de UTI não influenciou a percepção acerca das fontes de estresse.

Outro resultado encontrado que merece destaque é o fato de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas no entendimento de profissionais e pacientes entre as três UTI's pesquisadas. Dias et al. (2015) fizeram um trabalho comparativo entre a percepção de pacientes de uma UTI Coronariana e uma UTI Pós-Operatória Geral. Nesta pesquisa os autores chegaram à conclusão que os principais estressores para a unidade de terapia intensiva coronariana foram "sentir dor", "estar incapacitado para exercer o papel na família" e "estar aborrecido"; para a unidade de pós-operatória geral, "estar com dor", "estar incapacitado para exercer o papel na família" e "não conseguir se comunicar".

Assim, como na presente pesquisa, os autores concluíram que a percepção sobre os principais estressores foi semelhante entre as unidades, não havendo diferenças estatisticamente significativas. Destaca-se que a ausência de diferenças entre a percepção de profissionais e pacientes entre as três UTI's pesquisadas neste estudo, pode ser decorrente da não equivalência do número de profissionais abordados em cada tipo de UTI e o número de enfermos respectivamente inseridos em tais unidades, o que pode ter influenciado o resultado dos testes estatísticos.

Percepção acerca de Fatores Estressores na Visão de Distintos Profissionais da Equipe de Saúde

Sobre a percepção acerca de possíveis fatores estressores para o paciente de UTI na visão de distintas categorias profissionais que compõe a equipe de saúde, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($H = 11,02$; $p = 0,19$), sugerindo que a percepção de fatores estressores em UTI independe da profissão.

É possível que tais resultados possam ser decorrentes do fato de se ter sido utilizada uma amostra de conveniência, o que acarretou ausência de homogeneidade amostral entre as diferentes categorias profissionais, havendo baixa representatividade em algumas delas. Ressalta-se que não foram encontradas pesquisas que compararam a percepção acerca dos fatores estressores para o paciente entre categorias profissionais, indicando uma linha de investigação a ser melhor explorada.

Para finalizar, cabe enfatizar que nesse contexto, nos quais diversas categorias profissionais atuam buscando o cuidado integral ao paciente, destaca-se a importância do psicólogo. A suspensão da rotina familiar e social, muitas vezes abrupta, e a perda da autonomia, liberdade e autossuficiência impõem ao doente crítico uma condição psíquica penosa e que este muitas vezes não dispõe de recursos usuais de enfrentamento, o que irá demandar um tempo de elaboração e aceitação de sua nova condição, ainda que muitas vezes temporária. Assim, o psicólogo pode, juntamente com a equipe de saúde, desenvolver ações que promovam a saúde mental e previnam o adoecimento psíquico associados ao processo de internação e adoecimento, tornando o ambiente de UTI menos estressante e mais humanizado: “A análise de estressores para pacientes internados em UTI’s é o ponto de partida para a melhora do atendimento prestado, visto que muitos dos estressores são passíveis de intervenções (...) que consequentemente minimizam o desconforto advindo do período de hospitalização” (Silva & Maia, 2015, pp. 34-35).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram identificadas importantes divergências entre a percepção de fontes de estresse no ambiente de UTI por pacientes internados e profissionais. Tal fato remete à importância de ações voltadas à promoção de melhorias na comunicação entre pacientes e profissionais e da adoção de uma postura verdadeiramente empática pelos profissionais de saúde, a fim de garantir uma assistência genuinamente integral. Assim, é preciso atenção às demandas subjetivas e socioculturais do paciente, para além de intervir nos sintomas e na doença, conseguir intervir em suas necessidades mais básicas.

A partir dos resultados deste trabalho, entende-se que a identificação precoce de fatores potencialmente estressores para o paciente durante sua internação é uma ferramenta valiosa para a criação e manutenção de um espaço mais humano e acolhedor, que seja capaz de garantir a dignidade do ser humano. Espera-se que este trabalho possa agregar para a comunidade científica e que auxilie a fomentar mais pesquisas na área.

REFERÊNCIAS

- Abuatiq, A. (2015). Patients' and Health Care Providers' Perception of Stressors in the Intensive Care Units. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(4), 205-214. doi:10.1097/DCC.0000000000000121.
- Andrade, R. Z., & Resende, M. C. (2014). Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Perspectivas em Psicologia*, 18(1), 194-213. <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/29352/16245>
- Arantes, M. & Vieira, M. (2002). *Estresse. Coleção Clínica Psicanalítica*. Casa do Psicólogo.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2004). *Humanização em cuidados intensivos*. Livraria e Editora Revinter Ltda.
- Bitencourt, A. G. V., Neves, F. B. C. S., Dantas, M. P., Albuquerque, L. C., Melo, R. M. V., Almeida, A. M., Agareno, S. Teles, J. M. M., Farias, A. M. C., Messeder, O. H. (2007). Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(1), 53-59.
- Caetano, J. A., Soares, E., Andrade, L. M., Soares, E., & Ponte, R. M. (2007). Cuidado humanizado em Terapia Intensiva: um estudo reflexivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(2), 325-330. doi: 10.1590/S1414-81452007000200022
- Catolé, M., Lima, C. B., & Silva, S. O. P. (2016). Estresse nas Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Temas em Saúde*, 16(3), 264-286. Retirado de <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16316.pdf>
- Dias, D. S., Resende, M. V., & Diniz, G. C. L. M. (2015). Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 18-25. doi: 10.5935/0103-507X.20150005

- Gomes, R., Aoki, M., Santos, R., & Motter, A. (2016). A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18(5), 1251-1259. doi: 10.1590/1982-021620161851916
- Haberkon, A., & Bruscato, W. (2008). Qualidade de vida e internação em UTI. In: E. Knobel, P. Andreoli & M. Erlichman (Eds.). *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. Atheneu.
- Hweid, I. M., & Nizamli, F. M. (2014). Stressors in intensive care units in Syria: patients' perceptions. *Journal of Research in Nursing*, 20(2), 114-126. doi: 10.1177/1744987114524202
- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*.
[Http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Magalhães, F. N. M., Jesus, S. A., Gois, C. F. L., Llapa-Rodríguez, E. O., Santos, V., ... Campos, M. (2014). Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica. *Revista Enfermagem em Foco*, 5(1/2), 8-12.
<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/596/266>
- Melo, A. P. D., dos Santos, K. da S., da Costa, S. P., Barbosa, L. C. de S., Castro, D. E., Diniz, S. D. de M., Batista, T. C., Barcelos, M. G. R., Bastos Filho, C. R., & Fernandes, F. R. (2023). Fatores estressantes relacionados a Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Foco*, 16(9), e3179. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-169>
- Membrive, S. A., Souza, L. P. S., Donosco, M. T. V., Silqueira, S. M. F., Correa, A. R., & Matos, S. S. (2017). Caracterização dos estressores envolvidos na internação de pacientes em unidade coronariana. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(1), 1-11. doi: 10.18471/rbe.v31i1.16552

Ministério da Saúde (MS). (2003). *Política Nacional de Humanização de 2003*.

<http://bvsms.saude.gov.br>

Morais, T. S. A., Siquara, G. M., & Magalhães, S. B. (2024). Intervenções psicológicas na UTI: fluxograma de cuidado para idosos sob estressores. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 27. <https://doi.org/10.57167/rev-sbph.v27.590>

Nascimento, A. & Caetano, J. (2003). Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Nursing*, 6(57), 12-17.

Rosa, B. A., Rodrigues, R. C. M., Gallani, M. C. B. J., Spana, T. M., & Pereira, C. G. S. (2010). Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 627-35. doi: 10.1590/S0080-62342010000300011

Santos, S. N, Santos, L. S. R. L., Rossi, A. S. U., Lélis, J. de A., & Vasconcellos, S. C. (2011). Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 50-66.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a05.pdf>

Schneider, A. M. & Moreira, M. C. (2017). Psicólogo Intensivista: Reflexões sobre a Inserção Profissional no Âmbito Hospitalar, Formação e Prática Profissional. *Temas em Psicologia*, 25(3), 1225-1239. doi: 10.9788/TP2017.3-15

Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 6(2), 117-230. doi: 10.1210/jcem-6-2-117

Silva, L. F. C., Machado, R. C., Silva, V. M. F. C., & Posso, M. B. S. (2013). Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. *Revista Enfermeria Global*, 32, 104-118. http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_docencia1.pdf

- Silva, V. P., & Maia, M. Z. B. (2015). Humanização em unidades de terapia intensiva: a importância da análise de estressores para pacientes internados. *Revista Amazônia Science & Health*. 3(4), 32-35. doi: 10.18606/2318-1419
- Sousa, M. B. C, Silva, H. P. A. & Galvão-Coelho, N. L. (2015). Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 2-11. doi: 10.5935/1678-4669.20150002
- Straub, R. O. (2014). Estresse e Saúde. In R. O. Straub (Ed.), *Psicologia da Saúde: Uma Abordagem Biopsicossocial* (pp. 74-107). Artmed.
- Veiga, E. P., Vianna, L. G., & Melo, G. F. de. (2013). Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3), 65-77.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18524/1371>

CAPÍTULO 4:

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

André Guilherme Petruceli Paes

Graziela Sousa Nogueira

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes de alta complexidade devido à gravidade dos pacientes que ali estão internados. Ambientes como esse fazem surgir preocupações, angústias e aumentam a ansiedade, tanto dos pacientes internados, quanto dos familiares que os acompanham. Uma comunicação eficiente e acolhedora nesses casos pode funcionar como medida potencializadora do bem-estar dos envolvidos, sendo uma importante necessidade da díade paciente-família. Assim, este capítulo aborda a comunicação de notícias difíceis em UTI, se propondo a descrever modelos teóricos, assinalar dificuldades percebidas por profissionais da saúde no desempenho da tarefa, descrever intervenções psicológicas necessárias durante o processo, bem como mapear estratégias úteis para psicólogos e demais profissionais da saúde, descritas na literatura nacional e internacional. Ademais, este capítulo enfatiza o impacto emocional e psicológico ocasionado pela comunicação de más notícias aos pacientes e familiares, reforçando o caráter essencial de intervenções psicológicas que contribuem para uma comunicação mais eficiente e efetiva: acolhedora, clara, honesta e não violenta.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de alta complexidade devido à gravidade dos pacientes, sendo comum que a família precise tomar decisões difíceis sobre o tratamento do paciente internado. Esse ambiente atua como potencializador de ansiedades e preocupações dos familiares, devido à carga emocional intensa e rotina de trabalho da equipe médica e multiprofissional. Todo este contexto pode criar uma mistura volátil e potencialmente geradora de conflitos (Wujtewicz, et al., 2015).

Devido à alta complexidade dos casos, tecnicidade dos termos implicados nos cuidados de saúde e altos níveis de angústia presenciados nesse tipo de ambiente, a comunicação eficiente e acolhedora se faz necessária. O maior desafio, então, é transformar verdades complexas em informações compreensíveis para pessoas angustiadas e com muitas incertezas (Lucchese & Ledur, 2008).

Assim, apesar de todos os avanços tecnológicos e farmacológicos observados dentro dos cuidados em saúde, a comunicação efetiva e acolhedora continua sendo uma ferramenta indispensável para a construção de uma relação de cuidado efetiva no meio hospitalar. Elementos como empatia, compreensão, interesse, disponibilidade de ajudar e bom humor são essenciais para criar um ambiente de conforto emocional. Nesse ambiente, o paciente terá conhecimento sobre sua doença e diagnóstico, enquanto o profissional de saúde agirá com base

em seus conhecimentos, experiência clínica e capacidades humanas (Almanza-Muños & Holland, 1999; Vandekief, 2001).

Segundo Victorino et al. (2007) é necessário que se trabalhe em dois pólos: verificar que a informação seja compreendida corretamente e se necessário corrigi-la; e preocupar-se com a reação afetiva envolvida na passagem da informação. Mesmo parecendo uma tarefa fácil, existem diversos atravessadores que dificultam essa comunicação efetiva, além de desafios inerentes aos momentos de comunicação de más notícias ou notícias difíceis.

A “má notícia” é aquela que altera drástica e negativamente a percepção da pessoa sobre o seu futuro, geralmente causada por uma ruptura entre o desejo do paciente acerca da sua condição de saúde e seu prognóstico (Baile, 2000a; Buckman, 1992). A reação do paciente e seus familiares a essa notícia dependerá, entre muitas coisas, de suas perspectivas em relação ao futuro, sendo esta única, individual e influenciada pelo contexto emocional e social dos mesmos (Baile et al., 2000b; Buckman, 2005). A comunicação de más notícias pode dizer respeito ao início de um tratamento de curto prazo, comunicação de um diagnóstico de uma doença crônica tratável, ou de uma condição na qual não há tratamento modificador de doença, sendo o desfecho esperado o óbito (Krieger, 2017).

Apesar de existirem protocolos dentro do contexto da saúde para instrumentalizar os profissionais da área a promover esse tipo de conduta, essa é uma tarefa desafiadora, na qual profissionais de saúde nem sempre se encontram preparados, podendo acarretar em dificuldades, incluindo problemas na relação terapêutica e sofrimento de diferentes ordens para o paciente e para o profissional (Souza et al., 2025; Ministério da Saúde [MS], 2010). A dificuldade desse tipo de comunicação pode estar no desconhecimento dos profissionais de saúde sobre protocolos, ou ainda no despreparo dos cursos de graduação em abordar essa temática. Monteiro e Quintana (2017) destacam que a relevância dessa habilidade nos currículos de graduação é superficial, pouco valorizada no contexto brasileiro. A construção de modelos científicos para comunicar uma má notícia é fundamental para que esta comunicação ocorra de maneira adequada, alicerçada pela ética do cuidado e respeito ao ser humano (Gobbi, 2020).

No que tange o impacto emocional causado pela comunicação de más notícias aos pacientes e familiares, considera-se essencial o trabalho da Psicologia. A intervenção psicológica e atuação do profissional pode tornar essa comunicação mais eficiente, mais acolhedora e menos traumática para profissionais e familiares. A atuação da psicologia na comunicação de más notícias, no contexto hospitalar, pode acontecer em qualquer momento da abordagem realizada pelo médico. Quando o atendimento psicológico ocorre após a

comunicação da notícia difícil, a psicologia pode realizar intervenções que promovam o acolhimento e a validação dos sentimentos do paciente e da família (Gobbi, 2020).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os Estressores Ambientais

A Internação em UTI

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é de alta complexidade de cuidado e com disponibilidade ampla de medidas terapêuticas utilizadas na recuperação do paciente crítico. São internadas pessoas de diferentes idades, desde adolescentes até idosos, com condições clínicas diversas, que variam conforme a especialidade da UTI. Entre os principais motivos de internação, destacam-se doenças respiratórias, infecções, cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais, doenças renais, sepse, traumas graves, doenças oncológicas e outras. Em grande parte dos casos, condições como essas já são identificadas previamente e os diagnósticos estabelecidos antes do direcionamento do paciente à Unidade de Terapia Intensiva. Assim, é comum que pacientes cheguem às UTI com quadros agudos ou agudizados (Backes et al., 2012).

Contudo, observa-se que, em determinadas situações, pacientes em fim de vida também são encaminhados à UTI. Nesses casos, a internação muitas vezes ocorre não com o intuito de estabilização ou reversão do quadro clínico, mas sim como um espaço para se aguardar o óbito. Tal conduta pode ser motivada por limitações estruturais de outras unidades de internação, pela pressão exercida por familiares e/ou pelo médico responsável, ou ainda pela dificuldade do profissional em lidar com os familiares frente à ausência e indicação de medidas de suporte avançado de vida. Essa realidade nos coloca a refletir a respeito da condição humana, que precisa ser compreendida dentro de sua totalidade — do nascimento ao momento da morte, perpassando pelos processos de saúde-doença do indivíduo — ainda que seja difícil tanto para paciente e familiares, quanto para a equipe assistencial.

A doença, a limitação e a morte, por sua vez, são temas frequentemente negligenciados, refletindo uma dificuldade coletiva de nossa sociedade em aceitar as adversidades e a finitude da vida. Segundo Porto e Lustosa (2010), costuma-se ver a doença, em nossa cultura, como um castigo e a morte como um fim trágico, avassalador, que rouba a vida e coloca o indivíduo em contato com sua fragilidade, de frente com a sua natureza mortal.

O dia-a-dia da UTI coloca aqueles que estão inseridos nesses espaços em um processo diário de enfrentamento dessas adversidades. E assim, tal resistência se manifesta tanto na relação entre médicos e pacientes quanto entre familiares e seus entes internados. Além disso, evidencia-se a incerteza por parte das equipes de saúde sobre o limite entre investir em

tratamentos intensivos e optar, exclusivamente, em determinado momento, por cuidados paliativos, que visam prioritariamente o conforto e a dignidade do paciente, como se fossem abordagens excludentes e não deveriam coexistir no mesmo plano de cuidados.

De acordo com Backes et al. (2012), visando preservar o bem estar dos pacientes ali cuidados, o ideal seria que apenas os pacientes que realmente necessitam de cuidados intensivos fossem internados na UTI, com condições potencialmente reversíveis e pelo menor tempo possível. O principal motivo para isso é que as UTIs são ambientes muitas vezes frios, hostis, com potencial para se gerar sofrimentos e repercussões que transcendem o período de internação.

A Realidade do Paciente

Os pacientes internados em UTIs apresentam, em geral, quadros clínicos graves e instáveis, exigindo cuidados especializados e vigilância constante. Estão frequentemente fragilizados, em sofrimento físico e emocional, com disfunções orgânicas que demandam intervenções imediatas. A vulnerabilidade à infecção é alta, dado o estado crítico e a exposição constante a procedimentos invasivos.

É comum que a identidade do indivíduo seja negligenciada: o paciente torna-se um corpo a ser tratado, temporariamente ou definitivamente, perde a capacidade de se comunicar, alimentar-se, expressar-se ou mesmo interagir com o meio. Muitas das vezes, o indivíduo nem ao menos é tratado pelo seu nome, sendo identificado por um número de leito. A sedação utilizada nesses ambientes dificulta a avaliação precisa a respeito da dor, da fome e outras necessidades do paciente.

Diversos pacientes passam longos períodos restritos ao leito, com significativa perda de vigor físico e inseridos em um contexto hospitalar pouco acolhedor, afastados do convívio cotidiano com seus familiares. Mesmo sob sedação, alguns conseguem captar sons ou impressões do ambiente. Muitos dependem de suportes tecnológicos avançados, como aparelhos de ventilação mecânica e outros dispositivos indispensáveis ao tratamento contínuo. Apresentam edemas corporais, realizam suas necessidades fisiológicas no próprio leito e permanecem internados por semanas ou meses. A sensação de isolamento e a confusão espacial e temporal ocorrem com frequência, uma vez que perdem referências básicas do dia a dia, não têm acesso à luz natural ou às notícias do exterior e recebem apenas informações esparsas sobre sua situação e o que ocorre ao redor.

Nem todos os pacientes estão inconscientes; alguns permanecem acordados, comunicando-se por meio de gestos, escrita ou fala. São sensíveis aos ruídos e movimentos no

ambiente, sentem medo e angústia diante de emergências ou do sofrimento alheio. A presença de profissionais acolhedores e interações breves pode gerar alívio momentâneo. Ainda assim, há dificuldade por parte de alguns profissionais em lidar com pacientes conscientes na UTI, sob a suposição de que a sedação completa minimizaria o sofrimento.

Durante a internação, os pacientes vivenciam momentos de sono, sonhos, delírios e lapsos de memória. Tornam-se fisicamente enfraquecidos, com significativa perda de autonomia. Dependem integralmente da equipe de saúde para todas as atividades básicas, além de receberem visitas de familiares em horários geralmente restritos. Reconhecem seus entes, mas nem sempre conseguem interagir com clareza ou manter um diálogo, apesar do desejo de fazê-lo.

O sentimento de solidão e incompreensão é recorrente. Muitos pacientes não compreendem plenamente sua condição clínica, o que aumenta a ansiedade, especialmente quando presenciam situações graves ou mortes de outros pacientes ao lado. Tais experiências podem desencadear quadros de confusão mental ou mesmo surtos psicóticos.

Apesar das dificuldades, a internação na UTI não deve ser vista como uma sentença de morte. Na realidade, a grande maioria dos pacientes sobrevive. Contudo, para aqueles que representam a parcela dos que tiveram um desfecho desfavorável, no caso o óbito, a comunicação de notícias difíceis deverá ser realizada.

Comunicação de Más Notícias

Comunicação pode ser definida como o ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e sistemas convencionados. Além disso, implica no compartilhamento de informações e na capacidade dos indivíduos envolvidos de receber as informações que pretendem ser passadas. Há a necessidade de garantir que os indivíduos que participem dessa troca tenham o arcabouço necessário para que a mensagem seja transmitida de forma precisa, como entendimento da linguagem utilizada e empatia. Isso também envolve, muitas vezes, um contexto pessoal e sociocultural favorável (Vandekief, 2001). A comunicação é, então, uma via de mão dupla, onde os indivíduos precisam se compreender e oferecer as condições para serem compreendidos.

Nesse contexto, a comunicação de más notícias é uma tarefa desafiadora e complexa para qualquer profissional da saúde, e muito difícil de se receber para qualquer paciente ou familiar. Pode ser entendida como qualquer informação negativa que afete o indivíduo drasticamente, interferindo a percepção de seu futuro, sendo qualquer situação de ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar ou social, repercussões físicas, sociais e emocionais no

indivíduo (Baile, 2000a; Buckman, 1992). Dentro da UTI, observa-se que essas notícias dizem respeito ao início de tratamentos, diagnósticos de doenças crônicas, impossibilidade de cura, terminalidade e morte. Segundo Vandekief (2001), a forma com que essas informações são recebidas pelo paciente e familiares influencia na maneira com que os indivíduos vão lidar com o problema e seu enfrentamento perante a situação.

Construção histórica

A partir da década de 90 observou-se um interesse maior de pesquisadores em obter maiores informações a respeito do processo de comunicação de más notícias, em especial na comunicação das então chamadas “informações desfavoráveis” (Baile, 2000a; Buckman, 1992). A partir disso, foram elaboradas as primeiras recomendações, protocolos e *guidelines* para uma comunicação mais efetiva, assertiva e menos traumática para as partes envolvidas.

A inovação das técnicas e equipamentos nos cuidados dos pacientes evoluiu a cada ano, e junto com ela, criou-se também a necessidade de uma habilidade em discutir a respeito das notícias difíceis. No ano 2000, foi criado o protocolo SPIKES (Baile et al., 2000b) - um protocolo em seis etapas que guia a tarefa de transmissão de más notícias - que divide em seis etapas e operacionaliza o processo complexo da comunicação entre médico e paciente/familiar. O protocolo PACIENTE (Pereira et al., 2017) é uma adaptação do protocolo SPIKES à realidade brasileira e também pode ser utilizado para munir o profissional de saúde no momento da comunicação de más notícias.

Por fim, também com uma proposta de atender e respeitar a cultura brasileira foi proposto por Fortes et al. (2014) a hierarquia das necessidades, uma proposta alternativa aos protocolos mais usados. Os referidos protocolos e abordagens serão melhor detalhados nos itens subsequentes.

Protocolos e abordagens de Comunicação de Más Notícias

Protocolo Spikes.

Foi no contexto do tratamento oncológico que o primeiro protocolo de comunicação de más notícias foi publicado. Pesquisas conduzidas ao longo da segunda metade do século XX, principalmente nas décadas de 50, 60 e 70, mostraram que a esmagadora maioria dos médicos consideravam prejudicial e desumano a comunicação a respeito do diagnóstico. Embora a ciência avançasse no que diz respeito ao conhecimento tecnocientífico para prevenção e tratamento – podendo oferecer ao paciente melhores prognósticos e possível cura da condição

– havia ainda uma falta de habilidade dos médicos em discutir as más notícias que permeiam um diagnóstico de câncer.

Em 1992, Robert Buckman, médico oncologista americano, publicou a obra “How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals” onde ele apresentou o Protocolo SPIKES, um guia para auxiliar profissionais de saúde para uma comunicação clara nas conversas difíceis (Buckman, 1992). Nos anos que se seguiram, outras diversas publicações do mesmo autor evidenciaram a necessidade dos profissionais em aprimorar sua comunicação com seus pacientes e quando apresentados ao Protocolo SPIKES, esses mesmos profissionais encontravam um guia efetivo para facilitar essa tarefa complexa. Na Reunião Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO, 1998, como citado em Baile et al., 2000b) participantes do simpósio foram questionados a respeito de sua capacidade de comunicação de uma notícia difícil, sendo os resultados publicados em artigo intitulado “SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer”. Tais dados foram utilizados para testar e aprimorar o protocolo com o objetivo de oferecer uma estratégia para comunicação de más notícias, de forma simples e efetiva (Baile, 2000).

SPIKES consiste em um acrônimo, no qual cada letra significa uma palavra para ajudar o profissional a lembrar de uma etapa do processo de comunicação de más notícias. Buckman (1992) baseia o protocolo em seis etapas, que visam facilitar a comunicação e garantir que o paciente e sua família compreendam a situação e possam lidar com as emoções envolvidas. São elas *Setting* - Preparação (S), *Perception* - Percepção (P), *Invitation* - Convite (I), *Knowledge* - Conhecimento (K), *Emotion* - Emoção (E), *Strategy and Summary* - Estratégia e Resumo (S). Segue abaixo detalhamento:

***Setting* - Preparação (S):**

Privacidade é importante! Más notícias podem ter efeitos significativos a depender do ambiente em que os participantes se encontram. É imprescindível que os profissionais envolvidos busquem um local adequado para iniciar a conversa, uma sala de acolhimento ou um leito com cortinas fechadas, locais onde as distrações sejam mínimas e que seja possível que o paciente escute o profissional.

Alguns pacientes preferem a presença de familiares e amigos. Envolver a participação dessas pessoas auxilia a pessoa a lidar com o que será comunicado. O profissional deve atentar-se à sua posição e aparência durante a conversa. Contato visual, proximidade, tranquilidade, atenção e acolhimento são importantes para garantir o conforto do paciente e familiares nesse momento.

Perception - Percepção (P):

Esse passo consiste em avaliar o nível de conhecimento e as preocupações do paciente e da família. Antes de você dar uma má notícia, é importante ter uma noção clara da percepção do paciente de sua situação médica atual, de como ele enxerga a “seriedade” de sua doença. Existem algumas perguntas que podem guiar o profissional para avaliar a percepção do paciente: O que você achou que estava acontecendo com você quando você sentiu mal pela primeira vez? O que foi falado para você até agora? Você está preocupado de que seja algo sério?

É de grande ajuda nesses momentos que se preste atenção a respeito da linguagem e vocabulário utilizados pelo paciente. Quando o profissional utiliza do mesmo vocabulário durante a comunicação, a percepção de alinhamento e acolhimento é maior por parte da família. É possível que nesse momento ocorram negações por parte do paciente, e é interessante que nesse primeiro momento não sejam confrontados. Negação é um mecanismo de defesa importante no momento da comunicação de más notícias e que deve ser endereçado ao longo de vários atendimentos de forma gentil pelo profissional. O confronto no momento inicial tem mais chances de aumentar a ansiedade geral e acarretar em quebra de vínculo de confiança.

Invitation - Convite (I):

É preciso saber qual nível de informação que o paciente e a família desejam ter. Apesar de a maioria dos pacientes desejarem saber todos os detalhes da sua condição de saúde, não se trata de uma máxima. É importante saber o que o paciente quer ou não quer saber de sua condição, ou mesmo se tem condições clínicas e psíquicas para receber uma notícia difícil. O autor fornece algumas perguntas para auxiliar nesse passo, como: *Você é o tipo de pessoa que prefere saber todos os detalhes da sua condição? O quanto de informação você gostaria que eu desse a respeito do seu diagnóstico? Você quer que eu dê detalhes do diagnóstico ou prefere que eu apenas fale do tratamento que eu estou propondo?*

Knowledge - Conhecimento (K):

Compartilhar informações de forma clara e honesta, evitando jargões e simplificando a linguagem. O protocolo recomenda que você avise ao paciente que você tem uma notícia difícil de dar, favorecendo a preparação psicológica para o que está por vir. Atentar-se para linguagem simples e de melhor entendimento ao paciente, oferecendo as informações aos poucos e garantido que o que está sendo dito está sendo compreendido pelos que estão ouvindo, repetindo as informações, se necessário, alertando-se para as emoções que emergirem durante a conversa.

Emotion - Emoção (E):

Esse passo consiste em reconhecer e validar as emoções do paciente e da família. Para a maioria dos profissionais de saúde (pelo menos para os não psicólogos) é difícil responder às emoções dos pacientes durante a comunicação de más notícias. Por conta disso, muitas vezes os profissionais optam por omitir determinadas informações ou oferecer prognósticos mais esperançosos. Apesar de se diminuir o estresse apresentado em curto prazo, essa omissão pode resultar em confusão e otimismo irrealista. Muito mais efetivo são as chamadas respostas empáticas, que demonstram que você ouviu, identificou e se conectou com as emoções do paciente naquele momento. Validar os sentimentos emergentes também auxilia na humanização do atendimento e ajudam pacientes e familiares a reconhecerem que tais sentimentos são normais.

Strategy and Summary - Estratégia e Resumo (S):

Uma das melhores formas de preparar seu paciente para o tratamento é garantir que as informações dadas foram compreendidas. É necessário garantir que o paciente esteja alinhado com as medidas propostas pelo profissional ou equipe de assistência. Fornecer um resumo da conversa pode auxiliar na compreensão, e por fim, dar a oportunidade para que o paciente e familiares tirem suas dúvidas e falem a respeito do que foi conversado. A partir desse ponto, se cria um ambiente para discutir o plano de tratamento, oferecer suporte emocional e informações sobre recursos disponíveis.

Protocolo PACIENTE.

A grande maioria das publicações que falam a respeito da revelação de más notícias, orientações e protocolos são direcionados a cultura americana ou europeia. Sabe-se que há diferenças sociais e culturais entre essas populações e a brasileira. Publicado como uma tese de pós-graduação, de autoria de Carolina Rebello Pereira, realizado na Universidade Estadual Paulista, o Protocolo PACIENTE é uma adaptação do protocolo SPIKES que leva em consideração as particularidades culturais brasileiras para a comunicação de más notícias (Pereira, 2010).

O protocolo foi baseado nas experiências práticas do Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da UNESP, sendo utilizado para treinamento de profissionais e estudantes para atendimento aos pacientes. Consiste em um mnemônico com sete passos fundamentados na palavra PACIENTE, sendo eles: Preparar-se (P); Avaliar quanto sabe (A); Convite a verdade (C); Informar (I); Emoções (E); Não abandonar o paciente (N); e Traçar uma Estratégia (TE).

Nota-se que a maioria desses passos remetem às estratégias já adotadas pelo Protocolo SPIKES, sendo acrescida um passo a mais: Não Abandonar Paciente.

A autora enfatiza que esse passo parece óbvio, entretanto, no contexto brasileiro, observa-se que muitas vezes os profissionais da saúde não estão preparados para lidar com insucesso do tratamento curativo. Portanto, faz-se necessário ressaltar que o profissional de saúde se responsabiliza com o cuidado do paciente, seja qual for o desfecho final de saúde. Este último passo é fundamental quando se pensa na abordagem de Cuidados Paliativos, sendo que olhar e o cuidado devem ser direcionados à pessoa e não à doença, com foco no conforto físico, psíquico, espiritual, social e familiar, promovendo o alívio para dor e controle rigoroso de sintomas do paciente.

A Comunicação e a Hierarquia de Necessidades

Ainda no campo da Psicologia e comunicação, alguns trabalhos recentes realizados durante a epidemia de Covid-19, no contexto de UTIs brasileiras, nos apresentam uma nova estratégia de comunicação pensada para contextos de alta desconfiança e emoção intensa. Forte et al. (2024) nos mostram que nesse momento delicado, métodos tradicionais de comunicação (focados principalmente no aspecto racional/intelectual) são insuficientes.

Diante da problemática, Forte et al. (2024) propõem uma estrutura em três níveis de comunicação, que deveriam ser priorizados nessa ordem (sendo possível revisitar níveis anteriores) para facilitar conversas difíceis e decisões compartilhadas:

- **Nível 1- Estabelecer confiança:** Antes de compartilhar qualquer informação complexa, o profissional deve investir em gestos e falas que demonstrem honestidade, comprometimento com o cuidado e abertura ao diálogo, criando um ambiente de segurança psicológica;
- **Nível 2 - Ressoar Emoções:** reconhecer e acolher o medo, a dor, a esperança ou o desespero da pessoa, não para “consertar” ou “mudar” esses sentimentos, mas para validá-los e expressar solidariedade, diminuindo a arousal emocional e permitindo que a pessoa volte a um estado em que possa raciocinar;
- **Nível 3 - Alinhamento Cognitivo:** somente após confiança e regulação emocional, dar espaço para o diálogo racional — discutir prognóstico, opções terapêuticas, valores, preferências e decidir em conjunto os próximos passos.

A justificativa dada pelos autores baseia-se também na neurobiologia: sob estresse intenso, as respostas de medo/ansiedade são conduzidas por estruturas primitivas do cérebro (como a amígdala), que reduzem a capacidade de raciocínio racional (córtex pré-frontal). Assim, tentar forçar decisões racionais sem antes regular as emoções e restabelecer segurança pode ser ineficaz e danoso. Além disso, ressaltam que muitos modelos tradicionais de “conversa sobre doença grave/prognóstico” vêm de contextos ocidentais, individualistas e de baixa desconfiança institucional, e pode não levar em conta o contexto presente em países latino-americanos. Por isso, esse modelo nasce de uma sensibilidade cultural mais apropriada.

Assim, o modelo fornece uma estrutura simples, objetiva, aplicável e ensinável para profissionais de saúde que atuam sob pressão, ajudando a humanizar o cuidado, diminuir rupturas relacionais e promover decisões compartilhadas com mais empatia e respeito, melhor munindo os demais profissionais da área de saúde que não possuem preparação para lidar com essas situações. Ao priorizar confiança e emoções, permite ampliar o conceito de comunicação clínica, reconhecendo dimensões culturais, psicológicas e morais.

Responsabilidade de quem?

Quando se fala de Comunicação de Más Notícias, diz respeito a qualquer informação que pode causar dano ou sofrimento para o paciente, alterando drástica e negativamente a percepção da pessoa sobre o seu futuro. Segundo Pereira et al. (2017), é importante ressaltar que a comunicação de notícias difíceis não é uma exclusividade médica e que, o que se percebe na prática, é um despreparo generalizado nos profissionais de saúde em lidar com notícias difíceis. Entretanto, para melhor compreender as atribuições de cada indivíduo no contexto hospitalar e da saúde, se faz necessária uma distinção importante nos deveres de cada profissional.

O médico é figura central na comunicação de más notícias. Os primeiros trabalhos na área visavam criar ferramentas para auxiliar esses profissionais no momento do contato com o paciente e familiares, suprimindo muitas vezes lacunas na formação desses profissionais a respeito da criação de vínculos e comunicação empática. Segundo Monteiro e Quintana (2017), o médico ainda é a figura com o conhecimento técnico-científico necessário para diagnosticar e propor tratamentos, e como portador desse conhecimento, é dele o dever de passar essas informações ao paciente e familiares. Na mesma linha é por conta deste mesmo conhecimento que apenas o médico pode emitir Declaração de Óbito no Brasil, como informa a Resolução nº 1779/05 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005). Os esclarecimentos técnicos são

necessários e é direito de todo paciente e familiares estarem informados a respeito de sua saúde, prognóstico e tratamentos.

Por conta disso, a figura médica é tão importante quando se fala da comunicação de más notícias. No entanto, a formação acadêmica proporciona pouca capacitação específica para esse tipo de desafio (Monteiro & Quintana, 2017). Sem um preparo adequado, o desconforto e a insegurança diante da necessidade de transmitir notícias difíceis podem fazer com que médicos e outros profissionais da saúde se distanciem emocionalmente dos pacientes. Vivenciar esse momento de comunicação representa uma situação delicada e desafiadora para os profissionais de saúde. Muitas vezes, diante da dor emocional do enfermo/família e sem saber exatamente como acolhê-los, podem surgir tentativas de se consolar por meio de promessas irrealistas de cura, da chamada mentira piedosa ou mesmo de uma comunicação abrupta, com poucas explicações e sem oferecer um olhar para o futuro — o que pode fragilizar profundamente a relação terapêutica (Souza et al., 2025).

Aqui, se optou por ressaltar o papel do profissional da Psicologia nessa problemática. No contexto da Política Nacional de Humanização (PNH), preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2013) é papel do psicólogo atuar para minimizar o sofrimento do paciente, promover a saúde física e mental, acolhendo o paciente e considerando seu contexto biopsicossocial, bem como potencializar formas de comunicação efetiva entre a tríade (paciente-equipe- família) durante o período de internação. As contribuições do psicólogo no contexto da comunicação de más notícias serão abordadas na próxima seção.

O Papel da Psicologia

Para se falar do papel da psicologia durante a comunicação de más notícias, é preciso primeiramente lembrar das funções do psicólogo dentro das UTIs e de sua atuação no contexto hospitalar. Essa atuação não possui os mesmos moldes da psicoterapia clínica tradicional, sendo voltada a minimizar o sofrimento causado pela hospitalização, sequelas e decorrências emocionais desses acontecimentos. O psicólogo tem ainda participação no processo de humanização do ambiente hospitalar, valorizando as necessidades dos pacientes e trazendo-o para participação ativa em seu processo de saúde-doença. Seu trabalho também não é limitado à atuação com o paciente hospitalizado em si, mas envolve também familiares e profissionais de saúde (Porto & Lustosa, 2010).

O profissional da Psicologia, muitas vezes, é reconhecido como o profissional que “lida com os sentimentos”, “aquele que tem melhor habilidade para dialogar”, ou “que resolve conflitos e problemas” principalmente de natureza relacional. São solicitados a prestar

assistência nos momentos em que o paciente está triste, irritado, com medo, choroso, demandante ou insatisfeito; ou quando há conflitos entre membros da tríade paciente-família-equipe. São os profissionais da comunicação e acabam sendo delegados a resolver questões dessa natureza. Entretanto, apesar do reconhecimento das habilidades e competências esperadas do profissional psicólogo no ambiente hospitalar, a comunicação efetiva, a construção de boas relações, a escuta ativa e o acolhimento não devem ser habilidades exclusivas do profissional da Psicologia neste contexto (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2019).

A Psicologia pode auxiliar na capacitação e aprimoramento da equipe assistencial para melhor acolhimento e humanização dos pacientes hospitalizados, minimizando o desgaste e sofrimento presentes durante a internação dos pacientes. O trabalho em conjunto e multiprofissional das equipes tem força na união dos saberes e são de extrema importância para o cuidado integral do indivíduo e de seus familiares. Assim, o psicólogo pode atuar tanto no apoio psicológico, suporte emocional e na orientação de familiares e pacientes, mas também na sensibilização da equipe para as demandas particulares de cada indivíduo.

Quando falamos de comunicação de más notícias, a atuação do psicólogo, segundo Gobbi (2020) pode acontecer em três momentos diferentes: antes, durante ou depois da comunicação realizada pelo médico.

- **Antes:** é possível realizar avaliação prévia dos sentimentos e conhecimentos do paciente (ou familiares) a respeito do quadro de saúde; criação de vínculos entre paciente/família e equipe de saúde para maximizar a confiança e qualidade do atendimento; minimizar dúvidas ou conflitos que dificultam o processo de lidar com a notícia difícil; permitir o compartilhamento com a equipe das impressões do indivíduo em relação ao seu adoecimento.

- **Durante:** é importante ressaltar que o psicólogo, apesar de não ser o responsável pela comunicação das informações técnicas durante uma comunicação difícil, pode atuar lado a lado do médico durante a comunicação. Nesse contexto, o intuito é garantir que a comunicação seja clara e adequada para cada indivíduo, oferecendo as informações na cadência adequada, esclarecendo dúvidas pertinentes e oferecendo acolhimento e suporte para garantir que os indivíduos participando da comunicação consigam lidar com a notícia.

- **Depois:** uma vez que a comunicação de uma doença, prognóstico ruim ou falha terapêutica é entendida como um momento de crise na dinâmica familiar, o psicólogo possui ferramentas e técnicas que podem ser utilizadas para ressignificar o momento do

adoecimento ou perda. Luto antecipatório, luto complicado, conflitos e crises podem surgir e o atendimento psicológico pode oferecer acolhimento, validação dos sentimentos e suporte para o enfrentamento do paciente ou familiares. Grupos terapêuticos, atendimentos breves focais, intervenções em crise e encaminhamentos psicoterápicos são possíveis para oferecer melhor assistência a esses indivíduos.

Diante da complexidade emocional e ética que envolve a comunicação de más notícias em UTIs, o papel da psicologia se mostra fundamental para humanizar esse processo e oferecer suporte tanto aos profissionais de saúde quanto aos familiares dos pacientes. A atuação do psicólogo contribui para tornar esse momento extremamente delicado, mais empático, claro e respeitoso, promovendo um espaço de acolhimento e escuta ativa. Ao auxiliar na elaboração da informação e no manejo das reações emocionais, a psicologia fortalece o vínculo entre equipe e família, minimiza o sofrimento psíquico e favorece tomadas de decisão mais conscientes e compartilhadas, reafirmando o compromisso com um cuidado verdadeiramente integral.

REFERÊNCIAS

- Almanza-Muños M. J. J. & Holland C. J. (1999). La comunicación de las malas noticias en la relación medico paciente. III. *Guía clínica práctica basada en evidencia*; 53(3): 22.
- Backes, M. T. S., Erdmann, A. L., Büscher, A., & Backes, D. S. (2012). O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 16, 689-696.0-224.
- Baile, W. F, Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000b). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
<https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baile, W. F. (2000a). SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*.
<https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1634/theoncologist.5-4-30>

- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142.
- Conselho Federal de Medicina. (2005) Resolução CFM nº 1.779/05. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2005/1779_2005.pdf
- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos serviços hospitalares do SUS*. <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-nos-servicos-hospitalares-do-sus/>
- Forte, D. N., Stoltenberg, M., Ribeiro, S. C. D. C., Almeida, I. M. M. O. D., Jackson, V., & Daubman, B. R. (2024). The hierarchy of communication needs: a novel communication strategy for high mistrust settings developed in a Brazilian COVID-ICU. *Palliative Medicine Reports*, 5(1), 86-93.
- Gobbi, M. B. (2020). Comunicação de más notícias: um olhar da psicologia. *Diaphora*, 9(1), 66-69.
- Krieger, M. V. (2017). *Comunicação de más notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova ética das virtudes* [Dissertação de mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP. <https://arca.fiocruz.br/items/87918a49-7372-41ea-9db6-20ff9a1da503>
- Lucchese, F. A., & Ledur, P. F. (2008). *Comunicação médico paciente: Um acordo de cooperação*. Editora AGE.
- Ministério da Saúde. (2010). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf.

Ministério da Saúde. (2013). Política Nacional de Humanização.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf

Monteiro, D. T., & Quintana, A. M. (2017). A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32.

Pereira, C. R. (2010). *Comunicado más notícias: protocolo paciente* [Tese de Doutorado].

Universidade Estadual Paulista, UNESP.

<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/103998>

Pereira, C. R., Calôgeno, M. A. M., Lemonica, L., & Barros, G. A. M. (2017). The P-A-C-I-E-N-T-E protocol: an instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>

Porto, G., & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 76-93.

Souza, G.A., Aredes, J. S., Giacomini, K. C., & Firmo, J. O. A. (2025). A comunicação de más notícias em um hospital de emergência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 30,1-12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.02022023>

Vandekief G. K. (2001). Breaking Bad News. *American Family Physician*; 64, 12.

Victorino, A. B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J., Bastos, M. Z. N., & Andreoli, P. B. A. (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(1), 53-63.

Wujtewicz, M., Wujtewicz, M. A., & Owczuk, R. (2015). Conflicts in the intensive care unit. *REVIEWS Anesthesiology Intensive Therapy*, 47(4), 360–362. <https://europepmc.org/article/med/26401743>

CAPÍTULO 5:

AUTOEXTERMÍNIO NA UTI: A INTERVENÇÃO EM CRISE COMO UMA TÉCNICA E TEORIA POSSÍVEL

Arthur Piemonte Tufenkjian

Graziela Sousa Nogueira

A proposta deste capítulo foi abordar questões relativas à assistência de vítimas de tentativas de autoextermínio (TAE) internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), abrangendo a intervenção em crise como técnica e teoria possível. Assim, serão abordados conceitos e dados epidemiológicos acerca de autoextermínio; fatores de risco e proteção; intervenção em crise e outras possibilidades de atuação; além do compartilhamento de casos e vivências profissionais. É esperado que este capítulo contribua para um olhar mais humanizado frente ao sofrimento humano por parte de profissionais de saúde atuantes em UTI, favorecendo reflexões e embasando intervenções efetivas frente às vítimas de TAE.

Os comportamentos autodestrutivos podem ser caracterizados por qualquer ação que o indivíduo infringe dano a si mesmo, independentemente do nível de intenção de causar a própria morte e da clareza sobre as razões por trás dessa ação (Werlang & Botega, 2004). O autoextermínio e os comportamentos autodestrutivos abrangem uma ampla gama de manifestações, sendo elas: comportamentos de risco (ex: dirigir alcoolizado), negligência no autocuidado (ex: abandono de uso de medicações para tratamento de doenças crônicas ou graves), autolesão (ex: cortes ou machucados que o próprio sujeito realiza em si mesmo), intoxicação (ex: por grande consumo de bebidas alcoólicas ou uso abusivo de medicamentos) e o próprio ato de tirar a vida (ex: atirar contra si mesmo com arma e fogo, se enforcar, etc.) (Cassorla, 1984). É possível observar na literatura que o método mais comum utilizado por ambos os sexos é a intoxicação. No entanto, o sexo masculino tende a empregar com maior frequência métodos mais letais, como o enforcamento e o uso de objetos cortantes (Alves et al., 2014; Fischer & Vansan, 2008; Oliveira et al., 2020). Contudo, a literatura aponta como sendo os mais letais o uso de armas de fogo, enforcamento e afogamento (Cai et al. 2022).

O comportamento autodestrutivo é considerado um grave problema de saúde pública, devido à sua complexidade e às diversas causas que o originam, causando um impacto profundo nas áreas social, econômica e pessoal (Junior, 2015). A alta prevalência de comportamentos autodestrutivos tem impacto direto no sistema de saúde, na segurança e na assistência social. Assim, sua ocorrência pode ser explicada por multifatores, como os transtornos mentais, traumas e problemas sociais, arretando repercussões nas esferas social (famílias e amigos),

econômica (hospitalizações, demandas para a saúde pública, desemprego) e pessoal (prejuízos na qualidade de vida e sofrimento psíquico).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) indica índices superiores a 700 mil suicídios por ano em plano mundial, sendo a maior causa de óbitos, superando mortes por guerras, malária, HIV, câncer de mama ou homicídio. Cabe destacar que há variação nos dados epidemiológicos, sendo os números fortemente atrelados a aspectos sociodemográficos, como idade e localização geográfica. Por exemplo, em 2021, o autoextermínio foi a terceira causa de morte no mundo entre jovens de 15 a 29 anos; e 73% dos suicídios ocorreram em países menos desenvolvidos. Historicamente a África, Europa e o Sudoeste Asiático apresentam algumas das maiores taxas de autoextermínio (OMS, 2019). Um outro dado interessante é que para cada fato consumado estima-se que haja mais de 20 tentativas (OMS, 2021).

Aproximadamente 14.000 novos casos de suicídio são registrados a cada ano no Brasil, refletindo a gravidade do problema no país, impactando diferentes esferas da sociedade brasileira. Observa-se que no Brasil a prevalência de suicídio entre jovens aumentou 6% de 2011 a 2022 (Fundação Osvaldo Cruz [Fiocruz], 2024; Ministério da Saúde [MS], 2020; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Os dados epidemiológicos no Brasil indicam também diferenças entre os sexos, reforçando tendências mundiais, com homens apresentando maior risco de suicídio, com ocorrência três vezes maior em comparação com as mulheres (Junior, 2015; OMS, 2021), com predomínio do uso de métodos de alta letalidade, como enforcamento, armas de fogo e autointoxicação com pesticidas (Machado & Santos, 2015).

O Ministério da Saúde (2024) registrou no ano de 2021 um total de 15.507 suicídios, ou seja um média de 42 suicídios/dia. No Distrito Federal-DF, conforme o Boletim Epidemiológico em relação a Violência Autoprovocada, dados de 2020-2024, foi observado um total de 7.737 casos de automutilação; 10.436 casos de tentativa de suicídio; e 1.194 óbitos por suicídio (SES-DF, 2025). Dessa forma, observa-se um cenário preocupante, que indica agravamento da epidemia do suicídio no Brasil, o que pode ser explicado pelo aumento na incidência de transtornos mentais, isolamento social, facilidade de acesso a métodos letais e à falta de políticas públicas (Silva & Marcolan, 2021).

O fenômeno do autoextermínio é estudado por diversas áreas do conhecimento e está atrelada a diferentes fatores culturais, emocionais, sociais e de saúde mental. Entre os diversos diagnósticos em saúde mental, a depressão maior emerge como o mais frequentemente associado ao risco de suicídio (Chachamovich et al., 2009). Os episódios depressivos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), 2014 são classificados pelo F.32. Nestes casos é observado rebaixamento do humor, redução da

energia e diminuição da atividade, sendo necessário avaliar a intensidade e duração desses fenômenos. Entre os diversos transtornos mentais, existem alguns que se associam a maior ocorrência de suicídio, a saber: o Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar, Transtornos Relacionados a uso de substâncias, Esquizofrenia, Transtorno de Borderline e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A descrição desses transtornos, conforme o DSM-V (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2023) se encontra na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1

Tipos de transtornos mentais

Transtorno mental	Definição
Transtorno depressivo maior	Associado a um período de pelo menos duas semanas de humor deprimido e/ou perda do prazer/interesse em quase todas as atividades, perda de apetite ou peso, fadiga, culpa excessiva, dificuldade de concentração e pensamentos de morte ou suicídio.
Transtorno bipolar	Caracterizado por episódios de mania, hipomania e depressão. As mudanças de humor são intensas, cíclicas e mais duradouras que as variações normais, comprometendo significativamente a organização e o funcionamento da pessoa.
Transtornos relacionados ao uso de substâncias	Conjunto de condições associadas ao consumo problemático de substâncias, gerando sofrimento significativo. Podem ocorrer alterações comportamentais, cognitivas e fisiológicas.
Esquizofrenia	Transtorno mental crônico que afeta a forma como o sujeito pensa, age e sente. Envolve distorção da realidade, delírios, alucinações, sintomas negativos, pensamento desorganizado e comportamento motor inadequado.
Transtorno de personalidade borderline	Padrão persistente de instabilidade emocional, relacionamentos interpessoais conturbados, autoimagem distorcida e impulsividade.
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)	Decorrente de experiências traumáticas ou estressoras, como violência, acidentes ou desastres naturais. Envolve resposta intensa de medo e sintomas relacionados à revivência do trauma.

Para a psicologia a temática do autoextermínio é fundamental devido a sua implicação na saúde mental e no bem-estar psicológico dos indivíduos. A compreensão dos fatores que contribuem para o suicídio e os comportamentos autodestrutivos são fundamentais para se desenvolver estratégias de prevenção e de suporte adequado às pessoas em situação de

vulnerabilidade emocional. Compreender as nuances do comportamento suicida é essencial para a avaliação de risco e para o delineamento das estratégias de intervenção mais adequadas.

Assim, destaca-se a diferença entre pensamento suicida, ideação suicida e comportamento suicida (Tabela 2): **a) pensamento suicida** está caracterizado pelo sofrimento emocional, é o início dos pensamentos perturbados; **b) ideação suicida** é o momento que o sujeito está em maior contato com a ideia da morte, já existe a ideia de conversão de pensamento em ato (Souza & Marcolan, 2021); **c) planejamento suicida** é a possibilidade iminente do sujeito em realizar a tentativa, pois ela muitas vezes já pensou, ponderou, idealizou e planejou a tentativa de autoextermínio (Ferracioli et al., 2021).

Tabela 2

Características do comportamento suicida

Etapas	Descrição	Observação Clínica
Pensamento suicida	Caracteriza-se pelo sofrimento emocional e pelo início dos pensamentos perturbadores no sujeito.	Fase inicial, marcada por dor psíquica.
Ideação suicida	O indivíduo está em maior contato com a ideia da morte e começa a aceitá-la como possibilidade real.	Atenção redobrada, pois a ideia já está internalizada.
Planejamento suicida	O sujeito já pensou, idealizou e planejou a tentativa de autoextermínio. Trata-se da fase iminente.	Último momento possível para intervenção antes da tentativa.

Existem diversos fatores de risco para o autoextermínio que devem ser avaliados pelo profissional de saúde mental, entre eles: presença de transtornos mentais, fatores sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes. Cabe destacar que histórico de transtorno mental e/ou de tentativa de suicídio pregressa estão associados a maior risco de autoextermínio (Cerqueira & Lima, 2015). Algumas tentativas de autoextermínio podem ocorrer de maneira impulsiva, não planejada, motivadas por questões emocionais como a raiva ou outros estados afetivos intensos, o que muitas vezes está relacionado a tentativas mais agressivas (Brokke et al., 2022). Neste contexto, a impulsividade pode ser potencializada pelo uso de substâncias, se constituindo este um fator de risco para a TAE e consumação do suicídio, tendo em vista prejuízos no julgamento (Dillon et al., 2020).

Recentemente as redes sociais vem contribuindo para ocorrência de comportamentos autolesivos e de autoextermínio. Diversos desafios na internet surgiram, glorificando o

sofrimento e vangloriando a dor, havendo recorrentemente exposição a situações de risco à vida motivadas pela competição entre os jovens (Sedgwick et al., 2019).

Portanto, a abordagem psicológica busca não só compreender os aspectos individuais e psicológicos, mas também contempla aspectos sociais, culturais e ambientais que influenciam esses comportamentos complexos, que podem atuar como facilitadores ou protetores prevenindo TAE ou novas tentativas. Diante do exposto, os profissionais de psicologia devem estar capacitados para abordagem de demandas de autoextermínio, seja ideação, TAE ou suicídio consumado, por meio atendimentos tradicionalmente clínicos, ou realizados no contexto ambulatorial ou hospitalar. Ressalta-se que os psicólogos atuantes em hospitais, especialmente em Pronto Socorros e UTIs, muitas vezes lidam já com tentativa de suicídio consumada.

A Psicologia no Contexto Hospitalar

A atuação do psicólogo no hospital se caracteriza como uma das diversas possibilidades de atuação no escopo da psicologia da saúde, sendo caracterizada pela atuação nos setores secundários e terciários de saúde. Se valoriza as interfaces entre o processo de saúde e doença e o funcionamento psíquico, a dimensão subjetiva do indivíduo, que deve ser visto em sua totalidade (Mosimann & Lustosa, 2011; Simonetti, 2004). Nesse contexto é sua função promover e manter o bem-estar dos indivíduos, das comunidades e da população em geral. Isso inclui promover a saúde, investigar cientificamente as causas das doenças, desenvolver políticas públicas, além de prevenir e tratar enfermidades (Pires & Braga, 2009; Straub, 2004).

Em uma perspectiva de atuação em nível terciário de atenção em saúde, a inserção do psicólogo nos hospitais gerais geralmente é caracterizada pela vinculação a equipes de saúde em setores assistenciais específicos, tais como Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Oncologia, Pediatria, Ortopedia, Neurologia, Maternidade, Pronto Socorro e UTIs, entre outros. Indivíduos com demandas psicológicas, com relevante sofrimento psíquico, podem ser identificados em todos os cenários hospitalares. Ideação suicida, histórico de tentativas de autoextermínio pregressas e recentes são demandas muito comuns vinculadas à assistência psicológica hospitalar.

Dada a sua importância, atualmente existem regulamentações que colocam a figura do psicólogo da saúde que atua nos hospitais como profissional essencial, integrando as equipes mínimas obrigatórias para o funcionamento dos serviços, caso das UTIs, conforme consta na Nota Técnica da SES-DF nº 1/2019 (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [SES-DF], 2019). Nas Unidades de Terapia Intensiva, os pacientes vítimas de tentativas de

autoextermínio, são admitidos em estado crítico. Assim, enfrentam, não apenas desafios e ordem física, mas também emocionais e psicológicos significativos ao longo da internação.

Em um momento inicial, muitas vezes, o papel do psicólogo se restringe ao acolhimento e assistência psicológica aos familiares do paciente, isso em decorrência de alterações nos níveis de consciência. Muitos destes pacientes se encontram sob efeito de sedativos, entubados, sem despertar efetivo, ou podendo, até mesmo, apresentar agravos neurológicos, seja diretamente decorrente do método utilizado para autoextermínio ou em função de complicações e intercorrências no decorrer da internação (Finkelstein et al, 2015). Nesse contexto faz parte do escopo de atuação do psicólogo intensivista, em um primeiro momento, realizar acolhimento, intervenções em crise e participar da comunicação de más notícias, o que inclui informações iniciais sobre a gravidade do quadro clínico e prognóstico.

Inicialmente, o foco principal da assistência psicológica é a família da vítima, contato estabelecido o mais precocemente possível após a admissão do paciente em UTI. O momento do acolhimento (admissão em psicologia) é essencial para a construção de vínculo, além de uma oportunidade para suporte emocional e coleta de informações, considerando que em muitos casos, o próprio paciente vítima de TAE não terá condições clínicas e/ou psíquicas de fazê-lo (Simonetti, 2004). Além disso, a percepção de familiares que convivem com o paciente sobre a TAE, incluindo a motivação, constitui ferramenta valiosa no processo de avaliação dos fatores de risco e de proteção à realização de novas tentativas de autoextermínio (Mathew et al. 2020). Assim, é fundamental que os psicólogos estejam preparados tecnicamente para a realização na admissão de uma entrevista clínica detalhada.

Cabe ressaltar que não há padronização de entrevistas de acolhimento em serviços de psicologia em UTI (Almeida et al., 2008), mas algumas informações são essenciais, especialmente nos casos de TAE: dados sociodemográficos, antecedentes de saúde/doença; eventos que precederam a TAE e seu contexto (método, circunstâncias e intencionalidade); fatores predisponentes e precipitantes; problemas/estressores atuais; relacionamentos pessoais, familiares, afetivos, laborais e sociais; rede de suporte social; histórico de transtornos mentais (paciente e familiares); uso e abuso de substâncias lícitas/ilícitas; histórico de acompanhamento psicológico, psiquiátrico e uso de psicofármacos; e padrões comportamentais, estilos de enfrentamento e personalidade. Além da coleta de informações, a entrevista clínica de vítimas de TAE tem a função de vinculação e avaliação do risco.

Nesta avaliação inicial é necessário atenção ao conteúdo latente, sentimentos, crenças, pensamentos, conflitos internos e existenciais, visão da morte, o que pode ser abordado e acessado de maneira gradativa durante o processo de internação na UTI. Desta maneira, frente

ao exposto, se trata de uma avaliação ampla e cuidadosa, que exige habilidade e competências específicas. Existem pessoas que podem esconder sua intenção suicida, devendo o profissional ter preparação técnica para ir além do que é dito, buscando uma coleta ampla de informações, bem como observação de linguagem não verbal (Botega, 2015; Tabakman, 2018).

Se enfatiza que há necessidade de sensibilidade e bom senso por parte do psicólogo intensivista no momento da admissão familiar de vítimas de TAE, pois o estado psicológico dos presentes irá determinar se será possível conduzir uma entrevista clínica ou se deverá priorizar uma intervenção em crise. É possível que os familiares cheguem tão abalados emocionalmente que não tenham condições de explicar sobre o paciente, ou ainda que seja mais adequado dividir a entrevista em momentos distintos. No caso de pacientes conscientes, é necessário primeiro avaliar seu estado mental e psicológico, além das condições clínicas, para se ponderar se tem condições de responder à entrevista de admissão. Ademais, no escopo da avaliação inicial, é de fundamental importância a avaliação dos fatores de risco e de proteção para TAE.

Fatores de Risco e Proteção

Como já dito, a admissão completa e detalhada nos casos de TAE é fundamental para melhor compreensão do funcionamento do paciente, sendo uma importante ferramenta que permite identificar os fatores de risco e proteção a novas tentativas. A SES-DF confeccionou em 2021, o Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio, no qual detalha os fatores de risco para comportamentos suicidas, tais como: perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária, estado civil, orientação sexual, crenças religiosas e etnia); fatores psicológicos/psicossociais. O detalhamento dos fatores de risco para comportamentos suicidas está nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3

Fatores Sociodemográficos Associados ao Risco de Comportamento Suicida

Fator	Descrição
Sexo	Masculino
Faixa etária	Adultos jovens (19–49 anos) e idosos
Estado civil	Viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens)
Orientação sexual	Homossexual ou bissexual
Crenças religiosas	Ateus, protestantes tradicionais, católicos e judeus

Etnia	Grupos étnicos minoritários
-------	-----------------------------

Tabela 4

Fatores Psicossociais Associados ao Risco do Comportamento Suicida

Categoria	Fatores
Transtornos mentais	Depressão; transtorno afetivo bipolar; abuso/dependência de álcool e outras drogas; esquizofrenia; transtornos de personalidade (especialmente borderline); comorbidade psiquiátrica (ocorrência de mais de um transtorno mental ao mesmo tempo); história familiar de doença mental; falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental; ideação ou plano suicida; tentativa de suicídio pregressa; história familiar de suicídio.
Fatores psicossociais	Abuso físico ou sexual; perda ou separação dos pais na infância; instabilidade familiar; ausência de apoio social; isolamento social; perda afetiva recente; acontecimentos estressantes; datas importantes (reuniões familiares, perdas, aniversários, eventos marcantes ou traumáticos); desemprego; aposentadoria; violência doméstica.
Fatores psicológicos	Desamparo; ansiedade intensa; vergonha ou humilhação (bullying); baixa autoestima; desesperança; traços de personalidade (impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo); rigidez cognitiva; pensamento dicotômico (nos extremos); pouca flexibilidade para enfrentar adversidades; impulsividade.
Outros	Acesso a meios letais (armas de fogo, venenos); doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais; estados confusionais orgânicos; falta de adesão a tratamento; agravamento ou recorrência de doenças preexistentes; relação terapêutica frágil ou instável.

A compreensão dos fatores de risco em suicídio e a abordagem de dialogar sobre eles durante a admissão do paciente, permitem uma análise mais profunda desse sujeito e facilita a reconstrução da história de vida desse indivíduo. Outro aspecto que precisa de muita atenção se refere à magnitude dos pensamentos suicidas (intensidade, frequência, profundidade, duração e persistência), pois estes são proporcionais ao risco. Somado a isso, um importante alerta são as verbalizações e compartilhamento de pensamentos com conteúdo permeado por desesperança, desespero e desamparo, pois estão associadas a maior risco de suicídio. Essa prática não só oferece suporte imediato à família em crise, mas também auxilia em encaminhamentos assertivos e intervenções terapêuticas futuras, fortalecendo a rede de suporte. Por outro lado, também é de grande importância a identificação de fatores de proteção, pois eles auxiliam no enfrentamento aos momentos adversos e na resolução de problemas (Pereira et al. 2018; Tabakman, 2018).

Durante a internação hospitalar, os fatores de proteção devem ser fortalecidos, visando a prevenção de novas TAE pós-alta hospitalar. A partir da coleta dessas informações no momento da admissão, elas irão ajudar a nortear o manejo da crise psicológica que se instala com a TAE, favorecendo intervenções psicológicas mais efetivas. Assim, a coleta de informações auxilia o psicólogo a traçar as estratégias para manejar o sofrimento psíquico do paciente. O detalhamento dos fatores de proteção ao comportamento suicida está descrito na Tabela 5.

Tabela 5

Fatores de Proteção ao Comportamento Suicida

Fator de proteção	Descrição
Suporte social e familiar	Relações afetivas estáveis que promovem acolhimento e reduzem o isolamento.
Habilidades de enfrentamento e resiliência	Capacidade de lidar com estresse e adversidades de forma adaptativa, promovendo autocontrole.
Acesso a cuidados de saúde mental	Tratamento contínuo e efetivo de transtornos mentais que diminui o risco de comportamentos suicidas.
Sentido de propósito e esperança	Metas de vida, espiritualidade e esperança que fortalecem a vontade de viver.
Resolução de problemas e habilidades de comunicação	Capacidade de resolver conflitos e expressar emoções de forma saudável e assertiva.
Ambiente seguro	Restrição do acesso a meios letais para evitar tentativas impulsivas.
Educação e conscientização	Programas que reduzem o estigma e incentivam a busca por ajuda em saúde mental.

Entrevistas padronizadas para casos de TAE e outros instrumentos podem ajudar na avaliação inicial e identificação de fatores de risco e proteção, a exemplo:

- *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* (Posner et al., 2011) que é um instrumento validado para o Brasil para avaliar a existência de ideação suicida, seja presente ou passada, bem como tentativas de suicídio, planejamento, lesão autoprovocada, entre outros;
- *Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T)* (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020), instrumento que auxilia na identificação de fatores de risco e protetivos;

- *Uso de perguntas abertas*, recomendadas por especialistas, como estratégia que abrem espaço para o diálogo sobre dificuldades ("Como você se sente ultimamente?", "Existem muitos problemas na sua vida?", "O que tem tentado fazer para resolvê-los?") (Botega, 2015; MS, 2006; Tabakman, 2018).

Durante a avaliação e assistência ao paciente se faz necessário respeitar os sentimentos do indivíduo, sem julgamentos, por meio de uma escuta ativa e empatia. Isso inclui compreender melhor o desejo expresso de morte, ou sua ambivalência entre viver e morrer. Por outro lado, assim que possível é importante dar início ao planejamento de medidas concretas para ajudar o paciente a sair da crise e minimizar o risco de nova TAE, em caso de evolução clínica positiva e alta da UTI (Tabakman, 2018). Já para pacientes muito graves, em momentos de alto risco de óbito e desfecho incerto, é necessário ajudar os familiares a manter o foco no momento presente, na luta pela vida, sinalizando que abordagens e tratamentos em saúde mental serão programados para momentos futuros, oportunamente em momentos de maior estabilidade clínica.

Também é necessário atenção ao enfrentamento de familiares e profissionais que podem vincular a TAE a questões ideológicas e religiosas. Durante o processo de avaliação demandas neste sentido podem ser observadas indicando necessidade de intervenção no sentido de psicoeducação. Assim, deve-se abordar o paciente de maneira sempre acolhedora, empática e sem julgamentos (Tabakman, 2018).

Crise Psicológica

A chegada de um familiar à unidade hospitalar, desencadeia uma resposta emocional intensa e imediata, caracterizada por choque, desespero e desorganização psíquica, essa reação é compreendida como um estado de crise. ***Crise pode ser descrita como a experiência de um evento traumático, um desequilíbrio emocional, com dificuldades do sujeito em encontrar recursos emocionais e psicológicos para lidar com a situação atualmente vivenciada*** (Sá et al., 2008). Trata-se de eventos com grande impacto emocional, capazes de provocar mudanças consideráveis e duradouras na vida das pessoas (Parada, 2004). A constância de crises e sua gravidade podem aumentar o risco à TAE, o que se observa muitas vezes frente a esses pacientes na UTI.

O ambiente de UTI já pode configurar um local aversivo para os visitantes/familiares, havendo dispositivos ligados ao paciente, sons característicos ao aparato tecnológico, acesso limitado, além da insegurança com relação ao desfecho. Desta maneira, são comuns

manifestações de sintomas de ansiedade e depressão em UTI, que por sua vez, podem ser proporcionais à gravidade do caso (Pochard et al., 2005)

No contexto das UTIs adulto públicas, muitas vezes a família tem direito a visitas em horários específicos do dia. São poucos os pacientes que possuem acompanhante ou a concessão de visita estendida. Dessa forma, o familiar que comparece na visita, tem poucos minutos do seu dia para se adaptar ao ambiente aversivo que é a UTI, compreender as informações médicas e estar em contato com o paciente, que pode estar em gravíssimo estado clínico, correndo risco de ir à óbito. Já se sabe que o ambiente de UTI é estressor para o paciente e para os familiares, podendo o sofrimento emocional ser duradouro, levando tanto os familiares quanto os pacientes a apresentarem, mesmo após a alta da unidade, sintomas de ansiedade e depressão (Fumis et al., 2015)

Dentro desse cenário aversivo e catastrófico, muitos familiares entram no que chamamos de crise psicológica ou crise emocional, sendo fundamental intervir nessas situações, aplicando-se técnicas/teorias psicológicas, com os familiares, devido às situações de instabilidade que podem gerar dentro do ambiente hospitalar. A crise, embora intensamente dolorosa, também pode se revelar transformadora, a depender da magnitude de seus gatilhos e impactos, sendo essencial ressignificar a experiência desse sujeito, para a uma reconstrução existencial mais ampla e com novos significados (Botega, 2022). Portanto, mesmo no contexto crítico da UTI, é possível intervir junto aos familiares e pacientes a partir da abordagem da intervenção em crise, oferecendo suporte visando a ressignificação da experiência e a adoção de estratégias para promover saúde mental e organização psíquica para superar esse momento.

Intervenção em Crise

A intervenção em crise caracteriza-se por diversas abordagens terapêuticas que tem como objetivo organizar emocionalmente e psicologicamente o indivíduo dentro de um contexto de vulnerabilidade emocional aguda, tendo como objetivo amenizar os efeitos disruptivos, potencializando os mecanismos de defesa e os mecanismos de enfrentamento diante situações de estresse agudo (Paranhos & Werlang, 2015).

No ambiente hospitalar a todo momento pode haver uma crise, podendo atingir pacientes, familiares e os profissionais de saúde. É um ambiente que desencadeia diversas emoções e sentimentos ocasionados por fatores como: procedimentos médicos, luto, diagnósticos médicos, doenças graves, entre outros. Portanto, o ambiente hospitalar é terreno fértil para manifestação de crises psicológicas, a exemplo: crise de ansiedade, crise de pânico,

crise psicótica, crise situacional aguda, crise de agressividade, crise familiar, crise existencial, entre outras (Tabela 6). Cada crise vai ter sua peculiaridade e manejo psicológico.

Tabela 6

Tipos de Crises

Tipo de crise	Definição
Crise de ansiedade	Episódio intenso de desconforto e angústia, que surge de forma inesperada, acompanhado de sintomas físicos e emocionais como taquicardia, sudorese, falta de ar, tontura e dores no peito (Pereira et al. 2025).
Crise de pânico	Similar à crise de ansiedade, mas com medo intenso associado. Envolve sintomas físicos como aceleração do coração, tremores, tonturas, suor excessivo, e sintomas emocionais como sensação de perigo iminente.
Crise psicótica	Perda de contato com a realidade, caracterizada por delírios, alucinações, além de pensamentos e comportamentos desorganizados (Oliveira & Puchivailo, 2018).
Crise situacional aguda	Decorrente de um evento ou conjunto de fatores estressores, provoca desequilíbrio emocional e psicológico. Ocorre desorganização incompatível com a situação, tornando o sujeito incapaz de lidar com o problema.
Crise familiar	Surge a partir de eventos estressores ou adversos dentro da estrutura familiar, resultando em incapacidade do grupo em se adaptar e solucionar o conflito.

Em UTIs os tipos de crise mais frequentemente observados são as crises de ansiedade, pânico, familiares e existenciais. Devido ao alto nível de estresse que essas pessoas estão expostas, além de questões inerentes ao próprio adoecimento, não é incomum que haja desorganização psíquica e dificuldades de ajustamento. A mudança da rotina, o adoecimento e seus desdobramentos, como a perda da funcionalidade/autonomia/privacidade e de papéis sociais, a incerteza quanto à evolução clínica e a saúde e o compartilhamento de espaço com desconhecidos potencializam as reações emocionais (Araujo et al., 2025). Devido a essas mudanças e incertezas, é comum que pacientes ou familiares entrem em uma crise psíquica.

Muitas vezes essas crises são desencadeadas ou agravadas por uma comunicação de más notícias. A partir do momento que um paciente vítima de TAE chega à UTI, grande parte dos familiares não tem informações claras sobre o motivo da internação, sendo surpreendidos ao receberem o diagnóstico ou prognóstico médico. A falta de preparo profissional, especialmente da equipe médica, para a comunicação da notícia pode gerar reações intensas e desproporcionais

às esperadas, como choque, negação, desespero, ansiedade, dissociação, sendo fundamental uma intervenção psicológica imediata para acolher e prestar suporte aos envolvidos. Em UTI é fundamental identificar e priorizar casos em que possa haver relevante sofrimento psíquico, ou alto risco psicológico, para que possam ser implementadas rotinas de suporte a esses familiares e planejamento para alta ou preparação para óbito do paciente, visando a prevenção de luto complicado (Pochard et al., 2005).

Técnicas de Intervenção em Crise

Na área da psicologia, existem diversas técnicas, abordagens e formas de se trabalhar diante uma crise emocional/psicológica. Sem a intenção de esgotar possibilidades, serão descritas estratégias e técnicas que podem ser úteis no manejo de crises em UTI.

Primeiros Cuidados Psicológicos (PCPs): abordagem originada do contexto de emergências e desastres, que podem ser adaptadas às UTIs. Sua aplicação não é exclusiva do psicólogo, podendo ser realizada por leigos, em um primeiro momento, englobando o encaminhamento para assistência especializada em saúde mental frente à persistência do sofrimento psíquico. Os princípios dos PCPs incluem: segurança (garantir um ambiente físico e emocional seguro), acolhimento, contenção (auxiliar nas emoções despertadas pelo sujeito) e orientação (Vigil, 2017). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), recomenda que os PCPs sejam utilizados em pessoas que passaram por um evento traumático ou estão em grande sofrimento, sendo uma resposta inicial e humanitária a esses indivíduos. Consiste em ofertar apoio emocional, proporcionar um ambiente seguro, identificar as necessidades imediatas e conectar com os serviços de apoio (OPAS, 2011). Assim, por exemplo, se um familiar chega na UTI após a admissão de um paciente vítima de TAE em crise, apresentando choro, tremores, transpirando e parecendo que irá ter uma síncope, qualquer profissional, na ausência do psicólogo, pode acolher o familiar, dar uma cadeira para que possa se sentar, oferecer água e um lenço de papel, perguntar se quer que chame outro familiar para lhe dar apoio, ouvir o indivíduo e ser empático. Contudo, pela preparação técnica, o psicólogo oferece apoio especializado, sendo capaz de avaliar e intervir na crise de maneira mais pontual, dando seguimento ao acompanhamento e fornecendo suporte e encaminhamento para atendimentos de demandas futuras. Os PCPs têm como principal função auxiliar a reduzir o impacto inicial de traumas, promovendo resiliência e criando vínculo. Dentro de UTIs esse tipo de estratégia é bastante útil no caso de primeiras visitas sociais, atendimentos de admissão, familiares que nunca foram ao ambiente de UTI e em momentos de comunicação de notícias difíceis.

O Modelo de Intervenção em Crise de James (James et. al, 2016): tem como objetivo uma prática mais breve e curta, focada em auxiliar pessoas em grande sofrimento psíquico. Tem como objetivo ser imediato, eficaz, estabilizar o paciente e favorecer o empoderamento. Consiste em avaliar o evento estressor, a percepção individual da pessoa, avaliar os recursos disponíveis para intervenção; planejar conforme as estratégias de enfrentamento do sujeito; mobilizar as redes de apoio. Também com técnicas de acolhimento emocional, favorecer a reorganização cognitiva e o desenvolvimento de um plano real para a situação. Dentro do cenário de UTI esse modelo é bastante útil para o auxílio dos familiares e dos pacientes. Tem como técnicas o uso da escuta ativa, validação das emoções, normalização das reações diante à crise, priorização dos problemas e restabelecimento do contato do paciente com a sua rede de apoio principal.

Técnicas de Grounding: Técnica atribuída à psicoterapeuta Betty Alice Erickson, sendo um exercício de *mindfulness*, consiste em manejar a crise do sujeito com base em cinco temas que são divididos em 5-4-3-2-1. Inicialmente, se pede para a pessoa identificar 5 coisas que enxerga em volta dele, 4 coisas que ele pode tocar, 3 coisas que ele ouve, 2 que sente o cheiro, 1 que sente o sabor. Em conjunto a essas perguntas é realizada respiração diafragmática. Esta técnica é utilizada em casos de dissociação e principalmente para crises de ansiedade dentro do contexto de UTI. Utiliza-se essa técnica durante a comunicação de más notícias em casos em que familiares entram em choque, surto psicológico, como um recurso de resgate para a realidade.

Técnicas de respiração:

Existem diversas técnicas de respiração que são utilizadas para manejo da ansiedade e podem auxiliar no manejo de crises.

- **Respiração diafragmática:** implica em inspirar lentamente pelo nariz, expandindo o abdômen, enquanto o peito permanece parcialmente estático. Essa técnica auxilia na oxigenação do corpo, redução de estresse e ansiedade (Hopper et al., 2019).
- **Respiração 4-7-8:** similar a técnica do *grounding*, porém, utiliza a respiração como estratégia exclusiva. É indicado que se inspire por 4 segundos, segure o ar por 7 e expire lentamente contando até 8 segundos, repita o ciclo por até 4 vezes (Aktaş & İlgin, 2023; Hopper et al., 2019).
- **Respiração com visualização:** essa técnica pode ser utilizada tanto com pacientes conscientes em UTI, como com os familiares, no momento de crise. O objetivo é acalmar a pessoa, realizando visualização (podendo ser uma luz calma que entra no corpo, cubo de gelo

se derretendo), concomitante à solicitação para que o paciente respire com calma. Muitas vezes esse exercício está associado a emoções e cores, como azul, verde, branco, que remetem a calma, tranquilidade, confiança e equilíbrio (Nogueira, 2018). Após a aplicação dessa técnica é possível perceber o paciente/familiar mais relaxado e calmo, sendo indicado pedir que se avalie o quanto se sentia tenso antes e após o procedimento.

Técnicas Cognitivas e Comportamentais (Peron & Sartes, 2015): frente à hospitalização, uma abordagem psicológica muito utilizada é a cognitivo-comportamental, considerada adequada ao contexto por ser breve e focal. No escopo das estratégias e técnicas disponíveis nessa abordagem cita-se a psicoeducação, que pode auxiliar na identificação de pensamentos, sentimentos e comportamentos associados à crise, ajudando no processo de autoconsciência. Também pode ser usada para ajudar no entendimento sobre fatores de risco e proteção para TAE, incluindo os transtornos mentais. Não implica somente no fornecimento de informações, contempla o contexto do indivíduo. Em pacientes vítimas de TAE conscientes é possível utilizar o registro de pensamento automáticos (pedir para o paciente identificar o pensamento e cognições que sua crise, pedindo-o para que anote, se viável, ou mesmo memorize). Utiliza-se da cognição do paciente ou do familiar para avaliar o tipo de intervenção que pode ser feito, o auxílio e o esclarecimento dos eventos que estão ocorrendo. Dentro das diversas técnicas e intervenções possíveis o psicólogo deve sempre estar atento a identificar potenciais pacientes, familiares que possam estar em crise ou predispostos devido a estressores enfrentados. Portanto, é fundamental em toda assistência psicológica estabelecer um canal de empatia, escuta diferenciada, acolhimento, validar os sentimentos, prestar suporte emocional e acolher as emoções. Durante esses contatos, é importante que o psicólogo inicie a avaliação dos riscos psicológicos a que paciente/familiar estão expostos, avalie as estratégias de enfrentamento, as possíveis soluções de problemas, fomentando melhor ajustamento e gestão da crise.

Experiência com TAE em UTI: Vivências de um Psicólogo Residente

Durante a minha experiência em UTIs participei do manejo de diversas crises psicológicas. Portanto, nessa parte do capítulo irei compartilhar alguns casos, bem como ilustrar técnicas que foram utilizadas em intervenção em crise. Acho importante ressaltar que no contexto da minha experiência hospitalar, composta por estágios na faculdade e, atualmente, a residência multiprofissional, foram poucas vezes que eu tive a oportunidade de atender pacientes após a TAE. A maioria dos casos que assisti, infelizmente, foram de pacientes que evoluíram para óbito, sendo o foco assistencial principal os familiares. Assim, abaixo ilustro

dois casos fictícios, baseados em experiências reais, que poderão contribuir para articulação entre teoria e prática, dando um direcionamento acerca do manejo psicológico frente às vítimas de TAE em UTI.

Caso Clínico 1: Transtornos Mentais Pregresso e Má Adesão ao Tratamento

Dados Sociodemográficos

Paciente: B. B. A, 52 anos, sexo masculino, casado, 2 filhos (idades 16 e 19 anos), católico (não praticante, bancário, com Ensino Superior Completo. Rede de apoio: reduzida, mas funcional, compostas pela esposa, filhos, irmão e pai

Motivo da internação e antecedentes de saúde

Intoxicação exógena com álcool + benzodiazepínico (Tentativa de autoextermínio); pneumonia broncoaspirativa; histórico de ansiedade e depressão; uso psicotrópicos, antidepressivo e estabilizadores de humor.

Histórico: *Paciente proveniente de sua residência, transportado pelo corpo de bombeiros, juntamente com a esposa. Foi encontrado pela companheira no período da tarde, cercado de bebidas alcóolicas e cartelas de medicamentos vazias. Houve vômito no local, sem identificação dos comprimidos no conteúdo gástrico. Paciente com relato de tratamento prévio de ansiedade e depressão, sem seguimento regular. Esposa referiu que nos últimos dias encontrava-se mais ansioso e deprimido, sem ter manifestado pensamentos suicidas.*

Admissão da Psicologia: *o paciente em tela chega à UTI sem algumas informações essenciais para uma compreensão mais completa da TAE, devido a gravidade do quadro. Chegou ao nosocômio, ventilando em tubo orotraqueal sob ventilação mecânica, em uso de sedoanalgesia contínua e profunda (RASS -5). Assim, na admissão da psicologia coube investigar e obter informações, acolher os familiares e prestar o suporte necessário devido ao momento de crise estabelecido. O primeiro contato que tive com os familiares, foi na primeira visita social na qual compareceu a companheira do paciente que estava eutímica, calma, bastante comunicativa e receptiva. Familiar conseguiu dar todas as informações necessárias e se mostrava colaborativa. Durante o atendimento consegui coletar a maioria dos dados necessários aos casos de TAE, incluindo o histórico de saúde mental. Familiar havia relatado que o paciente havia parado de frequentar a psicoterapia e interrompido seu tratamento medicamentoso com os estabilizadores de humor há aproximadamente dois meses. Informou que o paciente tem diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Depressivo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Relatou também que o paciente era bastante introspectivo, tinha uma rede de apoio reduzida e apresentava grandes*

níveis de estresse psicológico por conta do seu trabalho. A partir do relato da esposa, já foi possível evidenciar fatores de risco para o suicídio, como os transtornos mentais prévios, ser do sexo masculino, comportamentos de risco e a interrupção abrupta do tratamento medicamentoso. Durante a internação na UTI, o paciente teve uma boa evolução, sendo realizado o desmame da sedação e a extubação, o que possibilitou a avaliação do estado psíquico. B. B. A estava vígil, consciente e orientado. Me apresentei, expliquei qual era minha função ali dentro da UTI e que faria o seu acompanhamento durante a internação na unidade. Me recordo que durante o atendimento o paciente estava sentado no leito, em estado de alerta, com pensamento organizado, o que possibilitou a condução de uma escuta ativa. Ele compartilhou do que se lembrava, suas motivações, pensamentos, sentimentos, sendo acolhido em seu momento de fragilidade.

No que tange os atendimentos psicológicos em UTI, existem especificidades. O atendimento é realizado, na maioria das vezes onde o paciente está, sem privacidade, sob os olhos da equipe. Em psicologia intensiva também não há limite de tempo e quantidade de atendimentos por dia, pois são as necessidades do paciente e familiares que determinam a organização da rotina. Contudo, algumas estratégias podem ser úteis para se criar um ambiente mais seguro e acolhedor para um atendimento psicológico.

Neste caso fechei a cortina, sentei em um banco para ficar da mesma altura do paciente. Paciente se recordava da TAE e logo de início relatou que se arrependeu do que ele fez, resignificando a experiência como uma segunda chance para viver. Por conta desse relato foi possível observar que apresentava fatores protetivos para nova TAE, incluindo motivação para viver e manutenção de planos para o futuro. Foi possível durante esse primeiro atendimento observar que o paciente antes da tentativa de autoextermínio apresentava ideação suicida há aproximadamente dois meses e planejava o ato há quase um mês. Reforçou que por conta da carga de trabalho e o setor no qual estava inserido, apresentava níveis de estresse exacerbados, também contou sobre a fragilidade de seus vínculos afetivos e comportamento de isolamento. Seu discurso no atendimento era compatível com as informações coletadas junto à esposa em sua admissão. Foram realizados ao todo cinco atendimentos individuais com esse paciente, sempre com o objetivo de prestar suporte emocional e auxiliá-lo diante a crise que estava vivendo. Nesses atendimentos, sempre dei espaço de fala para o paciente elaborar a sua subjetividade, a motivação do ato, sempre fortalecendo seus mecanismos de enfrentamento, realizando psicoeducação sobre os psicofármacos, transtornos mentais e a importância da adesão ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico. O paciente durante toda a sua internação apresentava o desejo de viver e recomeçar um novo capítulo em sua vida, tinha uma

rede de apoio presente na hospitalização, possibilidade de continuar o seu acompanhamento psiquiátrico e psicológico pós-alta e mecanismos de enfrentamento adaptativos.

Desfecho: O caso acima ilustra uma TAE desencadeada por uma crise associada ao enfrentamento desadaptativo de estressores diversos, incluindo a má adesão ao tratamento psiquiátrico e psicológico. Neste caso, a priori, houve um desfecho favorável, pois o paciente sobreviveu à TAE sem sequelas, ressignificando a experiência e compreendendo a necessidade de seguimento de tratamento especializado em saúde mental. Também foi uma oportunidade para fortalecimento dos fatores de proteção, incluindo o propósito e objetivos de vida, bem como os laços familiares. Assim, o trabalho do psicólogo intensivista junto às vítimas de TAE é interventivo, mas também preventivo, sendo essencial para gestão da crise psíquica e sensibilização para a adesão ao tratamento pós-alta hospitalar.

Clínico 2: Rede de Apoio Fragilizada

Dados Sociodemográficos

Paciente: C.C.B, 14 anos, sexo feminino, solteira, sem filhos, sem religião, estudante, curando Ensino Fundamental Incompleto. Rede de Apoio: Reduzida, fragilizada, sendo composta pelos genitores.

Motivo da Internação: Adolescente de 14 anos, encontrada em rodovia após colisão com veículo de grande porte. Estava acompanhada de uma colega que relata que ela se jogou na frente do veículo (TAE?); Traumatismo crânio encefálico (TCE) grave. Sem relato de familiares na cena do trauma, paciente desacompanhada. Gravíssimo estado geral, possível evolução para Morte Encefálica. Paciente sem histórico de problemas de saúde pregressos.

Histórico: Paciente dá entrada na UTI, em ventilação mecânica via tuborotraqeal, paciente com altas doses de sedoanalgesia contínua (RASS -5) e drogas vasoativas. Paciente chegou em uma quarta-feira, não recebeu visitas sociais durante a semana, sendo necessário acionar o serviço social do hospital para localização dos genitores. Não havia muitas informações para que a equipe pudesse compreender o que realmente ocorreu, apenas se sabia que se tratava de vítima de atropelamento com politraumas, com elevada gravidade clínica e risco iminente de óbito. Em geral, os pacientes vítimas de trauma chegam em grande parte à UTI com relevantes lacunas acerca do evento, o que se estende aos familiares ao comparecem ao hospital. Já no acolhimento é de grande importância auxiliá-los a compreender o ocorrido e na investigação do que pode ter levado ao fatídico episódio. Nas situações de trauma, o sofrimento emocional e o estresse gerado são geralmente intensos, cabendo aos psicólogos prestar todo o suporte necessário, conduzindo acolhimento e intervenção em crise. Neste caso, após o suporte do

serviço social, os familiares foram localizados e informados que a paciente estava na UTI. Compareceram na visita social durante o final de semana, sendo que a genitora estava presente neste dia, se disponibilizando a ser a respondente da entrevista clínica de admissão da psicologia. Logo de início quando me apresentei a ela, percebi que devido o estado físico da paciente (lesões, ferimentos, machucados e sangramentos) a mãe poderia não conseguir permanecer à beira leito ao lado da filha, sendo adotada postura empática e de validação de sentimentos. Dessa forma, tive a oportunidade de acompanhar a familiar para uma sala isolada e realizar o primeiro acolhimento psicológico. Nesse caso, inicialmente, a finalidade do atendimento deixou de ser a coleta de dados e sim intervir na crise psíquica que ocorria, no sofrimento psicológico e na criação de vínculo. A familiar chorava copiosamente, apresentava dificuldade na fala, pensamento confuso, períodos de dissociação e bastante agitação. Foi necessário trazer essa família para o momento atual e real, auxiliando-a a se acalmar com exercícios de respiração, dando espaço para verbalização e, principalmente, redução do descontrole emocional. Após a intervenção, no momento em que a familiar estava mais estabilizada emocionalmente, foi possível iniciar a admissão da paciente e coletar informações sobre a paciente. Familiar relatou que a jovem residia com os genitores e mais quatro irmãos, não frequentava o ambiente escolar, não namorava, não possuía filhos, fazia uso recorrente de drogas ilícitas, tinha poucos amigos, vistos como “más companhias” pela mãe. Contou que a paciente apresentava uma personalidade introspectiva, pouco comunicativa com os familiares e que, frequentemente, se envolvia em comportamentos de risco, havendo histórico de autolesão. Quando questionada se em algum momento a paciente já havia idealizado, pensado ou planejado suicídio, ela relatou que constantemente falava sobre morrer. Diante do relato da familiar, foi possível construir a biografia de C. C. B. Por se tratar de uma tentativa de autoextermínio e pela compreensão clínica da gravidade, existindo elevado risco de óbito, já se compreendia que a paciente não teria a oportunidade de explicar suas motivações. Me recordo que a paciente permaneceu internada na UTI por aproximadamente três semanas. Na primeira semana a paciente permaneceu em neuroproteção (sob efeito de sedativos). Porém, logo foi observado, em função de sinais clínicos, que a paciente poderia evoluir para morte encefálica (ME), sendo então iniciado o protocolo de ME¹, que envolve a realização de testes

¹ Protocolo de Morte Encefálica de Acordo com o Conselho Federal de Medicina, tem como objetivo comprovar a morte de um paciente que sofreu lesões significativas no cérebro, como Acidente vascular cerebral (AVC), TCE, ou outras condições neurológicas. O paciente precisa apresentar ausência total da consciência, ausência dos reflexos do tronco encefálico. Realizar o teste de apnéia e por fim o exame complementar para identificar se o cérebro possui atividade cerebral ou fluxo sanguíneo. Caso exista a ausência de todos acima é decretado o óbito.

e exames rigorosos. A abertura do protocolo é uma das maiores fontes de estresse e de ansiedade para a família no ambiente de UTI, pois não se sabe se os testes irão sinalizar a existência de sinais de vida ou levarão à constatação do óbito. Portanto, pode ser um momento de grande sofrimento e apreensão. No caso em questão, a familiar de referência que acompanhou a paciente durante sua internação foi a genitora, tendo em vista uma rede de apoio fragilizada e reduzida, composta pelos genitores e por uma tia. Ao longo dos atendimentos realizados com a família da paciente, observei que para a mãe, comparecer ao ambiente hospitalar e permanecer à beira-leito era uma importante fonte de sofrimento, sendo necessário prestar suporte emocional antes da sua entrada na UTI e durante todo período da sua visita social. Durante esses momentos, apesar de ter observado uma limitação cognitiva da familiar, disponibilizei o espaço para que ela elaborasse os sentimentos que estava vivenciando e estimulada o processo de luto antecipatório. Com o passar dos atendimentos a familiar conseguiu ir se organizando emocionalmente/psicologicamente dentro do ambiente de UTI e reforçava suas estratégias de enfrentamento funcionais. Apesar da limitação cognitiva, ela compreendia a gravidade e que o fechamento do protocolo de ME indicava que tecnicamente o óbito havia ocorrido. Foi possível organizar a genitora para que ela iniciasse o seu processo de despedida com a filha, permanecendo menos ansiosa à beira-leito, com melhor autocontrole emocional. Devido essas intervenções a genitora constantemente conversava com a paciente, realizava atos de carinho e se declarava com palavras de afeto.

Desfecho: Como o desfecho desse caso o protocolo de ME da paciente foi finalizado, sendo constatado o óbito. A partir de então os familiares foram convocados ao hospital para que o médico realizasse a comunicação de más notícias, momento em que tive a oportunidade de acompanhar e dar o suporte psicológico necessário. Apesar do genitor não ter estado presente durante a internação, ele relatou durante a reunião que era muito difícil ver a filha no estado que estava e já compreendia que a filha havia falecido. Também informou que no dia do acidente viu o resgate da paciente e já planejava a possível despedida. Durante a comunicação, como esperado, os familiares apresentaram emoções reativas e condizentes, como tristeza, choro e lamentação. A partir das intervenções realizadas ao longo da internação, foi possível preparar os familiares para um desfecho desfavorável e auxiliá-los na elaboração do luto antecipatório.

Diante dos casos apresentados, é possível observar que a intervenção em crise é essencial na atuação do psicólogo intensivista. Diariamente é necessário auxiliar pacientes e familiares que estão em contextos emocionais agudos, no processo de gestão da crise. Como

abordado durante o capítulo e na discussão dos casos clínicos, raramente a mesma intervenção vai funcionar da mesma forma com diferentes pacientes. É importante compreender e estar preparado para lançar mão de diversas estratégias estruturadas durante a assistência psicológica, tendo em vista a subjetividade e individualidade de cada pessoa. A intervenção em crise dentro da UTI não se coloca apenas como uma técnica ou teoria, mas sim como uma ferramenta capaz de contribuir para restauração da funcionalidade, da esperança e da capacidade de se reorganização diante toda a adversidade que o sujeito está vivenciando. O psicólogo no contexto de UTI é essencial para a condução das intervenções em crise, devido a capacitação técnica, reverberando no manejo do estresse, da ansiedade e do luto.

REFERÊNCIAS

- Aktaş, G. K., & İlgin, V. E. (2023). The effect of deep breathing exercise and 4–7-8 breathing techniques applied to patients after bariatric surgery on anxiety and quality of life. *Obesity Surgery*, 33(3), 920–929. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06405-1>
- Almeida, F. F., Cantal, C., & Costa Junior, Á. L. (2008). Prontuário psicológico orientado para o problema: um modelo em construção. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 430–442. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000200016>
- Alves, V. de M., Silva, A. M. S. da, Magalhães, A. P. N. de, Andrade, T. G. de, Faro, A. C. M. e, & Nardi, A. E. (2014). Suicide attempts in an emergency hospital. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(2), 123–128. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20130212>
- American Psychiatric Association. (2023) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR*. 5. ed. rev. Artmed.
- Araújo, E. A., Souza, S. C., & de Sousa Bezerra, V. M. (2025). Apoio emocional em ambientes de alta complexidade: A atuação do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Research, Society and Development*, 14(1), e6714148048.
- Botega, N. (2015) *Crise Suicida: avaliação e manejo*. Artmed.
- Botega, N. J. (2022). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Artmed.

- Brokke, S. S., Landrø, N. I., & Haaland, V. Ø. (2022). Impulsivity and aggression in suicide ideators and suicide attempters of high and low lethality. *BMC Psychiatry*, 22(1), 753. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04398-w>
- Cai, Z., Junus, A., Chang, Q., & Yip, P. S. (2022). The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.054>
- Cassorla, R. M. S. (1984). *O que é suicídio*. Brasiliense.
- Cerqueira, Yohanna Shneideider, & Lima, Patrícia Valle de Albuquerque. (2015). Suicídio: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção. *IGT na Rede*, 12(23), 444-458. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262015000200010&lng=pt&tlng=pt.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31, S18–S25.
- Dillon, K. H., Van Voorhees, E. E., & Elbogen, E. B. (2020). Associations between anger and suicidal ideation and attempts: A prospective study using the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 122, 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.011>
- Ferracioli, N. G. M., Oliveira, W. A. de, Oliveira-Cardoso, É. A. de, Corradi-Webster, C. M., Risk, E. N., & Santos, M. A. dos. (2021). Comportamento suicida: o paradoxo vida e morte em meio à pandemia de COVID-19. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 12(2), 75–98. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n2p75>

- Finkelstein, Y., Macdonald, E. M., Hollands, S., Sivilotti, M. L., Hutson, J. R., Mamdani, M. M., ... & Canadian Drug Safety and Effectiveness Research Network (CDSERN). (2015). Risk of suicide following deliberate self-poisoning. *JAMA psychiatry*, 72(6), 570-575.
- Fundação Osvaldo Cruz. (2024). Estudo aponta que taxas de suicídio e autolesões aumentam no Brasil. <https://portal.fiocruz.br/noticia/2024/02/estudo-aponta-que-taxas-de-suicidio-e-autolesoes-aumentam-no-brasil>.
- Fischer, A. M. F. T., & Vansan, G. A. (2008). Tentativas de suicídio em jovens: Aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 361–374. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300005>
- Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Martins, P. S., & Schettino, G. (2015). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS ONE*, 10(1), e0115332.
- Hopper, S. I., Murray, S. L., Ferrara, L. R., & Singleton, J. K. (2019). Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults: A quantitative systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), 1855–1876. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003848>
- James, R. K. (2016). Crisis intervention. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & R. Krishnamurthy (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Applications and methods* (pp. 387–407). American Psychological Association.
- Junior, A. F. (2015). O comportamento suicida no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(01), 15–28.

- Machado, D. B., & Santos, D. N. D. (2015). Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 45–54.
- Mathew, A., Saradamma, R., Krishnapillai, V., & Muthubeevi, S. B. (2020). Exploring the family factors associated with suicide attempts among adolescents and young adults: A qualitative study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(2), 113–118.
<https://doi.org/10.1177/0253717620957113>
- Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: [s.n.].
- Ministério da Saúde. (2024). *Boletim epidemiológico: Suicídios no Brasil – 2021* [PDF].
<https://www.gov.br/epidemiologicos/edicoes>
- Mosimann, L. T. N. Q., & Lustosa, M. A. (2011). A Psicologia hospitalar e o hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(1), 200–232.
- Nogueira, K. A. (2018). Estudo de respostas emocionais às cores no contexto de cartazes de cinema. *Design e Tecnologia*, 8(15), 1–11. <https://doi.org/10.23972/det2018iss15pp1-11>
- Oliveira, J. W. T. de, Magalhães, A. P. N. de, Barros, A. C., Monteiro, E. K. R., Souza, C. D. F. de, & Alves, V. de M. (2020). Características das tentativas de suicídio atendidas pelo serviço de emergência pré-hospitalar: Um estudo epidemiológico de corte transversal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(4), 239–246.
<https://doi.org/10.1590/0047-20850000000289>
- Oliveira, L. B., & Puchivailo, M. C. (2018). Um estudo de caso sobre primeiras crises do tipo psicóticas: Pensando a crise na relação. In *Congresso Brasileiro de Psicologia da FAE* (Vol. 2, pp. 21–25).
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)*. <https://www.who.int>

- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2011). *Primeiros cuidados psicológicos: Guia para trabalhadores de campo*. OPAS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7676>
- Parada, E. (2004). *Psicologia comportamental aplicada al socorrismo profesional: Primeros auxilios psicológicos*.
- Paranhos, M. E., & Werlang, B. S. G. (2015). Psicologia nas emergências: Uma nova prática a ser discutida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35, 557–571.
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. de. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3767–3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
- Pereira, G., Alves, M., & Amoroso, S. (2025). Ansiedade e trauma: Um estudo bibliográfico (Psicologia). *Repositório Institucional*, 3(2).
- Peron, N. B., & Sartes, L. M. A. (2015). Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: Revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 42–49. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150006>
- Pires, A. C. T., & Braga, T. M. S. (2009). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em psicologia*, 17(1), 151-162.
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., ... & French FAMIREA Study Group. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 20(1), 90–96.

- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G. & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1).
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&tlng=pt
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2019). Nota Técnica N.º 1/2019 da Secretaria de Saúde do DF (SES/DF), que estabelece as diretrizes para a atuação da psicologia nos serviços de Terapia Intensiva (UTI).
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2021). Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio. (2021).
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2025). *Violência autoprovocada no Distrito Federal: 2020 a 2024*. Brasília, DF.
- Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R., & Ougrin, D. (2019). Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 534–541.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000547>
- Silva, D. A., & Marcolan, J. F. (2021). Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(4).
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar*. Casa do Psicólogo.

- Souza, S. S., & Marcolan, J. F. (2021). Suicidal behavior in college students. *Research, Society and Development*, 10(15), e539101523424. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.2342>
- Straub, R. O. (2004). *Psicologia da saúde: Uma abordagem biopsicossocial*. Artmed.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *SAFE-T: Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage for clinicians*. U.S. Department of Health & Human Services.
- Tabakman, R. (2018, 23 de maio). Prevenção do suicídio na prática clínica baseada em evidências. *Medscape*. <https://portugues.medscape.com/verartigo/6502371>
- Vigil, A. O. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración Académica en Psicología*, 5(15), 3–11.
- Werlang, B. S. G., & Botega, N. J. (Orgs.). (2004). *Comportamento suicida*. Artmed.

CAPÍTULO 6:

TERAPIA INTENSIVA E CUIDADOS PALIATIVOS: A INTEGRAÇÃO DE ABORDAGENS SOB A PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA

Renata Ramos de Souza

Adriana Aparecida de Andrade e Silva

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) oferecem suporte avançado e monitoramento contínuo para pacientes críticos com risco de morte, atendendo-os 24 horas por dia com uma equipe multidisciplinar especializada. Embora as UTIs proporcionem recursos tecnológicos essenciais para a manutenção da vida, são limitadas à finitude natural dela. Esse capítulo traz reflexões essenciais frente a dilemas frequentes nas UTIs, nos levando a ponderar os benefícios reais da implementação de terapias modificadoras de doença com o fim de manutenção da vida a qualquer custo. A Psicologia desempenha um papel crucial nas Unidades de Terapia Intensiva, ajudando a gerenciar o impacto psicológico da doença e da internação, promovendo uma abordagem integral ao paciente e seus familiares.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes estabelecidos para oferecer nível de suporte com recursos de alta complexidade, maior instrumentalização e monitorização contínua, a fim de realizar a manutenção da vida durante crises agudas ou crônicas agudizadas (Andrade, 2023). Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multiprofissional especializada, que, atuando de maneira conjunta e integrada, busca garantir a integralidade do cuidado à saúde, conforme consta na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, lei orgânica da saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2010; Conselho Federal de Medicina [CFM], 2020).

Tal atendimento é prestado para pacientes críticos, que demandam cuidados intensivos. Entende-se como paciente crítico, aqueles indivíduos que necessitam de atenção direcionada e contínua, indivíduos “que apresentam instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte” (CFM, 2020), e com possibilidade de reversão do quadro por meio de tecnologia avançada para suporte de vida e intervenções complexas (Andrade, 2023; Zoccoli, 2019). Assim, conforme resoluções, normas e diretrizes, as Unidades de Terapia Intensiva são pensadas e estruturadas para garantir maior eficiência técnica e sucesso metodológico (Aguilar et al., 2021).

Considerando-se tal perspectiva, compreende-se que os mesmos recursos que atribuem às UTIs o suporte máximo à vida, também apresentam limitações. Nesse ambiente onde “faz-se de tudo para superar a morte”, esquece-se que não há maneira de evitá-la, e de que a vida é finita, de forma que o uso das tecnologias mais sofisticadas não poderá transpô-la (Kübler-Ross,

2008; Pessini, 2016). Sob essa ótica, verifica-se que as tecnologias avançadas presentes nas UTIs possibilitam modificar o modo, tempo e situação não somente da doença, mas da própria morte em si, o que, por sua vez, pode culminar, em um prolongamento do processo de morrer, às custas de grande sofrimento tanto do paciente, quanto de familiares, e até mesmo da própria equipe (Andrade, 2023).

Muitas vezes perde-se a dimensão da figura humana frente à necessidade de conter e controlar a doença nessas unidades. Esse desejo pela eficácia e sucesso técnico, e a hiperparamentação desses espaços, por vezes, desconsideram outros aspectos como a qualidade de vida e a mitigação de sofrimentos psicológicos, espirituais ou mesmo físicos, ignorando medidas de conforto, em virtude da extensão da vida a qualquer custo (Moritz et al., 2008).

A morte se torna assistida, na frieza dos hospitais, e principalmente das UTIs, os locais de referência de alta assistência e com pacientes em maior grau de criticidade (Pegoraro & Paganini, 2019; Pires et al., 2020). A cultura do “devemos fazer tudo que for possível” faz com que mais de 70% dos óbitos ocorram, atualmente, nos hospitais, mais especificamente nas Unidades de Terapia Intensiva — em torno de 20-35% (Andrade, 2023; Gomes & Othero, 2016; Nieto, 2023; Pessini, 2016).

Há uma naturalização da morte nesses ambientes, que se tornam, aos poucos, tão representativas do modelo de ‘morte moderna’, conforme identifica Menezes (2006, como citado em Andrade, 2023, p.12): “ocultadas, rotinizadas e banalizadas — onde o indivíduo morre só, isolado e conectado a tubos e aparelhos”. Esse aparato técnico, que, nem sempre está apto a controlar e suprimir o avanço de uma doença, e às vezes nem mesmo promover o alívio de seus sintomas, não abrange a totalidade daquele indivíduo, sendo insuficiente para eliminar outras formas de sofrimento do paciente e de seus familiares e entes queridos (Fonseca et al., 2010).

E quando se dá o fato de o curso de uma doença ameaçadora não ter possibilidade de reversão, é preciso primeiro assegurar ao indivíduo, respeitando à sua autonomia, qualidade de vida e direito a uma morte digna (Keinert et al., 2010). Quando não cabe à equipe de cuidados evitar a morte do corpo, deve-se preservar a humanidade daquele que está hospitalizado, evitando que em vida ele não sinta a perda de si, o isolamento do convívio e da rotina que valoriza, e o abandono real ou simbólico que está por trás de verbalizações como “não podemos fazer mais nada” (Gulini et al., 2017; Gutierrez, 2001). Se tratando de um lugar que possui muitas especificações técnicas e uma estrutura pouco variável, até mesmo pelas tecnologias ali empregadas, se faz possível — e necessário — promover outras formas de transformações e acolhimento aos que precisam (Pires et al., 2020).

Entre os primeiros aspectos passíveis de mudança estão as habilidades dos profissionais em acolher e se comunicar de forma empática, assim como a disposição institucional para implementar políticas de humanização, com vistas a se promover qualidade de vida e menor sofrimento nos diferentes estágios do adoecimento (Soares, 2020). Aspectos humanos que compõem o atendimento nas UTIs, e que, sob a necessidade de revisão, esbarram em princípios que atravessam a abordagem dos cuidados paliativos (CP), visando melhorar tanto a qualidade de vida dos pacientes quanto a experiência dos familiares frente à adversidade de uma condição que ameaça a vida (Andersen et al., 2022).

Cuidados Paliativos

A perspectiva biomédica curativista das UTIs, por vezes, se sobrepõe às necessidades humanas mais básicas, o que gera críticas ferrenhas de propositores do cuidado centrado no paciente, a exemplo dos cuidados paliativos (Martins et al., 2022; Soares, 2020). Conforme a última definição da Organização Mundial da Saúde, Cuidado Paliativo é uma abordagem de assistência que busca aprimorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças graves e ameaçadoras à vida, com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024). Isso é feito através da identificação precoce, e avaliação adequada e tratamento da dor — que, conforme também é enfatizado pela OMS, ultrapassa as definições unicamente fisiológicas, se tratando de todas os desequilíbrios que podem acometer o sujeito, causando-lhe sofrimento também psicológico, emocional e até mesmo espiritual (Luiz et al., 2018; OMS, 2024).

Os CP têm como princípios básicos: mitigar o sofrimento em todos os seus aspectos; controlar a dor; proporcionar e/ou fazer manutenção da autonomia do paciente, possibilitando que ele viva tão plenamente quanto possível; não acelerar nem postergar a morte, encarando-a como um processo natural; melhorar a qualidade de vida do paciente e sua rede; e fomentar a integração entre os aspectos importantes na vida do indivíduo, como a participação dos familiares e espiritualidade (Pires et al., 2020). Para tal, observam-se as dimensões física, psicológica, espiritual e social do indivíduo. É importante ainda ressaltar que essas condutas só são viáveis quando há um trabalho interdisciplinar, com o uso adequado e fortalecimento constante de habilidades de relacionamento e comunicação da equipe (Luiz et al., 2018).

Assim sendo, os profissionais de saúde devem manter-se devidamente capacitados nos princípios fundamentais dos cuidados paliativos desde o primeiro nível de atenção à saúde e devem estar aptos a oferecer essa abordagem no cuidado cotidiano. Somente diante de quadros mais complexos ou demandas específicas, é recomendável que o paciente seja direcionado a

serviços especializados, nos quais atuem profissionais com formação avançada e expertise na temática, a exemplo de equipes interconsultoras, responsáveis pela intervenção em casos mais complexos (Salman et al., 2024).

Outra forma de introduzir a abordagem dos cuidados paliativos, especialmente em um contexto tão especializado, como o da UTI seria por meio de “protocolos”, documentos norteadores das prioridades de cuidados nesse cenário. Um exemplo, são as Diretrizes para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI, elaborada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF, 2018). Trata-se de um documento balizador da prática que endossa a aplicabilidade dos cuidados paliativos nesse cenário, auxiliando na elaboração de um plano de cuidado que considere a proporcionalidade e adequação das condutas para cada caso. Deve-se sempre considerar primeiramente se os benefícios dos tratamentos invasivos propostos superam seus riscos e impactos na qualidade de vida, além da necessidade de conjuntamente se respeitar a autonomia do paciente (Monteiro & Junior, 2019).

Nesse sentido, o presente capítulo, busca discutir essa necessária intercessão dos cuidados paliativos com a terapia intensiva e sobre o papel da Psicologia, especialmente no que diz respeito à introdução e integração dos cuidados paliativos junto ao paciente crítico e sua família (Andrade, 2023). O envolvimento precoce dos cuidados paliativos ajuda a esclarecer objetivos de tratamento e evitar intervenções desnecessárias, economizando recursos, diminuindo dor e sofrimento, e garantindo ao indivíduo maior qualidade de vida (Andersen et al., 2022; Crooms & Gelfman, 2020). Pires et al. (2020) e Pegoraro e Paganini (2019) também enfatizam que a suspensão de procedimentos invasivos desnecessários pode ser uma forma de garantir dignidade ao paciente, sendo um aspecto estressor a menos, no processo de adoecimento e tratamento, além de constituir um direito da pessoa que adocece.

Alguns aspectos são fundamentais para a determinação de tais cuidados, como a garantia do respeito à autonomia e valores do paciente, e a construção de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) a exemplo do testamento vital. As DAVs trata-se de um conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo indivíduo (em documento ou prontuário do paciente), determinando cuidados que gostaria de receber no momento em que estiver incapacitado de se expressar por conta própria (CFM, 2012). Aliado aos desejos e interesses dos pacientes, é importante citar os critérios de elegibilidade para indicação de CP, como a progressão da doença apesar do tratamento (refratariedade); a observância de falência de múltiplos órgãos de maneira irreversível; e a dependência de suporte avançado de vida, sem possibilidade de recuperação funcional (SES-DF, 2018). Os CP exigem atenção a questões que extrapolam o adoecimento e hospitalização, o que engloba aspectos culturais e espirituais que

atravessam o significado de morte e vida, dialogando-se com os objetivos do cuidar (Oliveira, 2019; Soares, 2020). Por fim, mas não menos importante, em consonância a esses fatores, destacam-se os próprios princípios norteadores dos Cuidados Paliativos.

A decisão compartilhada quanto à introdução, manutenção ou adequação de medidas terapêuticas invasivas precisa ser realizada de maneira integral e constante, considerando-se o prognóstico e a qualidade de vida do paciente, com especial atenção ao princípio bioético da autonomia (SES-DF, 2018):

A autonomia do paciente, ou da família (ou do representante legal) quando se aplica, é a principal norteadora do processo, tanto da perspectiva ética quanto legal. A decisão é consensual, multifacetada e compartilhada a partir de questionamentos a serem discutidos em níveis e momentos pertinentes a cada um dos elementos intrínsecos da Adequação de Medidas: a precisão do diagnóstico, as possibilidades de sucesso das terapias disponíveis, o esgotamento dos meios terapêuticos, a probabilidade de cura e o prognóstico, levando-se em consideração a qualidade de vida (prévia e futura), a idade e a deterioração cognitiva, caso a caso. Para isso, deve ser respeitado o tempo do paciente e de seus familiares no que concerne à compreensão do processo, durante o qual se deve garantir os Cuidados Paliativos. Além disso, toda e qualquer decisão pode ser reavaliada a qualquer momento (SES-DF, 2018, p. 25).

A família como parte do cuidado

Não há como prestar assistência ao paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva ignorando o potencial da família nas intervenções propostas e executadas (Brito, 2019). Em situações adversas de estresse — contexto esperado em qualquer Unidade de Terapia Intensiva — o apoio social estabelecido pela rede que acompanha o paciente, pode ser fator de proteção, favorecendo um enfrentamento adaptativo da realidade (Brito, 2019). O contato regular com a equipe promove uma aproximação entre paciente e profissionais da saúde, sendo a família um importante elo nesse contexto. Quanto antes forem identificados os desejos e valores do paciente em conjunto com a família, e houver uma integração adequada às tratativas comuns ao paciente crítico, mais fácil e eficiente é a determinação das condutas, mais efetivo o tratamento, e menor o sofrimento de todos os que estão vivenciando tal contexto — incluindo-se profissionais de saúde (Mazutti et al., 2016).

Para tanto, é preciso recorrer ao que é preconizado na Política Nacional de Humanização (MS, 2004). Segundo orientações do próprio Ministério da Saúde brasileiro, não é possível

tratar o paciente de maneira dissociada de seus familiares, obrigando-se um acolhimento a todas as dimensões que compõem o sujeito (físicas, emocionais, sociais e espirituais) (MS, 2004). Entendendo a família como extensão do paciente, entende-se a importância de não somente observar os familiares como ricas fontes de informação sobre o paciente de forma a ofertar um melhor cuidado, mas também se faz necessário estender o cuidado aos mesmos, garantindo-lhes apoio e confiança (Oliveira, 2019). Uma vez que o indivíduo precisa ser considerado e tratado em termos de integralidade, a assistência aos familiares é também de responsabilidade de todos aqueles que compõem a equipe de saúde, atendendo o que determina a qualidade da assistência prestada ao paciente (Brito, 2019; SES-DF, 2018).

Brito (2019) enfatiza, como principal contribuição de seu estudo, que a assistência ao paciente e à família, considerando-se um binômio, deve ocorrer durante todo o processo de doença do indivíduo, podendo-se pensar também no luto e na morte como fases concernentes ao processo de saúde-doença, especialmente quando se considera os princípios dos cuidados paliativos. Nas UTIs, mesmo quando não há óbito, as mortes se estabelecem de maneira simbólica pela perda e ausência física, pela alteração de papéis sociais, por limitações que se impõem no cotidiano e pela quebra da rotina e das vivências compartilhadas entre o indivíduo e seu núcleo familiar (Soares, 2020). Ansiedade, frustração, insegurança, medo e estresse são algumas manifestações comuns e esperadas tanto no paciente quanto nos familiares. Manifestações estas que precisam ser consideradas pela equipe no trabalho de humanização, ressaltando a necessidade de se aproximar da realidade e singularidade de cada binômio paciente-família, fortalecer e cuidar também dos familiares para lidar com o luto (Espíndola et al., 2018, como citado em Soares, 2020). Por fim, destacam-se os conflitos familiares pré-existentes no núcleo familiar, que tendem a se potencializar diante da fragilidade causada pelo adoecimento e pela hospitalização, tornando-se igualmente demandantes de suporte e atenção da equipe assistencial (Oliveira, 2019).

No caso de familiares de pacientes em cuidados paliativos, existe a necessidade de elaboração quanto à inevitabilidade e a depender do contexto, a proximidade da morte, o que leva a uma reflexão também sobre o significado da vida. (Reigada et al., 2014). Às vezes manifestadas por mecanismos de defesa, as reações emocionais vivenciadas por pacientes críticos são esperadas, sendo o recurso pelo qual esse indivíduo e seus sistemas irão resistir e superar as adversidades vivenciadas frente ao risco de vida, e/ou terminalidade. Para transpor esse momento, esses indivíduos utilizarão de recursos de enfrentamento próprios, da equipe de saúde e de sua rede de apoio social e espiritual.

Para garantir o cuidado integral do paciente e sua rede de apoio, a equipe de saúde deve promover práticas que aliviem o sofrimento e auxiliem na adaptação à realidade enfrentada (Oliveira, 2019). No entanto, esta articulação só será possível se houver uma aproximação com o mundo subjetivo e individual de cada núcleo familiar, exercendo-se uma verdadeira atuação de cuidado centrado na família (Monteiro, 2018).

Pires et al. (2020) destacam ainda que a combinação de informações claras, que denotam um atendimento qualificado técnica e tecnologicamente, mas também qualificadas do ponto de vista humano, geram conforto e mitigam o sofrimento dos familiares: “práticas que valorizem a humanidade associada à racionalidade” (Pires et al., 2020, p. 6). Deve-se estar atento à abordagem com as famílias, preconizando-se uma abordagem objetiva, clara e realista, sem que se perca o lado humanizado, minimizando receios e dúvidas (Pegoraro & Paganini, 2019). A comunicação com familiares pode abrir ou fechar portas para a manutenção das terapêuticas.

A Comunicação

Não é possível abordar sobre cuidados na Terapia Intensiva, em relação à tríade (paciente-equipe-família), sem abordar a importância da comunicação efetiva. Esse aspecto, inclusive, é tema recorrente de trabalhos científicos e produções acadêmicas, especialmente englobando três eixos: comunicação interdisciplinar como balizadora de tomadas de decisão mais efetiva; comunicação como meio de compreender melhor o paciente, e garantir-lhe autonomia; e comunicação como forma de cuidado e humanização. Soares (2020) indica que: “no momento em que a comunicação é utilizada como uma competência estritamente informativa e prescritiva afasta-se da relação dialógica e impacta diretamente no cuidado ao paciente” (Soares, 2020, p. 27). Dentro da UTI, esse problema é ainda mais marcante, sendo que a falha na comunicação é um dos principais problemas na implementação dos CP nas unidades (Brito, 2019).

Conforme estabelecido pela RDC 7 (ANVISA, 2010), as UTIs operam sobre um mínimo exigido no que diz respeito ao quantitativo de profissionais de saúde. Dentro da atribuição de cada área de atuação há condutas específicas que precisam ser avaliadas, planejadas e implementadas de maneira conjunta, coordenada, complementar e interdependente (Oliveira, 2019). Essa integração só é possível por meio de uma comunicação efetiva, sendo ela também a responsável pela agilidade e sucesso nas tomadas de decisão; pela diminuição do sofrimento particular ou de uma hiper responsabilização de algum profissional ou conduta restrita a uma categoria profissional; pela redução na utilização de recursos tecnológicos desnecessários, e, por conseguinte, redução no tempo de permanência na UTI (Soares, 2020).

Faltam ações regulares que ajudem na superação da fragmentação e linearidade do saber das áreas, e na atuação por níveis de conduta correspondentes às categorias em particular, para uma atuação verdadeiramente interdisciplinar, que contemple a participação de toda a equipe, e que, observando o indivíduo de maneira holística, também proponha a atuação igualmente holística, visando-se a horizontalidade do cuidado (SES-DF, 2018). A comunicação é observada como uma importante ponte para favorecer essa integração, sendo implementadas estratégias de diálogo mais claro quanto à tomada de decisão e condutas realizadas, a exemplo do registro de um prontuário único para o paciente, constando registros das intervenções estabelecidas por todas as profissões — uma evolução diante do antigo prontuário médico (Soares, 2020). Além do uso do prontuário, os *rounds* multidisciplinares são indispensáveis enquanto uma via de comunicação entre a equipe, sendo cada vez mais recorrentes nas unidades, e permitindo a troca entre saberes, e melhor constatação da definição das condutas, contrapondo monólogos dominantes e saberes únicos — especialmente considerando-se alguns mitos e questões que cercam e cerceiam a atuação em cuidados paliativos (Pegoraro & Paganini, 2019).

No que diz respeito à comunicação com os pacientes, Oliveira (2019), menciona a tendência dos profissionais lotados em UTI em ignorar as demandas, dúvidas e desejos dos pacientes acordados, que demandam interação maior, e que por vezes são vistos como ‘demandantes e queixosos’. Há aqueles que tristemente mencionem que ‘preferem cuidar de pacientes sedados’ (Oliveira, 2019). A esses pacientes muitas vezes se destina o trabalho psicológico, sendo o psicólogo reconhecido por se tratar do profissional da fala. Esquece-se, no entanto, que a comunicação perpassa mais do que o conteúdo e forma verbal, mas diz respeito à uma escuta ativa, uma postura atenta, e um olhar diferenciado. Uma comunicação efetiva e eficaz é capaz de formar e transformar comportamentos, desejos, emoções, concepções, medos e expectativas. Complementa-se ainda que, mesmo que muitos pacientes críticos sejam não-verbais (seja pela sedação, por limitação estabelecida por recursos técnicos e tecnológicos a exemplo da traqueostomia, ou pela condição de base), há de se estabelecer comunicação, de modo a proporcionar confiança, orientação, estimulação cognitiva, e garantir o compromisso com o cuidado do sujeito (Soares, 2020).

Voltemo-nos aos familiares então, reconhecendo que estes são os únicos que não compõem rotineiramente esse ambiente: a UTI é cotidiano da equipe e vivência do paciente, e para os familiares pode se tratar, por vezes, de um não-lugar (Soares, 2020). A linguagem que permeia nesse espaço precisa ser “traduzida” para aqueles que não a vivenciam de maneira regular. Algumas estratégias podem facilitar a comunicação de notícias difíceis, e podem ainda ser recomendadas, a exemplo do clássico protocolo SPIKES (Baile et al., 2000), bem como a

hierarquia cognitivo-emocional proposta por Forte et al. (2024), na qual se orienta o profissional a recuar para o nível emocional ou de confiança, em vez de insistir na explicação racional, para, aí sim, conseguir-se avançar ao nível cognitivo. Em casos mais complexos, a realização de reuniões familiares e ferramentas padronizadas mais complexas, garantindo que equipe e família tenham clareza sobre os processos e condutas adotadas (Lino et al., 2011).

“No momento em que os familiares são informados acerca das normas e rotinas da unidade, este processo contribui para a familiarização com o ambiente físico da UTI, favorece o acolhimento e auxilia na construção do vínculo. Além disso, compreender o que está ocorrendo e por que se configura como terapêutico, pois favorece a verbalização de emoções, facilita a comunicação e previne alterações importantes no futuro desses familiares.” (Soares, 2020, p. 43).

Especialmente nos casos em que o paciente crítico não pode se manifestar, são os familiares as maiores referências sobre quem era/é o indivíduo antes do adoecimento e da hospitalização. E integrá-los no processo de tomada de decisões, fomentando a troca e o diálogo, pode reduzir ruídos na comunicação e tornar o tratamento mais adequado à realidade do paciente, considerando aspectos que causavam dúvidas e conflitos entre a própria equipe (Soares, 2020).

Esse diálogo é certamente fundamental desde a admissão do paciente crítico na Unidade de terapia Intensiva, porém ele ganha especial força ao mencionar-se em cuidados paliativos, pois é essa relação estabelecida que vai nortear equipe e família quanto ao suporte adequado quando se fala em adoecimento, e quando se fala em terminalidade. Para isso, é importante que haja o rompimento da conspiração do silêncio, abordando-se de maneira clara e compreensível sobre a gravidade do quadro e prognóstico do paciente, e falando-se sobre metas que caminhem junto com as possibilidades dos pacientes e dos familiares (Soares, 2020).

“Uma alternativa para esta lacuna [da melhoria de comunicação] seria o fornecimento de folhetos informativos sobre doenças crônicas graves, reuniões de suporte e informação guiadas por um médico paliativista, profissionais da enfermagem e trabalhadores sociais ou capelães, como também um profissional especialista em comunicação para facilitar e mediar as reuniões familiares. Assim, seria possível otimizar a rede de comunicação para melhorar e atender a demanda familiar gerando satisfação com o serviço prestado” (Brito, 2019, p. 63)

Não há muita discordância em termos de literatura acerca da importância da comunicação na rotina das UTIs, bem como da relevância dela para a introdução e manutenção de cuidados paliativos. No entanto, ainda existem muitas fragilidades e limitações nessa comunicação, e as ações que visam e viabilizam melhorias nessa prática ainda são ínfimas, e com pouca adesão dos profissionais. Atribui-se a isso a rotina pesada e sobrecarga da equipe, tradições fortemente consolidadas e de difícil desconstrução, a falta de conhecimento e educação continuada acerca da comunicação, e a ausência de profissionais de referência, como o psicólogo, que podem agregar com propostas de humanização do cuidado e favorecer atividades que extrapolem a rotina dessas unidades tão engessadas nas técnicas (Brito, 2019).

Sejam quais forem as limitações, destaca-se que a temática da comunicação deve ser constantemente considerada, pois mesmo que uma má notícia promova, inevitavelmente, sentimentos desagradáveis, o sofrimento pode ser amenizado pela simples manifestação de consideração do profissional ao paciente, vislumbrada na orientação e na comunicação assertiva e empática (Oliveira, 2019). As informações sobre a rotina, normas e funcionamento da unidade, bem como dos equipamentos e aparatos ali dispostos promove uma familiarização com o ambiente e com os cuidados prestados na UTI. Isso permite aos familiares entender e elaborar o tratamento de seus entes queridos; aceitar, questionar ou indicar condutas; verbalizar e exprimir suas emoções por meio da linguagem — até reduzindo a chance de crises —, o que pode impactar na definição dos cuidados do paciente e ser determinante na saúde física e mental do familiar (Soares, 2020). Cuidar dos entes dos pacientes internados, é garantir que, na possibilidade de alta, essas pessoas terão uma rede de apoio saudável, que vai contribuir com a qualidade de vida daquele paciente após a hospitalização.

Por fim, complementa-se que uma comunicação alinhada com a proposta dos cuidados paliativos é aquela que legitima o sofrimento e os conflitos existenciais que podem sobressair do defrontar com a terminalidade e a tênue linha entre vida e morte. Fatores estes que como Soares (2020) enfatiza são necessidades que os mais potentes fármacos e aparelhos da UTI não podem suprir. Essa perspectiva caminha de acordo com a expressão da Dor Total, adotada por Cicely Saunders (1983), expoente do movimento de Cuidados Paliativos pelo mundo, que indica a dor como um fenômeno maior que as sensações físicas, e cuja observância deve valorizar múltiplas dimensões, considerando-se a integralidade do sujeito. Segundo essa perspectiva, a linguagem extrapola a dimensão da interação social, produzindo sentidos e ações sobre o mundo, de forma que, ao se discutir sobre as condutas, pode-se direcionar as ações em saúde, efetivamente, promovendo alívio do sofrimento (Soares, 2020).

O papel do psicólogo intensivista

Dentro das Unidades de Terapia Intensiva, a presença da Psicologia é indispensável, uma vez que, sendo um espaço de cuidados integrais a doenças ameaçadoras da vida, possui importantes e complexas dimensões de sofrimento. O psicólogo, nesse cenário, é um dos primeiros profissionais a ser convidado, em sua prática, a questionar a si mesmo e aos demais colegas da equipe multiprofissional se todas as dimensões do sujeito estão sendo consideradas na tomada de condutas tratativas (Souza et al., 2018). Com seu olhar treinado para a integralidade, é exigido que se identifique possíveis promotores de dor, estresse, medo, culpa e outras manifestações complexas associadas à hospitalização e ao risco de perda em suas múltiplas manifestações: da perda simbólica de funções e posições sociais, à perda da própria vida — as quais o paciente crítico está submetido (Lima et al., 2019).

Vale ressaltar ainda que essa atuação do psicólogo, sendo holística e verdadeiramente integral, não pode deixar de considerar também a família, entes queridos e a própria equipe dentro das complexas decisões que vão nortear o prognóstico e plano de cuidados do sujeito. Conhecido como profissional da escuta e da comunicação, pode fazer ponte nessa interação entre equipe e família, fortalecendo o contato e cuidado, e favorecendo maior compreensão dos atravessamentos da morte e morrer nas Unidades de Terapia Intensiva, e como eles têm impacto sobre o emocional de todos os envolvidos (Soares, 2020).

Tanto paciente quanto familiares vivenciam uma importante crise com a internação na UTI, uma vez que este evento é considerado — até mesmo em virtude de mitos e expectativas desajustadas — uma importante ameaça à vida, e este ambiente é percebido como altamente diferenciado, remoto de suas vivências cotidianas (Brito, 2019). Ainda, com o distanciamento físico entre paciente e familiares, o sofrimento é intensificado, uma vez que afeta suas dinâmicas relacionais, e os faz ter de compreender e ‘reprogramar’ suas rotinas, atitudes, comportamentos, adaptando-as a essa nova realidade que se impõe dentro do núcleo familiar (Brito, 2019).

Sobre esse contexto de intenso sofrimento, se apresentam reações emocionais a todos os envolvidos, exigidas pela necessidade desses sujeitos de se fortalecerem e caminharem no sentido de suas potencialidades para enfrentar esse momento adverso, e reencontrarem um equilíbrio (Horta & Fernandes, 2018). Por vezes, a própria rede consegue administrar, de maneira adaptativa, seus recursos pessoais, sociais e psicológicos, no sentido de se reorganizarem. Porém, eventualmente, pode haver a necessidade de alguma forma de auxílio para que os sujeitos reencontrem a homeostase, e cabe à equipe de saúde, que já vivencia esse

contexto com maior familiaridade, contribuir no processo de entendimento e adaptação da família e paciente (Brito, 2019).

O psicólogo na equipe ajudará na manutenção, prevenção e/ou reversão dos desequilíbrios associados à hospitalização, fazendo uso da comunicação, favorecendo conforto, apoio e segurança, mantendo vínculos e propondo exercícios de humanização, garantindo que, mesmo no distanciamento imposto pelas Unidades de Terapia Intensiva, os familiares e pacientes possam estar ativamente envolvidos nas ocorrências dentro das unidades. Para isso, podem ser promovidos exercícios individuais ou grupais de manejo de ansiedade; intervenções em crise; favorecimento de reuniões entre equipe, família, e quando possível também pacientes; e educação em saúde e psicoeducação conjunta com outras disciplinas (Brito, 2019).

O psicólogo, por meio da observação e escuta ativa poderá identificar mitos, receios, estresses, e ansiedades, contribuindo para a manutenção, prevenção ou reversão dos desequilíbrios existentes (Brito, 2019). Esse profissional, por vezes, é o primeiro a identificar demandas subjetivas relacionadas à experiência na UTI, que dizem respeito, especialmente, à comunicação, conforto, apoio, segurança e proximidade.

Há pesquisas sobre a satisfação de pacientes críticos e seus familiares que evidenciam a importância atribuída ao acesso e qualidade das informações como necessidades prioritárias dos familiares e dos pacientes (Ahmad, 2018; Davidson, 2009; Fernandes et al., 2016; Padilla Fortunatti, 2014). Contrariando a percepção de muitas pessoas que reduzem à UTI ao acesso a recursos tecnológicos, tais pesquisas demonstram que os recursos humanos têm maior impacto na qualidade de vida e da internação dos pacientes, sendo o cuidado à subjetividade um aspecto que precisa estar sempre em pauta (Sebastiani & Maria, 2005).

Além disso, como já previamente elencado, devido à sobrecarga da equipe de Enfermagem nas UTIs, o psicólogo é visto “como mais próximo do familiar e do paciente [quanto a questões subjetivas] do que o profissional de Enfermagem” (Oliveira, 2019, p. 48). Ainda, graças ao seu saber técnico e sensibilidade quanto à subjetividade, é esperado que identifique eficientemente sentimentos de estranhamento e agressividade; de medo pela gravidade do quadro; de silenciamento; de desintegração corporal e de si; e alterações psicológicas, emocionais, de consciência e de enfrentamento provocadas pelo trauma e dispositivos — ambientais e humanos (Oliveira, 2019). Mesmo que o acolhimento e mitigação do sofrimento seja atribuição de toda equipe, o psicólogo é o principal facilitador da interação entre a tríade paciente-família-equipe, também já favorecendo, por meio de sua *práxis* e competência teórico-prática, a manifestação de medos, ansiedades e receios, promovendo a expressão emocional de todos os envolvidos (Brito, 2019). No que diz respeito à equipe, a

Psicologia pode ainda contribuir na psicoeducação e desenvolvimento da escuta ativa dos profissionais (Oliveira, 2019).

Outra interessante questão a ser mencionada, e que têm recebido maior observância graças à Política Nacional de Humanização (MS, 2004), é a de mudanças nas rotinas de visitação nas UTIs, a exemplo das visitas estendidas, e das visitas virtuais, que ganharam maior força após o distanciamento social promovido pela pandemia de COVID-19 (SES-DF, 2022a; SES-DF, 2022b). Muitas vezes, é durante o horário de visitas que são repassadas informações clínicas para os familiares e entes queridos dos pacientes ali internados, em geral, por meio de ‘boletim médico’. Busca-se, cada vez mais, que esse momento possa ser feito de maneira integral, com passagens de boletins multiprofissionais, visando-se abordar de maneira clara e integral todos os aspectos de saúde-doença que compõem o sujeito, e esclarecer dúvidas que, por vezes, são direcionadas à alguma forma de atuação que extrapola a *práxis* médica, ambientando os familiares ao funcionamento da unidade e deixando-os mais a par da rotina de cuidados tomada na unidade (Brito, 2019).

Neste contexto, a Psicologia é vista como uma colaboradora no trabalho da equipe interdisciplinar, auxiliando-a e orientando-a sobre melhores maneiras de se comunicar e se relacionar com o paciente e familiares, compreendendo as necessidades daquela díade (Muniz & Silveira, 2020). A própria equipe possui a perspectiva de que o psicólogo é um intermediador, que, por meio do vínculo de confiança com os profissionais e do vínculo afetivo com a família e o paciente, pode viabilizar uma relação mais agradável entre as partes, facilitar a compreensão de todos sobre as necessidades objetivas/técnicas e subjetivas dos indivíduos, alinhando expectativas e garantindo maior qualidade de vida e segurança a todos os envolvidos (Oliveira, 2019).

Psicologia e Cuidados Paliativos

A atuação do psicólogo no contexto de UTI, com suporte ao paciente crítico, encontra consonância na proposta e abordagem dos cuidados paliativos, uma vez que preza e prega pela autonomia e conforto do doente, entendendo-o como um sistema, em busca de um atendimento mais integral e humanizado no seu processo de saúde-doença (Lima et al., 2019; Souza et al., 2018). Integrado à equipe, o psicólogo trabalha para minimizar os efeitos adversos da doença e da hospitalização, buscando resgatar e fortalecer formas de enfrentamento que o permitam uma maior qualidade de vida durante a internação, e que se faça a manutenção de hábitos saudáveis, e que o aproximem o máximo possível da funcionalidade e rotina que ele possuía antes do diagnóstico (Ferreira et al., 2011). Fornecer autonomia e compartilhar responsabilidades na

tomada de decisão pode ser funcional até mesmo para a equipe, reduzindo a sensação de fracasso ou ineficiência de determinadas medidas (Baile et al., 2000).

Envolver o indivíduo em seu próprio processo de saúde por meio de comunicação clara, identificando necessidades e valores do paciente e da família, explorando medos, estresses e anseios, possibilita dimensionar o que é mais importante ser abordado e trabalhado naquele momento. Em alguns momentos pode-se fazer necessário abordar a questão da morte como um processo natural, desmistificando tabus, ressignificando fantasias acerca deste tema e do desejo de imortalidade. Em outros, pode-se promover despedidas, agradecimentos e reconciliações (ANCP, 2012). O que irá determinar o andamento de cada processo, reside no indivíduo, na sua demanda, suas perspectivas e história de vida e de adoecimento, e como ela se estende aos seus pares — família, amigos e equipe (Ferreira et al., 2011).

A necessidade da vivência e contato com o paciente, gera a importante discussão sobre como incorporar os cuidados paliativos na terapia intensiva, sendo dois os modelos de integração atuais: o modelo consultivo, que utiliza de pareceres com equipes especializadas na abordagem; e o modelo integrativo, que tem por objetivo a assimilação de debates e medidas pautadas em cuidados paliativos na prática cotidiana da própria unidade de saúde (Meddick-Dyson et al., 2022). A Psicologia, e especialmente o profissional psicólogo inserido no contexto das UTIs, busca ativamente apontar para a necessidade do planejamento de um cuidado integral, adequado e proporcional a cada paciente, conforme preconiza a abordagem dos cuidados paliativos (Andrade, 2023; Porto & Lustosa, 2010).

Nesse sentido, destaca-se aqui as “Recomendações de Competências, Habilidades e Atitudes da(o) Psicóloga(o) Paliativista” (ANCP, 2022) como um dos restritos documentos de referência e orientação quanto à *praxis* da Psicologia na atuação em CP, mas que, dentro de sua análise mais generalista, não contempla as especificidades da prática nas Unidades de Terapia Intensiva.

O fazer da Psicologia no hospital

Compreendendo que há, sim, documentada a importância da atuação do psicólogo, percorrer-se-á algumas das atribuições e atividades realizadas pelo profissional psicólogo sob esse contexto. Enfatiza-se que este é um apanhado, considerando-se o que é mencionado em termos da prática profissional do psicólogo especialmente dentro do contexto da integração dos cuidados paliativos na hospitalização do sujeito, e das necessidades elencadas pelos autores no contexto da Terapia Intensiva (ANCP, 2022).

1. O primeiro importante trabalho a ser realizado pelo profissional da Psicologia é o acolhimento do paciente e exame do estado mental. Segundo Oliveira (2019), o fato de o paciente não estar contactuante — seja por efeito da sedação ou da própria criticidade do quadro — não é impeditivo para a realização do atendimento: o profissional pode e deve favorecer informações do ambiente externo e dados de realidade, constando de orientação de tempo e espaço, para que, se em algum momento o paciente estiver ouvindo as verbalizações, tenha ciência e segurança do que está acontecendo com ele. O autor indica que, além disso, podem ser promovidos breves toques na tentativa de alguma estimulação e com o intuito de promover sensopercepção. Familiares também são orientados a fazer o mesmo, promovendo ainda mais senso de familiaridade, e como forma de dar espaço aos afetos tão reduzidos devido ao distanciamento físico (Oliveira, 2019).

No caso dos pacientes conscientes, há um importante e recorrente sentimento de vulnerabilidade, submissão e dependência (Botega, 2017). O psicólogo é o profissional que dará vazão à subjetividade do paciente sobre esse contexto, abrindo margem para que o sujeito expresse seus medos, angústias e ‘não-saberes’ (Oliveira, 2019). Pires et al. (2020) reforçam a importância do conforto psicológico, que se estabelece por meio do diálogo, que abre os caminhos relacionados aos medos presentes nesse momento da vida, e que abre espaço para demonstrações de desejo e necessidade de comportamentos que denotem carinho, atenção e força.

Conforme supracitado, apesar do acolhimento ser prática fundamental para todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, a Psicologia é a primeira das áreas que consegue ver a clínica para além do domínio do visível e tangível, buscando, em curiosidade genuína sobre o que é humano, a tradução de sentimentos e pensamentos que atravessam a hospitalização, a relação de saúde-doença, de vida-morte, e de equipe-família-si (Muniz & Silveira, 2020). Colocando em pauta a subjetividade, pode-se alinhar e entender melhor o diagnóstico, tratamento e prognóstico — observando-se o que pode ter causado e promovido a doença e internação, e as possibilidades do sujeito quanto ao futuro.

Reforça-se então que não é possível simplesmente transportar o modelo de trabalho psicoterápico clínico, como é globalmente conhecido, para o espaço hospitalar, e muito menos para a UTI, onde se faz tão necessária a atenção, compreensão e capacidade de manejo de aspectos da unidade, que podem comprometer a execução do trabalho (Oliveira, 2019).

Retoma-se a necessidade de fortalecer o arcabouço de teorias e técnicas para atuação nesse espaço que é tão cheio de limitadores e estressores.

Nogueira-Martins (1995), ao falar dos passos da interconsulta psicológica, descreve algumas das atividades mais frequentes e já delimitadas no cotidiano no hospital. São elas: a coleta de informações com a equipe, familiares, e quando possível, com o próprio paciente; elaboração de diagnósticos situacionais; devolução e assessoramento; e acompanhamento diário da evolução da situação, com registros em prontuário multiprofissional/prontuário do paciente. É interessante notar que em todos os aspectos destacados pelo autor, há uma importante integração da Psicologia com as outras instâncias do saber àquilo que diz respeito ao paciente. A troca de informações relevantes entre diferentes áreas profissionais e/ou diferentes especialidades na mesma área, propicia a tomada de decisões de maneira mais eficiente, cobrindo as lacunas e dúvidas acerca do(s) diagnóstico(s), norteando intervenções, prevenindo intercorrências e condutas fúteis e inadequadas, e melhorando as condições de tratamento e hospitalização do paciente, bem como a satisfação com o trabalho promovido pela equipe (Vieira & Waischunng, 2018).

Tratam-se de aspectos fundamentais na implementação dos cuidados paliativos, conforme determinam as “Recomendações de Competências, Habilidades e Atitudes da(o) Psicóloga(o) Paliativista” (ANCP, 2022), a capacidade de integração entre as múltiplas dimensões que compõem o indivíduo, com a multiplicidade do trabalho multiprofissional, compreendendo os limites da própria atuação e da atuação de terceiros, e mediando em prol do melhor para o paciente. Destaca-se ainda que é preciso, para esse profissional, ter conhecimento acerca das especificidades dos cuidados paliativos, conceitos e estratégias de abordagem de sofrimento (especialmente os que são ligados ao processo de adoecimento e hospitalização), e conhecer as recomendações do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2016), preconizadas no exercício da Psicologia Hospitalar. Reforça-se que as Diretrizes (SES-DF, 2018) atribuem à equipe multiprofissional a responsabilidade por implementar e manter o cuidado paliativo, incluindo aspectos clínicos, emocionais e éticos, com especial colaboração do psicólogo.

Oliveira (2019) aponta o fato de que, muitas vezes, o profissional da saúde está despreparado para aproximar-se dos familiares de pacientes que passam por situações delicadas e distancia-se desse contato, como mecanismo de defesa. Utilizando-se da esquiva como modo de enfrentamento nesse contexto no qual se vê tão cercado por aquilo que o faz lembrar de sua própria humanidade e fragilidade. Assistir a alguém que está em quadro crítico em risco de morte, gera angústias e sofrimento ao profissional, podendo ter desdobramentos em suas vidas pessoais, valores e crenças (Gasparin, 2025). A mesma autora indica que considerando-se esse

contexto, a ajuda psicológica pode não somente distanciar esses profissionais desse sofrimento — por meio do fato do envolvimento emocional do paciente e familiares ser maior com a figura do psicólogo, mas também pela possibilidade de procura ativa da Psicologia como referência quando o envolvimento afetivo, que é inevitável, se torna motivo de sofrimento para o profissional de saúde.

Vale ressaltar que NÃO CABE ao psicólogo da saúde fornecer assistência à equipe de saúde. Porém, é desejável que este profissional se coloque na equipe como uma fonte de apoio por meio de escuta ativa, acolhimento e psicoeducação, como promotor de bem-estar e saúde mental. É preciso saber separar o que é angústia e ansiedade dos profissionais quanto à recuperação, e recepção de notícias difíceis por parte dos familiares para o que é de fato possível e palpável em termos de tratamento, propedêutica, e prognóstico do paciente. Nesse caso, retoma-se a importância de uma comunicação clara e efetiva como fonte de alívio, especialmente quando executada em conjunto com um acolhimento qualificado e escuta ativa e empática, que proporciona, verdadeiramente, espaço para fala e intervenção suportiva-expressiva. A comunicação também delimitará o fazer do profissional da Psicologia, que precisa avaliar a pertinência e os limites de cada solicitação, fazendo-se valer os objetivos determinados à categoria — trabalhar com a subjetividade não é sinônimo de trabalhar sem objetivos (Oliveira, 2019).

Por muito tempo os hospitais foram um espaço tradicionalmente médico, e quando contornada essa vivência, ainda foram as tratativas fisiológicas e biomédicas as prioritárias no cuidado ao paciente (Torezan et al., 2013). Kirchner et al. (2012) indicam que a Psicologia foi, justamente, a primeira área a fazer uma integração entre as ciências biomédicas e o contexto sociocultural do indivíduo, sendo sua conduta definida de maneira póstuma à sua entrada na área da saúde. A “muito nova” especialidade de Psicologia da Saúde, pode ser observada inserida de maneira pregressa à regulamentação da profissão de psicólogo no país, ocorrida em 1962, nas discussões e reflexões quanto a condutas hospitalares. Ressalta-se, então, o ano de regulamentação da especialidade (em 2000, somente), indicando que se trata de uma posição e discussão muito recentes com muitos empecilhos a superar. Vale, por fim, mencionar que essa é uma especialidade reconhecida somente no Brasil, sendo demandada e indicada nos espaços de saúde, e especialmente nos hospitais (Castro & Bornholdt, 2004).

Barreiras e Desafios

Simoneti (2004) destaca que o psicólogo é, sim, o profissional mais habilitado a lidar com as questões subjetivas, intrínsecas e não manifestadas dos sujeitos, e vale indicar que isso

só é possível com a manutenção do olhar clínico e crítico, e com a formação e aprimoramento constante. O técnico e o humano se mesclam para além da visão didática, e a *práxis* que compõe o verdadeiro diferencial da área — de visão ampliada do sujeito — é regulamentada pelo conselho da categoria (CFP, 2007).

Segundo a Resolução nº 013/2007, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2007), o psicólogo de saúde e hospitalar atua na avaliação e acompanhamento de intercorrências psicológicas (e seus atravessamentos socioculturais e fisiológicos) dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental desse sujeito e do núcleo social que o retroalimenta. Ressalta-se que o psicólogo atua como mediador entre a tríade paciente-família-equipe, e como facilitador psicológico e emocional quanto ao processo do adoecer, hospitalização e suas repercussões. Soares (2020) reforça ainda que o psicólogo no hospital participa, junto da equipe multi/interdisciplinar, da tomada de decisões, sendo promotor dos desejos e necessidades do paciente e sua rede de apoio.

O profissional pode executar seu trabalho por meio de atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; e consultoria e interconsultoria (CFP, 2007). Por meio dessas duas formas últimas, em particular, pode-se observar a procura ativa da equipe por informações e orientações que possam dar rumos sobre decisões relacionadas ao manejo, conduta e tratamento propostos ao paciente (Oliveira, 2019).

No estudo de Oliveira (2019), os profissionais de saúde mostraram considerar fundamental o trabalho do psicólogo para acolher o paciente e a família após a comunicação de más notícias, bem como, para auxiliar na compreensão e clareza das informações médicas, fazendo ponte na comunicação dentro do hospital. Sob esse contexto, enfatiza-se que más notícias em saúde são aquelas que denotam uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, que promovem ou podem promover repercussões físicas, sociais e emocionais naquele núcleo. A ausência de abordagens humanizadas acerca da ameaça ou concretização da perda, da morte e do luto aumenta a ocorrência de manejos inadequados e aumenta o sofrimento da equipe, paciente e familiares, uma vez que os envolvidos não conseguem elaborar sobre o tópico de maneira adequada (Simoneti, 2004).

É preciso ainda destacar como um desafio a pouca receptividade e entendimento quanto ao papel do psicólogo em ambiente hospitalar, incluindo as UTIs. Se observa uma tendência de se priorizar os cuidados biomédicos e fisiológicos em detrimento da humanização (Silva et al., 2015). Torezan et al. (2013) exemplifica, por exemplo, como a formação na graduação em

Psicologia não contempla as particularidades necessárias para o trabalho em hospital. Desse modo, permanecem questões em aberto sobre qual o espaço que o psicólogo hospitalar ocupa nesses contextos com relação aos demais profissionais da área da saúde e quais os conhecimentos que estas outras áreas impõem à Psicologia. Essa falta de delimitação pode ser um importante estressor no trabalho da Psicologia:

“Capacidades de empatia, de persistência e de tolerância à frustração são necessárias tanto para os procedimentos de rotina quanto para o convívio com as equipes e com a cultura hospitalar” (Oliveira, 2019, p. 18).

No que diz respeito aos cuidados paliativos e aos cuidados intensivos, ambientes onde se manifestam as dificuldades de comunicação e tomada de decisão conjunta e interdisciplinar, é especialmente nesse momento que a Psicologia busca fazer valer a competência da humanização do cuidado. Silva et al. (2019) reforçam que os atendimentos psicológicos nas ocasiões de alta hospitalar após procedimentos invasivos, vão além de acolhimento e orientações, devendo promover o protagonismo aos pacientes e familiares. Depois de vivenciar uma experiência tão única quanto a hospitalização e quanto a rotina da UTI, como o sujeito retorna à sua vida habitual? Como devolver o paciente à sua comunidade com o máximo de normalidade? (Oliveira, 2019). Observando-se que as variáveis que abarcam a doença e a internação afetam todos os membros da família e do grupo em que o indivíduo está inserido, os profissionais de saúde devem proporcionar o apoio à família em nível organizativo e educativo, considerando-se essa integralidade do cuidado, e pensando na devolução daquele indivíduo e da sua rede ao cotidiano pós-internação, da melhor forma possível (Reigada et al., 2014).

Todas as intervenções, desse modo, devem levar em conta o papel que a pessoa ocupa no seu grupo social, a rede de apoio e seus aspectos emocionais e psicossociais, e as condições que cercam esse indivíduo (Oliveira, 2019). Sem se levar esses aspectos em consideração, pode-se propor um cuidado inadequado, e dirimir a qualidade de vida não somente do paciente, mas daqueles que o cercam e o representam. Vale enfatizar que o cuidado prestado que não tem como preceitos básicos os instituídos pelos princípios da bioética — não maleficência, beneficência e autonomia do sujeito — são, por si só, incongruentes com os direitos humanos. As diretrizes de cuidados paliativos da SES-DF (2018) indicam que qualquer forma de extensão da vida às custas de sofrimento deve ser considerada distanásia, e legalmente podendo ser vistas até mesmo como tortura imposta ao paciente e seus familiares.

Formação e Preparação dos Profissionais da Psicologia

Martins et al. (2022) investigam a visão da equipe da UTI sobre CP e revelam que há um desejo dos profissionais em atuar de forma mais integrada, mas falta suporte institucional, capacitação e fluxos claros. Em âmbito mais nuclear, as diretrizes de CP da SES-DF (2018) reforçam que sem articulação entre profissionais de diferentes áreas, a efetividade do cuidado paliativo é comprometida. Nesse aspecto, brilha a Psicologia como a profissão da integração e comunicação aberta entre áreas e — principalmente — entre sujeitos.

Para se capacitar a estar nesse lugar, o psicólogo intensivista carece de investimento em canais de educação e comunicação acerca do trabalho realizado nas Unidades de Terapia Intensiva, delimitando-se o que é atribuição técnica exclusiva da categoria, o que é comum a todas as categorias, e aquilo que é competência de outras especialidades. A manifestação dos desejos e quereres do paciente sob o olhar atento do psicólogo pode ser um rico direcionamento quanto a tomada de decisões e condutas por parte de toda a equipe. Seja para a atividade assistencial em UTI ou introdução dos cuidados paliativos destacam-se como importantes conhecimentos: as medidas de suporte à vida; abordagens e estratégias facilitadoras do cuidado no processo de morte e do morrer, e compreensão acerca dos aspectos bioéticos no contexto de cuidados paliativos (ANCP, 2022). Desejam-se, enquanto atitudes, a capacidade de manter continuamente uma análise crítico-reflexiva e de autocuidado, buscando aprimorar-se pessoal e profissionalmente de maneira continuada, e, especialmente valorizando-se os contextos vivenciados (ANCP, 2022). Quanto ao fazer propriamente dito, espera-se que o psicólogo, em posse de instrumentos adequados de avaliação e intervenção psicológica saiba agregar à compreensão e enfrentamento diagnóstico e prognóstico, avaliando riscos e fatores protetivos e motivadores, e trazendo à luz para todos os envolvidos, de maneira a mitigar sofrimentos e favorecer maior qualidade de vida e de morte (ANCP, 2022).

A literatura sobre o tema destaca a necessidade do profissional de conhecer a instituição, as rotinas e suas características, os recursos disponíveis e os limitadores, de forma a entender e integrar as possibilidades às quais o paciente e seu núcleo familiar estão submetidos. Apropriando-se do contexto, é possível ver e ouvir o sujeito para além do que compõe o ambiente hospitalar e de UTI, e identificar as singularidades que se apresentam sob aquela ótica. Sob uma visão integral do sujeito, do adoecimento, da sua relação com saúde-doença, vida-morte, e como ela extrapola as suas dinâmicas sociais, o psicólogo intensivista atua já na promoção de qualidade de vida e mitigação do sofrimento ao paciente e familiares, proposta que caminha em sentido paralelo aos princípios dos cuidados paliativos. Para tal, o profissional da Psicologia:

- 1) fornecerá apoio emocional e psicológico a pacientes e familiares no processo de hospitalização;
- 2) promoverá e garantirá cuidados referentes à saúde mental;
- 3) oferecerá suporte e distratores em casos de longa hospitalização;
- 4) estimulará o enfrentamento adaptativo e adesão ao tratamento de maneira adequada;
- 5) favorecerá acolhimento durante a admissão e comunicação de más notícias;
- 6) identificará as demandas subjetivas de pacientes e familiares, não evidenciadas ou relatadas aos demais profissionais, orientando e auxiliando a equipe quanto a tomada de decisões e comunicação;
- 7) repassará, observando-se a ética e sigilo profissional, um parecer psicológico à equipe, que favoreçam na prestação de cuidados em saúde; e
- 8) zelar por formas de prevenção e cuidados em saúde mental e formação continuada em comunicação para a equipe, de forma a colaborar com o trabalho coletivo/multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que, enquanto profissional da comunicação, o psicólogo tem importante papel na formação de espaços seguros de diálogo, favorecendo escuta ativa, acolhimento de demandas, comunicação e psicoeducação acerca dos melhores cuidados em saúde, o que inclui os cuidados paliativos. Ao psicólogo intensivista cabe a observância constante das necessidades dos serviços de saúde, do usuário e de sua rede de apoio, buscando um equilíbrio entre as demandas. Nesse contexto em que a construção do trabalho se dá de maneira dinâmica e integrada por diferentes pessoas, com diferentes percepções e funções, não se pode deixar de considerar o papel de cada um na execução do cuidado. A abordagem de cuidados paliativos defende em seus princípios a importância da integralidade no cuidado, o que é possível por meio do trabalho interdisciplinar.

Observa-se a escassez de estudos direcionados ao tema deste capítulo, especialmente no que se refere à atuação do psicólogo intensivista frente ao paciente em cuidados paliativos. Destaca-se na literatura menções à importância de se considerar questões psicossociais, fatores emocionais, espirituais e a comunicação nos processos de adoecimento e cuidados. Nessa perspectiva é indispensável a presença do profissional da psicologia na composição das equipes multi/interdisciplinar no contexto dos cuidados em saúde, especialmente no cenário da terapia intensiva e dos cuidados paliativos. Contudo, são observadas lacunas que indicam a necessidade de pesquisas e produção de conhecimento sobre o cotidiano de atuação do psicólogo intensivista frente aos cuidados paliativos e suas potencialidades.

REFERÊNCIAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2012). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., revista e melhorada) [E-book]. Porto Alegre: Sulina.
- <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2022). *Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo(a) paliativista. Comitê de Psicologia ANCP*.
- https://www.crp09.org.br/portal/images/Recomendacoes_CompetenciasPsicologoPaliativista-FINAL.pdf
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). *Resolução da Diretoria Colegiada – 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* [Resolução]. Diário Oficial da União.
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
- Aguiar, L. M. M., Martins, G. S., Valduga, R., Gerez, A. P., Carmo, E. C., Cunha, K. C., Cipriano, G. F. B., & Silva, M. L. (2021). Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 33(4), 624-634. doi:/10.5935/0103-507X.20210088
- Ahmad, I. M. (2018). Comparison between nurses' and families' opinion about priorities of immediate patient's family needs. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(1), 113-121. doi:/10.5430/jnep.v9n1p113
- Andersen, L. W., Taylor, J. A., Harhay, M. O., Maciejewski, R. C., LeBlanc, T. W., & Curtis, J. R. (2022). ProPACC: Protocol for a trial of integrated specialty palliative care for critically ill older adults. *BMJ Open*, 12(8), e062064. doi:/10.1136/bmjopen-2022-062064

- Andrade, B. O. N. (2023). *Psicologia e cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva: relato de experiência de uma psicóloga residente em Atenção ao Paciente em Estado Crítico* (Trabalho de Conclusão de Residência em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/37371>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
- Botega, N. J. (2017). O paciente diante da doença e da hospitalização. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. [4ª ed]. Cap. 2, 17–32. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Brito, A. D. (2019). *Necessidades e apoio social em familiares de pacientes em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás]. Repositório UFG. Goiás, Brasil.
- Castro, E. K. de ., & Bornholdt, E.. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 24(3), 48–57. doi:/10.1590/S1414-98932004000300007.
- Conselho Federal de Medicina. (2012). *Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012: Dispõe sobre diretivas antecipadas de vontade dos pacientes*. Diário Oficial da União.
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>
- Conselho Federal de Medicina. (2020). *Resolução CFM nº 2.271, de 23 de abril de 2020: Dispõe sobre a recusa terapêutica e diretivas antecipadas de vontade dos pacientes no âmbito da medicina paliativa*. Diário Oficial da União: Seção 1, p. 90.
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271>

- Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Resolução CFP nº 013/2007: Institui a consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2016). *Inclui a Psicologia (em) Saúde no rol das especialidades de que trata o art. 3 da Resolução CFP n. 013/2007*, de 5 de fevereiro de 2016. site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolucao-003-2016.pdf
- Crooms, R. C., & Gelfman, L. P. (2020). Palliative care and end-of-life considerations for the frail patient. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(2), 237–247.
doi:/10.1016/j.cger.2020.01.002
- Davidson, J. E. (2009). *Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness*. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–34.
doi:/10.4037/ccn2009611
- Fernandes, M. A., Costa, S. F. G., Morais, G. S. N., Duarte, M. C. S., Zaccara, A. A. L., & Batista, P. S. de S. (2016) Cuidados paliativos e luto: um estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 20(4), e20160102. doi:/10.5935/1414-8145.20160102
- Ferreira, A. P. Q., Lopes, L. Q. F., & Melo, M. C. B. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Rev. SBPH*, 14(2), 85-98.
- Fonseca, A. C., Mendes Junior, W. V., & Fonseca, M. J. M. (2010) Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. *Scientia médica*, 20(4), 301-309.

- Forte, D. N., Stoltenberg, M., Ribeiro, S. C. da C., de Almeida, I. M. O., Jackson, V., & Daubman, B.-R. (2024). The hierarchy of communication needs: A novel communication strategy for high mistrust settings developed in a Brazilian COVID-ICU. *Palliative Medicine Reports*, 5(1), 86–93. <https://doi.org/10.1089/pmr.2023.0070>
- Gasparin, I. G. (2025). *A atuação da Psicologia com pacientes terminais na UTI: Uma revisão integrativa* (Trabalho de Conclusão de Curso, Escola de Saúde Pública de São Paulo – CEFOR/SES, Ribeirão Preto, Brasil). CONASS / ColecionaSUS.
- Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155-166.
- Gulini, J. E. H. M. B., Nascimento E. R. P., Moritz, R. D., Rosa, L. M., Silveira N. R., & Vargas, M. A. O. (2017). Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, 1-6.
- Gutierrez, P. L. (2001). O que é o paciente terminal. *Rev Ass Med Brasil*, 7(2).
- Horta, A. L. de M., & Fernandes, H. (2018). Família e crise: contribuições do pensamento sistêmico para o cuidado familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 249-250. doi:/10.1590/0034-7167.2018710201
- Keinert, R. C., Keinert, T. M. M., & da Silva Dias, D. (2010). Morrer faz parte da vida: o direito à morte digna. *Boletim do Instituto de Saúde-BIS*, 12(3), 260-267.
- Kirchner, L. F., Granzotto, M. D., & Menegatti, C. L. (2012). Concepções da equipe de saúde de um hospital de Curitiba/Paraná sobre a prática de psicologia. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 3(1), 24-40
- Kübler-Ross E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. (9ª ed.). Martins Fontes.

- Lima, A. S. de S., Nogueira, G. S., & Werneck-Leite, C. D. de S. (2019). Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe multiprofissional. *Rev. SBPH*, 22(1).
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S. de ., Feitosa, L. B., & Caprara, A.. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 35(1), 52–57. doi:/10.1590/S0100-55022011000100008
- Luiz, M. M., Silva, A. F. A., Oliveira, M. F. D. L., Costa, M. T. B. C., & Santos, M. L. M. (2018). Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 10(2), 585–592. doi:/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592
- Luiz, M.M., Netto, J.J.M., Vasconcelos, A.K.B, et al. (2018) Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. *Rev Fund Care Online*, 10(2), 585-592.
- Martins, A. B. C., Bernardes, G. D. N., Silva, F. A. B. da, & Cavalcante, J. G. (2022). Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20210310. doi:/10.1590/0034-7167-2021-0310
- Mazutti, S. R. G., Nascimento, A. de F., & Fumis, R. R. L.. (2016). Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 28(3), 294–300. doi:/10.5935/0103-507X.20160042

- Meddick-Dyson, S.A., Boland, J.W., Pearson, M., Greenley, S., Gambe, R., Budding, J.R. & Murtagh, F.E.M. (2022). Implementation lessons learnt when trialling palliative care interventions in the intensive care unit: relationships between determinants, implementation strategies, and models of delivery-a systematic review protocol. *Syst Rev.*, 11(1).
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador de práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Monteiro, A. M. A. B. (2018). A família na atenção aos idosos em cuidados paliativos: desafios na contemporaneidade. *Serviço Social e Saúde*, 16(1), 81-98.
- Monteiro, R. S. F. & Junior, A. G. S. (2019). Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Rev. bioét. (Impr.)*, 27(1), 86-97.
- Moritz, R. D. et al. (2008) Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]*, 20(4), 422-428.
- Muniz, M. S., & Silveira, B. B. (2020). Atuação da Psicologia em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Mosaico*, 11(2). <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2256>
- Nieto, M. G. R. (2023). *Desafios percebidos por médicos em Unidades de Terapia Intensiva quanto à realização de cuidados paliativos sob o prisma da bioética* (Dissertação de Mestrado em Bioética). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Nogueira-Martins, L. A. Os beneficiários da interconsulta psiquiátrica. *Boletim de Psiquiatria*, 28(1), 22-23, 1995.
- Oliveira, L. C. A. (2019). *Concepções de profissionais da equipe interdisciplinar sobre a prática do psicólogo hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Fortaleza]. Repositório UNIFOR. Fortaleza, Ceará, Brasil.

- Organização Mundial da Saúde. Cuidados Paliativos. (2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Padilla Fortunatti, C. F. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 306–316. doi:/10.17533/udea.iee.v32n2a13
- Pegoraro, R. F., & Paganini, M. C. (2019). Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Revista Bioética*, 27(2), 306–314. doi:/10.1590/1983-80422019272327
- Pessini, L. (2016). Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Revista Bioética*, 24(1), 54-63.
- Pires, D. E. P., Brito, M. J. M., Oliveira, P. R., & Cruz, M. M. (2020). Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). doi:/10.1590/0034-7167-2018-0838
- Porto, G., & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 13(1), 76–93.
- Reigada, C.; Pais-Ribeiro, J. L.; Novellas, A.; Pereira, J. L. (2014). O suporte à família em cuidados paliativos. *Textos & Contextos*, 13(1), 159 - 169. doi:/10.15448/1677-9509.2014.1.16478
- Salman, S. M., Cassavia, M. F. C., Salman, B. C. S., Salman, A. A., Bryan, L., & Oliveira, L. C. (2024). National palliative care policy: Challenges of professional qualification in palliative care in Brazil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 70(3), e-044753. doi:/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4753
- Saunders, C. M. (Ed.). (1983). *Beyond all pain: A companion for the suffering and bereaved*. SPCK.

Sebastiani, R.W., & Maia, E.M.C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira[online]*, 20(1), 50-55

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2022b). *Manual de visitas presenciais às unidades de terapia intensiva adulto da SES/DF*. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/MANUAL_DE_VISITAS_PRESENCAIS_AS_UTI_NA_SES__22.docx__1_.pdf/31ec4e4e-145e-818c-e5f0-c4108add7a23?t=1676653093811

Secretaria de Estado de Saúde. (2018). *Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI*. Portaria SES-DF Nº 418 de 04/05/2018, publicada no DODF Nº 94 de 17/05/2018.

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Diretrizes+para+Cuidados+Paliativos+em+Pacientes+Cr%C3%ADticos+Adultos+Admitidos+em+UTI.pdf/b0db4a00-199e-66f7-4242-29c4b962fd0b?t=1648645556436>

Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (2022a). *Manual de Visitas Virtuais em UTI* [PDF]. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual_de_Visitas_Virtuais_em_UTI.pdf/d7aa198e-22fa-8868-10be-dfc851accff5?t=1676653112607

Silva, A.P.G., Brasile Filho, A., & Gorayeb, R.P. (2015). Atuação do psicólogo em centros de terapia intensiva para adultos. In R. P. Gorayeb (Org.), *A prática da Psicologia no ambiente hospitalar* (pp. 369–400). Novo Hamburgo, RS, Brasil: Sinopsys.

Silva, N. M., Santos, M. A. S., Barroso, B. C. T., Rosado, S. R., Teles, A. A. S., & Sonobe, H. M. (2019). Estratégias de atendimento psicológico a pacientes estomizados e seus familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1–16. doi:/10.1590/1982-3703003178982

- Simoneti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar*. Casa do Psicólogo.
- Soares, M. V. (2020). *Comunicação em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva: Estudo com enfoque no construcionismo social*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará]. Repositório UECE. Ceará, Brasil.
- Souza, F. S., Alves, A., & Alencar I. G. M. (2018). Eventos Adversos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 12(1), 19-27.
- Torezan, Z. F., Calheiros, T. C., Mandelli, J. P., & Stumpf, V. M. (2013). A graduação em Psicologia prepara para o trabalho no hospital? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 132–145. doi:/10.1590/S1414-98932013000100014
- Vieira, A. G., & Waischunng, C. D. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Revista da SBPH*, 21(1), 132–153.
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008&lng=pt
- Zoccoli, TLV. (2019) Introdução aos Cuidados Paliativos. In: Zoccoli T.L.V., Ribeiro M.G., Fonseca, F.N. & Ferrer, V.C. (orgs., pp. 18-32). *Desmistificando Cuidados Paliativos - Um olhar multidisciplinar*. Editora Oxigênio: Brasília, Brasil.

CAPÍTULO 7:

OS DESAFIOS DO TRABALHO EM EQUIPE NA UTI: UMA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA

Luscélia Pereira Castro

Jamila de Souza Abdelaziz

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes de alta complexidade que exigem integração entre diferentes saberes e atuação colaborativa entre os profissionais de saúde. Este capítulo, desenvolvido a partir de uma revisão narrativa e de experiências práticas em residência multiprofissional, discute os desafios do trabalho em equipe na UTI sob a perspectiva da psicologia. Observou-se que a rotina intensa, a hierarquização das relações e as falhas de comunicação ainda limitam a prática interdisciplinar, impactando a qualidade da assistência e o bem-estar dos profissionais. O psicólogo, nesse contexto, assume papel essencial na mediação de conflitos, no apoio emocional e na promoção do cuidado humanizado.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são reconhecidamente um ambiente complexo e desafiador, seja por suas demandas potencialmente estressoras e de alta complexidade, como também pela necessidade de uma abordagem colaborativa entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, visando a melhor assistência ao paciente de maneira integral e eficiente (Schneider & Moreira, 2017).

A Resolução nº 7, de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2010), que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs, estabelece que todo paciente crítico internado na unidade deve receber assistência integral e interdisciplinar, incluindo assistência farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, terapia ocupacional, nutricional, compondo assim a equipe multiprofissional. A resolução define ainda a UTI como "área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia" (ANVISA, 2010, Art. 4º, § XXVI).

Assim, o paciente crítico recebido na unidade é aquele que apresenta condições de saúde que ameaçam a vida e, portanto, necessitam de cuidados intensivos, demandando do profissional de saúde um estado de alerta contínuo para seu monitoramento, intervenções rápidas e eficientes, bem como tomada de decisão e definição de condutas (Abrantes & do Carmo, 2020). Tais características acabam impondo ao profissional de saúde uma alta carga emocional, refletindo no bem-estar, desempenho e saúde integral desse indivíduo (Alvim et al., 2017). Alguns aspectos apontados na literatura como potenciais desafios para equipes multiprofissionais em UTI, em boa parte dos hospitais, são a sobrecarga por longas jornadas de

trabalho, horários irregulares e a escassez de recursos materiais, o que muitas vezes leva o profissional a buscar alternativas que reduzam os impactos dessa realidade (Leite & Vila, 2005).

Embora a inserção do psicólogo na saúde pública e, de modo mais específico, nas Unidades de Terapia Intensiva seja relativamente recente no Brasil, tendo sua obrigatoriedade reconhecida apenas em 2005, por meio da Portaria Ministerial nº 1.071, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, sua atuação é indispensável para promover uma abordagem holística e cada vez mais humanizada do cuidado (Ministério da Saúde [MS], 2005). De acordo com Simonetti (2004), o psicólogo tem como papel fundamental facilitar o diálogo, contribuindo para a redução do sofrimento do indivíduo em processo de adoecimento.

Estudos apontam a importância da psicologia no contexto hospitalar nesses cenários, considerando sua atuação no sentido de promover um espaço de acolhimento, elaboração e tratamento dos aspectos psicológicos relacionados ao processo de adoecimento e às dificuldades específicas do tratamento intensivo, como luto, dor, perda e/ou adaptação a uma nova realidade. Esses fatores, frequentemente, causam alterações psicológicas, como crises, ansiedade, medo, depressão e angústia, entre outras. Tais alterações podem afetar não apenas o paciente e sua família, mas também a equipe multiprofissional (Mello, 2008; Moreira, Martins et al., 2012; Pinheiro, 2005).

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), instituída pelo Ministério da Saúde, é uma política transversal que objetiva uma visão ampliada da gestão e do cuidado, centrada na integralidade e valorização de todos os sujeitos envolvidos na atenção do SUS (MS, 2001). No cenário da UTI, a política de humanização promove uma transformação nas práticas tradicionais que afetam o cotidiano das unidades. Junto à equipe multiprofissional, o psicólogo assume não somente um papel de mediação no contato entre paciente, família e equipe, mas também pode atuar como intermediário na adaptação desses profissionais às mudanças no cuidado e na gestão. Um exemplo disso é a ampliação dos horários e possibilidades de visita de familiares dentro da unidade, que necessita de readaptação e reorganização do tempo das equipes (Lima & Martins, 2017; MS, 2007).

Ademais, é possível observar uma crescente produção científica relacionada à saúde mental dos profissionais atuantes na UTI. Tal produção é amplamente encontrada com enfoque na enfermagem, considerando os altos índices de afastamento por doenças laborais, como *burnout* (Novaretti et al., 2014; Pereira et al., 2024). Dejours (1992), em um estudo clássico sobre psicopatologia do trabalho, aponta a importância da linguagem em um espaço destinado à escuta e ao acolhimento desse profissional, e em como ele se relaciona com o trabalho.

Contudo, torna-se pertinente discutir o acúmulo de funções atribuídas ao psicólogo intensivista, que, além de atuar diretamente na assistência ao paciente, muitas vezes assume também o papel de oferecer suporte psicológico aos demais membros da equipe multiprofissional. Tal sobrecarga revela-se inadequada e contraproducente, evidenciando fragilidades na implementação de políticas públicas voltadas à saúde ocupacional dos profissionais da área. Nesse sentido, destaca-se a importância de estruturar núcleos especializados, com a presença de psicólogos do trabalho, entre outros, capazes de oferecer suporte direcionado e efetivo (Dourado et al., 2023). Afinal, “saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais” (Amarante, 2013, p.16).

Em vista disso, pode-se notar algumas das diversas demandas que constituem os desafios do trabalho em equipe multiprofissional nas Unidades de Terapia Intensiva, dada a sua complexidade. Para subsidiar e instrumentalizar o trabalho do psicólogo hospitalar na UTI, é fundamental o estímulo à produção científica com o objetivo de promover uma maior compreensão e manejo de intervenções, visando não somente a assistência humanizada e eficaz ao paciente, mas também um ambiente que priorize a qualidade de vida de todos os profissionais. Assim, este capítulo foi construído a partir de uma revisão narrativa da literatura nacional e internacional sobre o tema, associada a reflexões e experiências vivenciadas no contexto da residência multiprofissional em saúde, com ênfase na atuação da Psicologia na UTI.

A Equipe Multiprofissional em UTI

Em meados de 1850, a enfermeira Florence Nightingale destacou-se por propor em meio à guerra uma nova organização de leitos, que considerava a classificação de gravidade dos doentes a depender do seu nível de dependência dos cuidados. Assim, quanto mais grave estivesse o paciente, maior a tendência de estar com leito posicionado próximo aos postos de enfermagem para maior vigilância por parte da equipe, promovendo agilidade nas intervenções e atenção aos sinais vitais. Embora já houvesse a ideia embrionária de UTI, apenas em 1920 surgiu nos EUA de fato a primeira UTI, criada a partir da necessidade de evolução das Salas de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Já no Brasil, a primeira UTI surgiu na década de 1970, em São Paulo, sendo o Hospital Sírio-Libanês o pioneiro da categoria (Abechain & Lima, 2015).

Inicialmente, as equipes eram reduzidas sendo primordialmente compostas por médicos e enfermeiros. Naquele momento, o modelo assistencial dominante era centralizado na perspectiva puramente biomédica, a ênfase era dada ao corpo com a doença, de modo

fragmentado e separado do sujeito, desconsiderando as dimensões subjetivas do adoecimento e com posições profissionais hierárquicas rígidas, em que somente o médico ocupava espaços de decisão (Abechain & Lima, 2015).

Com o passar dos anos e com a regulamentação das UTIs, observa-se a ampliação e diversificação das equipes multiprofissionais que compõem esse espaço. Paralelamente, o avanço tecnológico e a implementação da Política Nacional de Humanização passaram a coexistir no mesmo espaço, configurando novos paradigmas no cotidiano desses setores hospitalares (Bettinelli et al., 2004). Nesse contexto, o avanço da tecnologia, embora essencial ao cuidado intensivo e altamente eficaz, pode fragilizar aspectos da dimensão humana e tornar o ambiente mais impessoal. Contudo, profissionais experientes são capazes de ressignificar essa realidade, utilizando a tecnologia como aliada sem perder de vista o paciente e suas necessidades (Kvande et al., 2021).

Modelos Assistenciais

Considerando que o surgimento e a consolidação das UTIs são eventos relativamente recentes no Brasil, observa-se um processo de constante evolução ética e técnica, onde os modelos assistenciais em terapia intensiva têm se transformado ao longo do tempo, refletindo diferentes concepções sobre o olhar para o paciente. O **modelo biomédico**, tradicionalmente predominante, prioriza a dimensão objetiva da doença, centrando-se em dados clínicos, exames e protocolos terapêuticos, apresenta pouco espaço para subjetividades, narrativas e escuta ativa. Contrasta com o **modelo biopsicossocial**, que propõe uma abordagem mais ampla, considerando o indivíduo em sua integralidade. A escuta ativa, a valorização das narrativas do paciente e a atenção às necessidades emocionais e familiares são incorporadas ao cuidado diário, para promoção de práticas mais humanizadas. Fatores psicológicos, sociais e culturais passam a integrar a compreensão da saúde e da doença (Silva Leal et al., 2023). Assim, o modelo biopsicossocial passa a ganhar força com a ampliação das equipes multiprofissionais, permitindo integrar diferentes saberes e competências em saúde “A atuação multiprofissional na UTI exige dos profissionais uma ampliação das bases conceituais da sua ação com vistas a atender às reais necessidades dos usuários dos serviços” (Sousa et al., 2024, p.7)

Logo, não é incomum encontrar dentro do mesmo setor, profissionais com formações e trajetórias orientadas por diferentes modelos de conduta, alguns ainda voltados ao modelo biomédico tradicional, outros pautados por abordagens biopsicossociais. Em muitos casos, isso gera divergências na definição de condutas para um mesmo paciente, resultando em lacunas assistenciais. Como tentativa de superar desafios, existe a função do profissional de saúde

rotineiro, cujo objetivo seria promover o alinhamento de condutas e favorecer a integração entre as diferentes perspectivas da equipe (Carvalho et al., 2023). Contudo, na prática, observa-se que, diante da escassez de profissionais no quadro técnico, a presença do rotineiro nas UTIs dos hospitais públicos tem se tornado cada vez mais rara.

É possível observar que, mesmo diante de temas já bem consolidados na comunidade científica, ainda há muitas dúvidas e divergências entre os profissionais nos momentos de tomada de decisão e construção do raciocínio clínico. Como é o exemplo da avaliação e definição para cuidados paliativos, que apesar dos avanços conquistados, ainda enfrenta um longo caminho até que sua implementação seja efetiva o suficiente para reduzir a ocorrência de distanásia nos hospitais brasileiros.

Cuidados Paliativos em UTI

Embora no Brasil a consolidação dos Cuidados Paliativos (CP) tenha tido início por volta de 1980, com a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) datada em 1997, e o número de serviços em CP esteja em crescente expansão no território brasileiro, o nível de compreensão profissional e consensual sobre o conceito e propósito dos CP ainda se mostra incipiente (Alves et al., 2019). Logo, considerando o aspecto histórico relativamente recente, e as diferentes perspectivas geradas por modelos assistenciais distintos, a inserção dos cuidados paliativos, representa hoje um dos grandes desafios no contexto das equipes assistenciais em UTI. Evidenciando a carência na formação e na capacitação contínua dos profissionais que atuam na linha de frente do cuidado, expondo uma fragilidade fundamental (Fonseca & Fonseca, 2010).

Pesquisas realizadas em diferentes países apontam que uma parcela significativa das mortes em UTIs ocorre após decisões de limitar ou suspender o suporte de vida, sendo este um processo essencialmente complexo que exige discussão ética, atuação interdisciplinar e coesão de equipe. Em uma pesquisa de coorte internacional, derivada do estudo observacional global *Intensive Care Over Nations* (Vincent et al., 2014), Lobo et al. (2017) analisaram 9.524 pacientes internados em 730 UTIs de 84 países e verificaram que cerca de 13% foram comunicados de decisão de não introduzir ou interromper medidas de suporte vital durante a internação. Essas decisões foram influenciadas não apenas pela gravidade clínica e pelas comorbidades, mas também por fatores culturais, econômicos e estruturais, o que torna evidente a diversidade de práticas e valores no cuidado intensivo no fim de vida.

Ainda que o suporte intensivo e o cuidado paliativo possam, por vezes, ser interpretados de forma equivocada como práticas de finalidades opostas por conta de suas origens e

linguagens distintas, ambos atuam junto a pacientes em condições de adoecimento/ameaçadoras da vida, com o propósito comum de promover o bem-estar. São duas perspectivas voltadas para o mesmo sujeito, que podem divergir quanto às condutas terapêuticas, todavia se constituem complementares, uma vez que os tratamentos devem ser estabelecidos de forma simultânea, com proporcionalidade discutida e ajustada ao longo da internação, na relação paciente–equipe–família. Para isso, é fundamental que os profissionais paliativistas e intensivistas atuem de maneira interdisciplinar, com aprofundamento técnico, alinhamento ético e habilidade de comunicação para o trabalho em equipe (Mercadante et al., 2018).

A coesão entre as equipes mostra-se fundamental para implementação das condutas definidas, visto que, é preciso que haja consenso entre esses profissionais para que o cuidado paliativo se concretize de fato. A ausência de comunicação clara e o desalinhamento nas decisões podem gerar conflitos internos, sofrimento moral entre os profissionais e, consequentemente, gerar um impacto negativo sobre o cuidado do paciente.

Mercadante et al. (2018) destacam diferentes modelos de integração entre os cuidados intensivos e paliativos. O **modelo integrativo** propõe que os princípios e abordagens dos CP sejam incorporados diretamente pela equipe da UTI, permitindo que os próprios profissionais observem, estabeleçam a proporcionalidade e implementem o plano de cuidados. O **modelo consultivo** conta com a presença de uma equipe interconsultora de CP, composta geralmente por médicos paliativistas, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e/ou nutricionistas. Nesse modelo, a equipe interconsultora é acionada para oferecer suporte técnico e ético nos casos que demandam avaliação, definição de condutas, manejo de sintomas, comunicação com familiares e acompanhamento contínuo. Por fim, o **modelo misto**, é visto como a junção entre os modelos anteriores, e favorece a maior integração entre intensivistas e paliativistas, visto que nesse modelo o paliativista irá acompanhar o paciente desde a admissão na UTI. Essa colaboração possibilita decisões compartilhadas, continuidade do cuidado e maior coerência nas condutas adotadas. Os autores apontam que esse modelo é considerado o mais efetivo, pois resulta em menor tempo de internação, melhor qualidade de vida, maior uso de diretivas antecipadas e redução de medidas fúteis.

Dinâmica de Equipe e Conflitos em UTI

O cotidiano em uma UTI é marcado por uma dinâmica intensa, de alta complexidade técnica e pela interdependência entre diferentes profissionais. A jornada de trabalho inicia-se, em geral, com a ronda multiprofissional à beira-leito, momento em que cada paciente é avaliado

em conjunto pelas diferentes categorias que compõem a equipe da UTI. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais compartilham impressões clínicas, resultados de exames, condutas e prioridades para o dia.

Essa rotina exige constante articulação entre saberes e áreas distintas, uma vez que cada categoria atua diariamente a partir de sua própria perspectiva, seja na avaliação, na realização de exames, nos atendimentos ou nos procedimentos que compõem o cuidado ao paciente crítico. Contudo, essa forma de organização, historicamente enraizada no modelo tradicional de divisão técnica do trabalho, pode enfraquecer a prática colaborativa e dificultar a construção de uma atuação verdadeiramente interdisciplinar (Oliveira, 2007). Como observam Bispo e Aleluia (2019), “sob a lógica da divisão técnica do trabalho, a relação dos profissionais da saúde não extrapola a multiprofissionalidade, em que a assistência é parcelada pela fragmentação do conhecimento do ser humano” (p. 120).

Com a finalidade de facilitar a aproximação interdisciplinar e compartilhada entre os profissionais atuantes nas UTIs, os rounds multiprofissionais surgem da necessidade de um espaço para discussão coletiva dos casos individualizados, para alinhamento de condutas, estabelecimento de metas diárias e contribuição mútua. Entre os principais benefícios identificados estão o fortalecimento da comunicação, a humanização do cuidado, a redução de falhas assistenciais e a promoção de uma atuação mais segura e colaborativa. Contudo, podem evidenciar desafios de convivência e potenciais conflitos do trabalho em equipe (Barbosa et al., 2020). Entretanto, a realização dos rounds multiprofissionais ainda encontra obstáculos para a sua inclusão de fato na rotina diária de UTIs, sobretudo, na rede pública.

Azoulay et al. (2009), realizaram um estudo multicêntrico com a finalidade de investigar a prevalência, as características e os fatores associados a conflitos em UTIs em uma perspectiva global. O estudo contou com a participação de 7.498 profissionais, (incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e psicólogos) de 323 UTIs e em 24 países. Conflitos foram relatados por 71,6% dos participantes, sendo os mais frequentes entre enfermeiros e médicos (32,6%), entre os próprios enfermeiros (27,3%) e entre equipe e familiares (26,6%). Os principais fatores desencadeadores foram animosidade pessoal, desconfiança e falhas de comunicação, especialmente em contextos de cuidados de fim de vida, onde se destacaram a ausência de suporte psicológico, falta de reuniões de equipe e dificuldades no processo decisório. Os autores concluíram que a sobrecarga de trabalho, a comunicação ineficaz e os desafios no cuidado de fim de vida são fatores determinantes para o manejo desses conflitos, visto que, os mesmos não são incidentes isolados, mas expressões da complexidade

do trabalho em equipe na UTI. Assim, é preciso que a busca de soluções seja com enfoque menor em soluções individuais, e maior para criação de uma cultura institucional de comunicação e suporte mútuo.

Na realidade brasileira, Bispo e Aleluia (2019) realizaram um estudo qualitativo sobre o contexto multiprofissional de uma UTI Adulto em Salvador-BA. Identificaram que as relações hierárquicas rígidas, a fragmentação das condutas e as falhas na integração das categorias estão entre os principais desafios enfrentados pelos intensivistas. Ressaltam que a cultura organizacional, a estrutura hospitalar e práticas antigas e verticais de poder, dificultam o diálogo e o compartilhamento das decisões clínicas. Fatores como escassez de recursos humanos, pressões institucionais, demandas emocionais intensas e despreparo para lidar com a terminalidade potencializam a ocorrência de conflitos e desgastes relacionais. Ainda, destacam que a ausência de espaços de comunicação aberta e de reconhecimento mútuo entre os profissionais favorece um ambiente de distanciamento, insegurança e sobrecarga, repercutindo diretamente na assistência prestada ao paciente e na saúde mental da equipe.

Os programas de residência uni e multiprofissionais em terapia intensiva inserem-se nesse cenário com todas as suas particularidades, modelos assistenciais, conflitos e modos próprios de atuação. Estudos apontam que a presença das residências multiprofissionais em saúde tem contribuído significativamente para o desenvolvimento do trabalho e para a promoção de condições que favorecem a transformação do modelo médico-assistencial tradicional e restritivo (Rosa & Lopes, 2009).

Programas de Residência

Os programas de residência multiprofissional estimulam uma aproximação teórico-prática coerente com a realidade contemporânea do cuidado em saúde e fortalecem a interdisciplinaridade, ao passo em que formam profissionais alinhados aos princípios do SUS, por meio do serviço e prática na atenção em saúde (Cheade et al., 2013). A Residência Multiprofissional em Saúde, aos poucos, está conquistando seu espaço, e é possível perceber que cenários que já recebem programas há mais tempo apresentam maior afinidade com modelos assistenciais atualizados e integrativos, quando comparados àqueles que ainda estão nos primeiros passos dessa jornada. Reis e Faro (2016) definem a Residência Multiprofissional em Saúde como uma modalidade de especialização voltada não apenas à formação de novos profissionais, mas também à troca de saberes entre diferentes áreas, à melhoria da assistência à população e ao fortalecimento do desenvolvimento teórico-científico, contribuindo, ainda, para a redução das carências na rede pública de atenção à saúde.

No contexto da UTI, o residente passa a integrar um espaço de alta complexidade, em que a aprendizagem ocorre em meio à rotina intensa de procedimentos, decisões rápidas e convivência contínua com situações de sofrimento e finitude. Essa experiência possibilita o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, mas também expõe o profissional em formação aos mesmos desafios vivenciados pela equipe assistente, como sobrecarga, conflitos interprofissionais e desgaste emocional. Embora a residência multiprofissional seja uma estratégia essencial de educação em serviço e interdisciplinaridade, a inserção dos residentes em contextos hierarquizados e de forte pressão institucional pode gerar sofrimento psíquico e adoecimento, sobretudo quando há indefinição de papéis ou pouca integração com os preceptores e demais profissionais (Almeida et al., 2025).

Cheade et al. (2013) apresentam um relato de experiência sobre a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS), com área de concentração em Atenção ao Paciente Crítico, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), descrevendo a organização, os desafios e os aprendizados obtidos durante a formação da primeira turma no período de 2010 a 2012. O programa estruturou-se com equipes multiprofissionais de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Farmácia, cada uma responsável por acompanhar pacientes críticos selecionados conforme critérios clínicos, construindo de forma colaborativa planos terapêuticos singulares discutidos semanalmente entre residentes, tutores e preceptores. O programa enfatizou a educação em saúde, o planejamento da alta hospitalar desde a admissão e a integração com a rede de atenção, visando continuidade do cuidado e redução de reinternações. Entre os desafios enfrentados, destacam-se a limitada integração com a equipe médica, a dificuldade de manter e capacitar tutores e preceptores devido à sobrecarga de trabalho e à falta de incentivos institucionais, bem como a necessidade de aprimorar a articulação multiprofissional na alta hospitalar, muitas vezes conduzida de maneira isolada. Os autores concluíram que a experiência contribuiu para a formação de profissionais com visão ampliada de saúde, capazes de atuar criticamente e de forma colaborativa, demonstrando que a residência multiprofissional constitui um espaço de aprendizagem transformador e de promoção de práticas mais humanas e resolutivas, embora a plena consolidação da integralidade dependa de mudanças estruturais, políticas e culturais nas instituições e na forma de atuar em saúde.

O Psicólogo como Parte da Equipe

A atuação do psicólogo na equipe de terapia intensiva reflete esse período de transição de um modelo rígido e fragmentado para uma abordagem centrada no paciente como pessoa.

Nesse contexto, os pacientes frequentemente enfrentam desestruturação emocional e intensa angústia diante de todo sentimento vivenciado ali, como o risco de morte ou sequelas, sentimentos contraditórios, necessidade de rede de apoio e baixa autonomia (Lucchesi et al., 2008). Além disso, encontram-se imersos em um ambiente caracterizado por muitos ruídos, ausência de luz natural e pouca privacidade, o que potencializa o sofrimento e demanda intervenções psicossociais integradas à rotina multiprofissional.

Assim, o psicólogo intensivista atua com o objetivo de reduzir o adoecimento psíquico do paciente e de sua família, decorrente do contexto crítico da internação, fornecendo recursos que contribuam para a diminuição do sofrimento e de transtornos associados, como o Transtorno do Estresse Pós-Traumático e a Síndrome Pós-Terapia Intensiva (Assis & Figueiredo, 2020). Nesse sentido, o trabalho do psicólogo da saúde atuante no contexto hospitalar, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, busca criar condições para que pacientes e familiares mobilizem recursos internos e externos, favorecendo a elaboração da situação de crise, a adaptação e as modificações necessárias diante da complexidade do ambiente e das demandas emocionais vividas.

Lara e Kurogi (2022) apontam que um dos maiores desafios enfrentados pela equipe de psicologia é a dificuldade na compreensão que outros profissionais frequentemente apresentam acerca do papel do psicólogo, o que pode interferir diretamente no desempenho da assistência psicológica e atuação interdisciplinar. Todavia, Schneider e Moreira (2017) demonstram que o desafio se torna ainda maior quando o próprio psicólogo não compreende a sua prática e não demonstra clareza sobre suas funções, o que pode dificultar ainda mais a sua inserção na equipe e a definição de demandas de cunho psicológico. Assim, considerando que a UTI é um setor fechado, torna-se fundamental que o psicólogo conquiste o seu espaço e reconhecimento dentro da equipe, estabelecendo vínculos com outros profissionais e atendendo de forma efetiva às demandas de sua área de competência (Gazotti & Cury, 2019).

No que se refere à triagem e à organização do trabalho, a natureza da atuação do psicólogo pode se distinguir da atuação em enfermagem, devido a várias características distintas. É frequente que o psicólogo intensivista acompanhe o paciente crítico desde o primeiro dia de internação, podendo realizar avaliação, acompanhamento e intervenção por meio de busca ativa nos leitos, sem depender do pedido de parecer realizado pelos demais profissionais quando identificam pontualmente uma demanda psicológica. Essa abordagem possibilita maior suporte emocional, intervenções preventivas, que vão além do curto prazo, desenvolvimento do raciocínio clínico e estabelecimento de vínculo sólido com paciente e família, uma vez que o número de leitos na UTI é restrito e limitado.

Em 2022, foi publicado o *Guidance and Service Specification: Integrated Practitioner Psychologists in Intensive Care Units*, desenvolvido pela *Intensive Care Society* (ICS, 2022) no Reino Unido e endossado pela *British Psychological Society* (BPS), com o objetivo de estabelecer diretrizes para a inserção e atuação de psicólogos nas UTIs. O documento enfatiza a relevância da integração entre cuidados físicos e psicológicos, oferecendo recomendações baseadas em evidências científicas para orientar as práticas de saúde mental no contexto intensivo (ICS, 2022).

O modelo proposto pelo *Guidance* estrutura-se em quatro áreas principais de atuação: com o paciente, com os familiares, com a equipe e no nível sistêmico ou organizacional. No trabalho direto com o paciente, o psicólogo colabora com os demais profissionais para identificar fatores psicológicos que possam dificultar a adesão ao tratamento, o desmame ventilatório ou o engajamento nos processos de reabilitação. Para isso, pode utilizar instrumentos específicos que subsidiem a avaliação psicológica, como o CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*), o IPAT (*Intensive Care Psychological Assessment Tool*) e o PICUPS (*Psychological Intensive Care Unit Patient Screening Tool*). Além disso, sua atuação inclui a oferta de suporte psicológico, o manejo não farmacológico do *delirium* e o acompanhamento do paciente durante a transição para enfermarias ou clínicas de seguimento pós-UTI (ICS, 2022).

No que se refere à atuação junto à equipe multiprofissional, o psicólogo pode contribuir com ações voltadas à promoção do bem-estar psicológico, à prevenção do *burnout* e ao fortalecimento dos vínculos entre os membros da equipe. Também pode facilitar grupos reflexivos, oferecer apoio após eventos críticos e promover treinamentos em comunicação e cuidado compassivo. O *guidance* da *Intensive Care Society* (ICS, 2022) destaca, contudo, a necessidade de que as instituições invistam em programas estruturados de atenção à saúde mental dos profissionais, assegurando acompanhamento psicológico contínuo e suporte organizacional adequado. O documento ainda recomenda, que seja garantido o mínimo de um psicólogo em tempo integral para cada 20 leitos de UTI, com sala privativa para atendimentos e presença física dentro da unidade, de modo a possibilitar uma atuação efetiva, acessível e integrada ao cotidiano da equipe de cuidados intensivos.

Relato de Experiência

O processo formativo para tornar-se profissional de saúde intensivista é particularmente desafiador. Em grande parte dos casos, esse processo tem início ainda no primeiro ano de residência. Para tanto, é possível desenvolver estratégias que auxiliem essa jornada de maneira

efetiva e humanizada. A seguir, apresenta-se um relato de experiência que ilustra essa abordagem.

Em um dos novos cenários incorporados ao Programa de Residência em Terapia Intensiva da Escola de Saúde Pública do DF houve a recepção de novos residentes. Chegaram entusiasmados e curiosos diante da oportunidade de vivenciar a realidade da assistência no SUS. Contudo, o grupo foi atravessado, de maneira coletiva e emocionalmente desgastante, por demandas frequentes da UTI, tais como o confronto com o sofrimento e a morte, a identificação com pacientes jovens que tiveram desfechos desfavoráveis dentro da unidade, o sentimento de inadequação e inexperiência diante de um ambiente de alta pressão, a dificuldade em se desconectar do ambiente, entre outros fatores. Diante disso, foi percebido o desgaste progressivo causado pela alta carga emocional e a consequente queda na motivação dos residentes em poucas semanas.

Assim, como estratégia de intervenção grupal, a psicóloga assistente e preceptora do cenário desenvolveu o chamado “Café com conversa”, que consistia, semanalmente, em um café da manhã partilhado, destinado ao acolhimento e à escuta coletiva das vivências emocionais dos residentes. Outros membros da equipe (como preceptores, *staffs* ou gestores) não participavam. Cada encontro era norteado por um tema específico, que emergia de forma natural a partir dos acontecimentos da semana anterior, escolhido pelos próprios residentes. Como, por exemplo, fadiga por compaixão, o luto do profissional de saúde, a falta de recursos materiais e humanos, a carga horária exaustiva e a vulnerabilização do profissional de saúde ao assédio.

Com o passar das semanas, cada vez mais residentes aderiram ao momento, passando a abranger residentes de outros programas. Os resultados foram notórios, tanto o estabelecimento e fortalecimento de vínculos e o suporte emocional mútuo, quanto a criação de um espaço de compartilhamento e protagonismo grupal, que possibilitou a elaboração, em curto prazo, das demandas sensíveis e de certa forma transversais ao grupo. O movimento refletiu também na qualidade da assistência, uma vez que, estando mais vinculados entre si, os residentes passaram a realizar maiores trocas de conhecimento entre as profissões, além de facilitarem intervenções interdisciplinares e humanizadas com os pacientes.

A interlocução com a equipe assistente e o relacionamento destes com o grupo de residentes se fortaleceu gradualmente, fazendo com que a maior parte da equipe passasse a aceitar e participar ativamente de propostas mais humanizadas, como banhos de sol, visitas ao jardim e cantatas de aniversário. Observou-se de forma informal maior engajamento nas atividades e motivação relativa ao programa dentro do grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto neste capítulo, é possível observar que o trabalho em equipe na UTI configura-se como uma prática complexa, marcada por intensas demandas técnicas, emocionais e relacionais. A prática multiprofissional, embora essencial para garantir uma assistência integral, ainda enfrenta desafios históricos, estruturais e, principalmente, de comunicação, que dificultam a consolidação de uma realidade com atuação interdisciplinar e menores taxas de adoecimento.

Os avanços recentes, como as diretrizes internacionais para a atuação do psicólogo intensivista e a ampliação das residências multiprofissionais, tendem a indicar um movimento positivo de reconhecimento e integração, mas também podem revelar lacunas persistentes relacionadas ao entendimento do papel da psicologia, à sobrecarga emocional dos profissionais e à escassez de políticas institucionais. Diante disso, reforça-se a necessidade de ampliar os investimentos em pesquisa voltados a qualidade do trabalho em terapia intensiva, práticas colaborativas, e estratégias de prevenção do adoecimento profissional como partes fundamentais para aprimoramento do funcionamento das equipes e promoção de uma assistência cada vez mais humanizada e sustentável nas UTIs.

REFERÊNCIAS

Abechain, L. S. K., & Lima, W. R. J. (2015). *Gestão de qualidade em terapia intensiva:*

Normas e processos. Abril Educação.

Abrantes, R. S., & do Carmo, A. P. (2020). A unidade de terapia intensiva: Um ambiente

estressante para os profissionais de enfermagem? *Acta de Estudos Interdisciplinares*, 2(1).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). *Resolução da Diretoria Colegiada – 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.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

- Almeida, T. C. S. de, Massena, F. G., Silva, R. H. A. da, Costa, M. K. do N., Vasconcelos, R. A. M., Silva, L. T. da, Silva, G. L., & Barreto Neto, A. C. (2025). Qualidade de vida de residentes multiprofissionais: Uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 99(supl. 1), e0250045. <https://doi.org/10.31011/read-2025-v.99-n.supl.1-art.2402>
- Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C., & Melo, M. O. (2019). Cuidados paliativos: Alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1–15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>
- Alvim, C. C. E., Tavares e Souza, M. M., Gama, L. N., & Passos, J. P. (2017). Relação entre processo de trabalho e adoecimento mental da equipe de enfermagem. *Revista Fluminense de Extensão Universitária*, 7(1), 12–16.
- Amarante, P. (2013). Saúde mental e atenção psicossocial (4ª ed.). Fiocruz.
- Assis, F. E. de, & Figueiredo, S. E. F. M. R. de. (2020). A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. *Psicologia Argumento*, 37(98), 501–512. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.AO06>
- Azoulay, E., Timsit, J. F., Sprung, C. L., Soares, M., Rusinová, K., Lafabrie, A., ... & Schlemmer, B. (2009). Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: The Conflicus study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 180(9), 853–860. <https://doi.org/10.1164/rccm.200810-1614OC>
- Barbosa, R. V., Lopes, M. Á. C. P., Pacheco, G. M., Pinto, J. I. da S., Monteiro, Y. F. B., Pinto, S. da C., Monteiro, K. C. G., & Silva, J. G. (2020). Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 17989–18001. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-203>
- Bettinelli, L. A., Waskiewicz, J., & Erdmann, A. L. (2004). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *Humanização e Cuidados Paliativos*, 2, 87–100.

- Bispo, B. H. R., & Aleluia, I. M. B. (2019). A percepção da equipe multiprofissional acerca do cuidado interdisciplinar em uma Unidade de Terapia Intensiva de Salvador-Bahia. *Saúde Redes*, 115-125.
- Carvalho, E. M. P. de, Pereira, F. N. da S., Brito, C. L. M. de, Muniz, G. C., & Batista, C. C. de P. (2023). The routine nurse's role in the hospital context: The team's perception. *New Trends in Qualitative Research*, 18, e830.
<https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e830>
- Cheade, M. D. F. M., Frota, O. P., Loureiro, M. D. R., & Quintanilha, A. C. F. (2013). Residência multiprofissional em saúde: A busca pela integralidade. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 592–595.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho* (5ª ed. ampliada). Cortez-Oboré.
- Dourado, A., dos Santos, M. C. L., & Forma, N. P. S. (2023). O psicólogo organizacional e do trabalho no contexto hospitalar: Uma revisão da literatura. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 44(2), 199–210.
- Fonseca, A. C. da, & Fonseca, M. J. M. da. (2010). Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: Realidade factível. *Scientia Médica*, 20(4), 301–309.
- Gazotti, T. C., & Cury, V. E. (2019). *Vivências de psicólogos como integrantes de equipes multidisciplinares em hospital. Estudos e Pesquisas em Psicologia (Rio de Janeiro) Online*, 19(3), 772–786.
- Intensive Care Society. (2022). *Guidance and Service Specification: Integrated Practitioner Psychologists in Intensive Care Units*.
- Kvande, M. E., Angel, S., & Nielsen, A. H. (2021). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nursing Ethics*, 28(4), 498–510.
<https://doi.org/10.1177/09697330211050998>

- Lara, L. P., & Kurogi, L. T. (2022). O (a)parecer da psicologia hospitalar em equipe multiprofissional. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 25(1), 3–16. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.25.24>
- Leite, M. A., & Vila, V. S. V. (2005). Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 145–150.
- Lima, F. M. D., & Martins, C. P. (2017). Reflexões sobre o trabalho da psicologia na UTI. *Saúde Redes*, 207–2013.
- Lobo, S. M., Barros de Simoni, F. H., Jakob, S. M., Estella, A., Vadi, S., Bluethgen, A., Martin-Loeches, I., Sakr, Y., & Vincent, J. L. (2017). Decision-making on withholding or withdrawing life-support in the ICU: A worldwide perspective. *Chest*, 152(2), 321–329. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.04.176>
- 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.
- Mello, P. C. (2008). A atuação do psicólogo na unidade de terapia intensiva. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 4, 36–39.
- Mercadante, S., Gregoretti, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: Why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, 18(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0588-5>.
- Ministério da Saúde. (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Portaria nº 1.071, de 4 de julho de 2005: Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico*. Brasília, DF. <https://www.sobрати.com.br/ms-politicacritico.htm>

- Ministério da Saúde. (2007). *HumanizaSUS: Visita aberta e direito a acompanhante*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moreira, E. K. C. B., Martins, T. M., & Castro, M. M. (2012). Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15(1), 134–167.
- Novaretti, M. C. Z., Santos, E. V., Quitério, L. M. & Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 692–699.
- Oliveira, T. R. B. (2007). Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. *Revista Saúde.com*, 3(1), 20-27.
- Pereira, É. F. da S., Neves, K. do C., Constantino, G. N. B., Grassel, C. dos S., Esquerdo, L. F., Santos, N. S. dos, ... & Moraes, M. M. de S. de. (2024). Fatores estressores que impactam a qualidade de assistência do profissional que atua em unidades de terapia intensiva. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(5), 18–38.
- Pinheiro, L. M. H. (2005). A importância da psicologia para a humanização hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 1, 25–35.
- Reis, B. A. O., & Faro, A. (2016). A residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: Um relato de experiência. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 62–70.
<https://doi.org/10.20435/2177093X2016108>
- Rosa, S. D., & Lopes, R. E. (2009). Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: Apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 479–498.

- Schneider, A. M. B., & Moreira, M. C. (2017). Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. *Trends in Psychology*, 25(3), 1225–1239.
- Silva Leal, E. M., Reis, C. B., Lebrege, A. M., Cunha, E. C. M., & Miranda Lisboa, W. (2023). (Des)caminhos rumo à humanização da assistência em UTI. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, 4(7), e473500.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar*. Casa do Psicólogo.
- Sousa, F. F., Reis, J. F. C., Alencar, A. J. F., Viana, T. M. A., Borges, D. F., Vilela, B. H. S., Saraiva, J. S., Sousa Júnior, J. F. M., Martins, J. F. N., Freitas, A. V. F., & Matos, D. F. S. W. (2024). O contexto da equipe multiprofissional na terapia intensiva. *Revista Foco*, 17(9), e5976. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n9-075>.
- Vincent, J. L., Marshall, J. C., Namendys-Silva, S. A., François, B., Martin-Loeches, I., Lipman, J., ... Sakr, Y. (2014). Assessment of the worldwide burden of critical illness: The Intensive Care Over Nations (ICON) audit. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(5), 380–386. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70061-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70061-X).

CAPÍTULO 8:

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: HERANÇAS DE UM PERÍODO PANDÊMICO

Camila Vieira Mendes

Graziela Sousa Nogueira

A pandemia de Covid-19, iniciada em 2019, impactou os indivíduos em diversos domínios, com destaque para a saúde física e mental. Neste contexto, a figura do psicólogo teve um importante papel, sendo de grande importância a sua atuação no contexto hospitalar. Emergiram diversas demandas psicológicas que exigiram inovação e adaptação à nova realidade, se tornando heranças do difícil período. O objetivo deste capítulo é relatar a experiência do psicólogo da saúde durante a pandemia, em Unidade de Terapia Intensiva, em hospitais da rede privada e pública da saúde do Distrito Federal, Brasil. Foram sintetizados os principais aspectos relativos à experiência de duas psicólogas, dando ênfase às alterações nas rotinas e aprendizados decorrentes da vivência. Este capítulo engloba a descrição das principais demandas psicológicas no hospital durante a pandemia, especialmente em UTI Covid-19; o uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs); estratégias utilizadas para favorecer a humanização; dificuldades e desafios enfrentados pelo psicólogo; principais diferenças na atuação em hospitais da rede pública e privada. É esperado que este capítulo contribua para o aumento do arcabouço de documentos sobre a atuação do psicólogo diante da pandemia de Covid-19 e que também inspire outros profissionais que atuam em Terapia Intensiva de maneira a promover reflexões e aprendizados que contribuam para aprimoramento da prática profissional na área.

Em 31 de dezembro de 2019 o mundo tomava conhecimento da existência de um novo coronavírus, com os primeiros casos notificados em Wuhan, na China. A pandemia de Covid-19 foi anunciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020, sendo identificados casos em, inicialmente, 136 países. A Covid-19 é uma doença com sintomas semelhantes aos de uma síndrome gripal, de leves a graves, que podem evoluir para pneumonia, choque séptico e falência respiratória (Chan, 2020; Ministério da Saúde [MS], 2020).

A Covid-19 é considerada uma zoonose, sendo que a sintomatologia da doença pode variar entre uma forma leve da infecção (Síndrome Gripal), podendo evoluir a uma forma grave (Síndrome Respiratória Aguda Grave), que nestes casos causa hipóxia significativa, pneumonia, insuficiência pulmonar, choque séptico, falência de órgãos, podendo levar a morte (OMS, 2023).

Entre os grupos vulneráveis a desenvolver formas graves da doença, incluindo óbito, estavam os idosos, pessoas com doenças crônicas, imunodeprimidos ou em condições de risco, como obesidade e gestação (MS, 2020). Segundo dados da OMS (2025), atualizados em 07 de novembro de 2025, no mundo foram confirmados 778.922.858 e 7.103.341 mortes por

complicações do coronavírus. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2025), atualmente há 39.318.227 casos confirmados, com registros de 716.626 óbitos.

Diante de um cenário pandêmico no qual tratamentos e vacinas ainda estavam em estudo, havia um clima de tensão muito grande. Receber um diagnóstico da doença gerava ansiedade por não se saber como seria a evolução clínica, já que era possível ter apenas sintomas leves, como também sintomas graves que podiam levar a uma internação hospitalar em enfermaria e até em Unidade de Terapia Intensiva. Diante do exposto emergiram demandas psicológicas diversas de assistência a infectados pela Covid-19. Portanto, as frentes nas quais emergiram demandas incluíram: suporte psicológico a pessoas com suspeita ou diagnóstico de Covid-19 e que apresentavam sofrimento psíquico; pessoas internadas em contexto hospitalar por outros agravos que não Covid-19; pessoas internadas devido a complicações decorrentes da Covid-19 em enfermaria especializada; pacientes internados em UTI especializada em Covid-19; familiares dos pacientes internados. Essa necessidade dos profissionais de se reinventarem gerou heranças que hoje são observadas nas rotinas assistenciais, o que contribui para aprimoramento de práticas, entre elas as estratégias de humanização.

Assistência Psicológica no Contexto Hospitalar

No ano de 2019, em dezembro, instalou-se uma epidemia na cidade de Wuhan (China) devido ao surgimento do novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2. Os casos começaram a evoluir e em três meses o status era de pandemia, aumentando consideravelmente o número de infectados e mortes, havendo colapso na saúde e economia global (Meneses, 2020).

A confirmação do primeiro caso de Covid-19 no Brasil, no dia 26/02/2020, trouxe para as pessoas um sentimento de medo e de insegurança pela falta de informações sobre a doença, sintomas e tratamentos. A partir daí os hospitais passaram a receber pacientes com suspeita da Covid-19, inicialmente com o relato de viagens recentes ao exterior, onde a doença já estava disseminada.

Neste período ainda não existia um protocolo estabelecido em relação aos cuidados necessários e haviam muitas dúvidas em relação à biossegurança. Especificamente no cenário hospitalar, também existiam incertezas acerca da atuação psicológica frente a Covid-19, que incluíam: como ofertar os cuidados e suporte emocional para os pacientes que estavam nos nosocômios e que apresentavam medo real e ansiedade frente a possibilidade de infecção pelo novo coronavírus? Quais as demandas que iriam emergir e como atendê-las com segurança? Que adaptações na rotina assistencial seriam necessárias? Quais os conhecimentos necessários para uma atuação efetiva?

Neste período (março de 2020), o Conselho Federal de Psicologia (CFP) emitiu uma nota à categoria, reforçando a importância do respeito às orientações da Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e autoridades civis, priorizando a segurança da categoria, bem como medidas de prevenção para disseminação do vírus (CFP, 2020). Com a confirmação dos primeiros casos no país, os hospitais precisaram se adaptar, reorganizar os setores que iriam receber essas demandas, bem como os profissionais que atuariam na linha de frente. Em meio à incerteza e ao medo, atuar em hospitais naquele momento envolvia estar exposto a um vírus, do qual não se era possível ainda estimar os riscos reais aos que os profissionais de saúde, especialmente o psicólogo, estariam expostos durante a sua atuação profissional.

O medo dos profissionais de saúde não se restringia à própria infecção pelo coronavírus, havia o receio de serem vetores do agente patógeno para familiares. Havia consciência do risco ao qual se estava sendo exposto, o que acarretava repercussões psicológicas, como angústia e ansiedade. Neste momento alguns profissionais se isolaram, se mudaram para hotéis ou alugaram espaços para que pudessem restringir o contato com outras pessoas, incluindo profissionais de psicologia que atuavam em hospitais. Havia expectativa de que a situação se resolveria em curto prazo, com o desenvolvimento de tratamentos curativos.

Cabe lembrar que, inicialmente, apenas médicos, enfermeiros e fisioterapeutas foram orientados a assistir rotineiramente os pacientes infectados pelo novo coronavírus. Psicólogos no hospital, a priori, atendiam às demandas das equipes de saúde por meio de interconsulta ou restringiam sua atuação aos atendimentos remotos. Cabe destacar que o Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal [CRP-DF], 2020) divulgou orientações à categoria sobre como proceder diante da pandemia de Covid-19, reconhecendo as consequências e riscos associados à atuação profissional. Foi criada a Comissão de Psicologia em Emergências, além de articular apoio psicológico para profissionais que estivessem trabalhando na linha de frente da pandemia.

Para os profissionais que atuavam em hospitais, as recomendações eram relacionadas ao uso de EPIs e insumos de higienização necessárias para o atendimento (lavagem das mãos e uso de álcool gel); evitar circulação em outros espaços hospitalares quando estivessem lidando diretamente com casos de Covid-19; restringir contatos, especialmente com pessoas do convívio social pertencentes aos grupos de risco; evitar visita leito a leito (rondas psicológicas), realizando apenas atendimentos emergenciais, após triagem com a equipe; acolher os demais profissionais, principalmente por teleatendimento; avaliar suspensão temporária de atendimento ambulatorial presencial e avaliar possibilidade do atendimento remoto (teleatendimento) (Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar [SBPH], 2020).

Demandas Psicológicas no Hospital Geral

Diante deste cenário, como equipe de psicologia, nos três hospitais de atuação, foi necessária a reorganização dos grupos conforme os recursos humanos disponíveis. Foi preciso estabelecer prioridades, levantar as demandas que seriam atendidas e como se daria a assistência à tríade (paciente-equipe-família). Além disso, foi necessário estudo e capacitação na área de emergências e desastres, bem como aprofundamento nos conhecimentos já disponíveis sobre Covid-19, de maneira a construir subsídios para atuação diante da nova realidade.

Segundo Kuybida et al. (2021) o psicólogo que atua em hospitais precisou se adaptar ao longo da pandemia, ajustando sua rotina de trabalho a cada momento do curso pandêmico. Contudo, durante todo o processo o atendimento humanizado foi uma prioridade, sendo valorizada a escuta e acolhimento, ações de encontro com a Política Nacional de Humanização (PNH), preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2013). Além disso, o psicólogo tem o dever de prestar serviço de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentadas na ciência psicológica, na ética e legislação profissional, conforme prevê o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).

Visando aumentar a segurança e reduzir a ansiedade foram disponibilizados treinamentos sobre o uso de equipamento de proteção individual (EPIs). Contudo, um grande desafio se fez devido a necessidade de uso de EPIs em tempo integral (como máscaras N95), com respeito rigoroso aos protocolos de biossegurança. Além disso, foram realizadas reuniões internas da equipe de psicologia nos hospitais (mesmo que remotas) com o foco na promoção de apoio e diálogo entre os pares, favorecendo um espaço para elaboração da situação vivenciada, compartilhamento dos próprios medos e angústias, sendo uma estratégia de prevenção em saúde mental, considerando o potencial adoecedor do contexto laboral.

Também havia indicação pelos órgãos de classe de psicologia, ou como demanda de superiores hierárquicos, em nível de administração hospitalar, de acolhimento e suporte aos profissionais de saúde que estavam atuando na linha de frente (presencialmente ou por teleatendimento). Serviços de saúde pública hospitalar se organizaram para fazer busca ativa de profissionais afastados devido a Covid-19 com a finalidade disponibilizar apoio psicológico. Também foram realizadas iniciativas de psicoeducação sobre a importância do autocuidado, com ênfase na saúde mental, com o intuito de se prevenir o adoecimento psíquico. Serviços de psicologia e medicina do trabalho, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, se colocaram acessíveis para acolhimento de demandas psicológicas dos profissionais de saúde atuando na linha de frente (CFP, 2020).

Cabe ressaltar que as unidades hospitalares tiveram que restringir ou até mesmo proibir visitantes e acompanhantes. Assim, haviam demandas dos próprios pacientes que estavam internados com outras enfermidades e que apresentavam medo de infecção pela Covid-19, ao passo que enfrentavam este momento, muitas vezes sem o suporte de um ente querido. Outras demandas psicológicas também ocorriam nos hospitais, não apenas relacionadas a Covid-19, cabendo o psicólogo se organizar para atender às múltiplas frentes, mesmo em um contexto onde desfalques em termos de recursos humanos eram frequentes, por adoecimento psíquico, Covid-19 ou afastamento devido a pertencimento em grupos de risco.

Quando os hospitais começaram a se organizar em setores e alas específicas para atendimento a Covid-19 houve, inicialmente, uma certa resistência de profissionais de psicologia em atuar nessas áreas, pois a exposição e o risco eram reais. Atuar nesses setores significava se colocar em uma posição de maior vulnerabilidade, mas, em contrapartida, atender ao compromisso ético-profissional. Um dos setores que merece destaque acerca das demandas à tríade foram as UTIs Covid-19 no qual em pouco tempo o psicólogo se tornou parte essencial da equipe, integrando a linha de frente.

Atuação do Psicólogo em UTIs Covid-19

Situações de pandemia favorecem o desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e comportamentos suicidas. Há relatos de raiva, solidão e tédio, além de insônia, ansiedade, diminuição concentração, perda energia e irritabilidade no humor (Faro et al., 2020). A ansiedade foi uma queixa comum dos primeiros pacientes das unidades de Covid-19, atrelado ao medo de morrer e a dificuldade em lidar com o adoecimento sem acompanhante. O isolamento certamente foi uma dificuldade para os pacientes.

O fato dos pacientes estarem fragilizados fisicamente e emocionalmente, não podendo contar com a companhia do familiar, não receber afeto no contexto de hospitalização e fragilidade, essas eram novas demandas que os pacientes apresentavam em atendimento. Rondas psicológicas, que consistiam na triagem de demandas beira leito, favoreciam um espaço de escuta e expressão de sentimentos e emoções.

Reações emocionais dos pacientes incluíam frequentemente choro, desespero, desesperança, raiva e indignação. Muitos se questionavam acerca do porquê de sua infecção se estavam respeitando o isolamento.

A disponibilidade afetiva que os psicólogos ofereciam, para além da abordagem técnica, foi um grande diferencial no tratamento da Covid-19, pois os demais profissionais assistiam os pacientes de maneira mais pontual, sobrecarregados pela complexidade das demandas e

gravidade dos quadros clínicos. Ouvir as demandas, oportunizar um espaço de acolhimento, escuta, ressignificação, elaboração de lutos e uso de estratégias de aproximação entre equipe-pacientes-família foi algo muito valorizado por todos os envolvidos na tríade. Essa foi uma herança importante do período, considerando maior valorização do profissional de psicologia que esteve efetivamente atuante no período pandêmico. O potencial de contribuição do psicólogo ficou evidente pela sua presença ou ausência nas equipes na linha de frente.

Atuar em hospitais ao longo da pandemia foi uma tarefa desafiadora. A atuação psicológica relatada envolveu a assistência em um hospital particular que foi a primeira referência da rede privada no atendimento a pacientes com Covid-19, sendo os primeiros casos diagnosticados no DF direcionados para esse hospital. Já os hospitais públicos não eram unidades especializadas em Covid-19, inicialmente, mas com o avanço da pandemia também passaram a receber casos de pacientes graves infectados pelo coronavírus.

O primeiro óbito de um adulto no hospital particular foi impactante para toda equipe de saúde, era um homem que tinha como comorbidade hipertensão arterial e apesar de todos os esforços da equipe, não foi possível um desfecho favorável. Nesse dia foi necessário reunir a equipe do plantão para oferecer uma escuta, ouvir dos colegas como foi difícil acompanhar um caso em que não houve recuperação, acolher o choro dos profissionais de saúde, saindo do plantão fragilizados e abalados emocionalmente. Os profissionais têm sua formação ainda muito voltada para se alcançar a cura e, quando não conseguem obtê-la, sentem-se fracassados e impotentes (Perboni et al., 2018). Essa despreparação para lidar com a morte e o morrer pode ter potencializado e dificultado ainda mais o enfrentamento da pandemia pelos profissionais de saúde. Desta forma, a pandemia descortinou a fragilidade e vulnerabilidades dos profissionais de saúde, seja em termos pessoais, quanto técnicos, profissionais.

Também foi possível observar que quando os óbitos eram de idosos havia uma melhor aceitação das equipes de saúde atuantes em UTI, diferentemente da postura que apresentavam frente ao adoecimento e óbito de jovens e adultos, identificando-se com os pacientes e familiares, pois o profissional tende a se projetar na morte do outro, reconhecendo sua própria finitude e vulnerabilidade (Perboni et al., 2018). Tal movimento é observado mesmo em períodos não pandêmicos. É claro que durante a pandemia tudo era mais intenso, as mortes eram frequentes, não havia tempo para elaboração, mas atualmente há. Assim, este enfrentamento coletivo observado por profissionais de saúde merece atenção, sendo que o psicólogo pode atuar junto à equipe, sabendo que determinadas situações irão despertar mais emoções, ao passo que o luto, mesmo de idosos gravemente enfermos deve ser reconhecido e acolhido.

O Uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs)

Além dessas novas demandas que surgiram na rotina do psicólogo com relação à equipe, emergiram novos desafios no que tange a assistência às famílias. Antes da pandemia os atendimentos com os familiares em UTI ocorriam presencialmente, à beira leito. Porém, com a suspensão das visitas familiares e conforme as orientações do Conselho Regional de Psicologia (CRP, 2020b), o atendimento remoto deveria ser preconizado. Não era incomum que familiares comparecessem à unidade hospitalar buscando informações sobre o paciente, alguns até sintomáticos ou com diagnóstico de Covid-19. Muitas vezes o nervosismo, a ansiedade e o desespero eram visíveis diante do momento de crise. Assim, estes familiares eram acolhidos e orientados sobre as medidas de segurança e estimulados a manutenção do isolamento, sendo trabalhadas estratégias mais adaptativas de enfrentamento da internação.

A saída encontrada para essa questão era realizar teleatendimento dos familiares dos pacientes para apresentar o Serviço de Psicologia e compreender as dúvidas e questionamentos dos familiares, oportunidade também para psicoeducação sobre a doença e comportamentos esperados. No entanto, cabe ressaltar que para que este trabalho pudesse ser feito, para a inclusão das tecnologias de informação e comunicação (TICs), foi de fundamental importância o apoio institucional e as doações de equipamentos que oportunizaram e favoreceram a comunicação entre equipe-pacientes-familiares. Hoje é impensável na rotina da maioria dos serviços não lançar mão desses recursos. Talvez essa tenha sido a maior herança, o uso das TICs aprimorou a assistência psicológica, aproximou equipe-paciente dos familiares, ampliou as possibilidades em termos de assistência psicológica, qualificando ainda mais a assistência.

O teleatendimento consiste em modalidade de assistência psicológica por chamada de áudio ou chamada de vídeo. O uso desta estratégia tornou possível o acolhimento de angústias e o sofrimento dos familiares, quando o atendimento presencial não era possível ou indicado. Essa estratégia promovia aproximação da família, que se sentia mais participativa e integrada ao processo de hospitalização do paciente. Segundo Pereira (2021) familiares e cuidadores tiveram uma percepção positiva sobre o uso de recursos tecnológicos de comunicação, incluindo o sentimento de acolhimento e gratidão à equipe pela possibilidade de participação no cuidado, o que também propiciou oportunidade de manifestação de apoio, valorização e reconhecimento do trabalho dos profissionais de saúde, colaborando para prevenção de adoecimento psíquico.

Além do apoio psicológico, no contexto de UTI, o boletim médico também era passado todos os dias para os familiares de maneira remota, realidade que infelizmente não era comum a todas as unidades de saúde do DF, especialmente públicas. Uma das demandas para o

psicólogo era dar suporte psicológico aos familiares após a comunicação de más notícias por meio do boletim médico, o que envolvia a realização de intervenção em crise e escuta ativa. Atualmente, essa estratégia permanece sendo utilizada frente à impossibilidade de familiares de comparecerem à UTI, especialmente quando há boa vontade da equipe médica. Conferências familiares também podem ser realizadas virtualmente, especialmente em circunstâncias nas quais por questões laborais ou distância física não é possível unir os familiares fisicamente em um único momento para esclarecimento de dúvidas e abordagem quanto ao plano de cuidados e consciência prognóstica.

Também era comum lidar com dúvidas e com a falta de informação, outra demanda a ser manejada pela equipe de psicologia que, muitas vezes, necessitava mediar a comunicação com a equipe médica. Não era incomum encontrar familiares que não compreendiam o prognóstico do paciente ou apresentavam uma expectativa irreal acerca do quadro clínico do mesmo, o que os predispunha a um luto complicado em caso de óbito, sendo as visitas virtuais muito importantes para favorecer a vivência do luto antecipatório e elaboração do processo. Vale ressaltar que o luto ocorre de diversas maneiras, é um processo complexo e singular, sendo relevante os aspectos individuais, como crenças em relação a morte, a relação da pessoa com o ente querido, a forma como a morte ocorreu e características pessoais de cada um (Dantas et al., 2020).

Assim, neste contexto, a estratégia de humanização desenvolvida para aproximar paciente e rede de apoio, bem como prevenção de luto complicado, em caso de óbito, era a ligação por meio de chamada de vídeo. Durante as visitas virtuais ocorreram momentos emocionantes e ímpares para todas as partes envolvidas, que favoreceram aproximações, despedidas, redução da saudade e angústia, promoção de compreensão. Essa estratégia contribuiu para diminuição da ansiedade e para melhor aceitação de condutas da equipe, favorecendo a vinculação e construção de uma relação de confiança. Em caso de ausência de visitas presenciais a realização de pelo menos uma visita virtual diária por paciente passou a ser obrigatória regulada pela Lei 14.198 de 2 de setembro de 2021 (2021). Hoje, as visitas virtuais fazem parte da rotina da rotina psicológica em UTIs públicas da Secretaria de Saúde do DF, havendo inclusive o Manual de Visitas Virtuais da SES-DF (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [SES-DF], 2022) que orienta tal conduta.

As visitas virtuais precisavam ser planejadas, pois dependiam da rotina assistencial da unidade, sendo contraindicada em caso de pronação (manobra utilizada para combater a hipoxemia nos pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo) ou com quadro de *delirium* (quadro confusional). Também exigia contato com a família para organização com

relação ao horário de participação, da realização de orientações sobre o comportamento esperado durante a visita visando melhor aproveitamento do momento e resguardando a imagem daqueles que estavam ali expostos. Para realização da visita era necessário manifestação de consentimento do responsável pelo paciente, quando o mesmo estava inconsciente. Tais orientações permanecem válidas ainda hoje (SES-DF, 2022).

Outras Estratégias Utilizadas pelo Psicólogo em UTI Covid-19

Suporte Psicológico Pré-intubação

Com maior entendimento a respeito do Covid-19 a equipe começou a programar algumas intervenções, como as intubações, estratégia necessária com frequência na assistência ao paciente crítico. Nesses casos, a equipe de saúde da UTI informava acerca da indicação da intubação orotraqueal e antes desse procedimento era possível realizar atendimento do paciente, acolhendo a angústia e seus medos. Também havia possibilidade de realização de chamada de vídeo com os familiares para comunicação acerca da necessidade do procedimento, sendo que alguns pacientes se despediam da família e usavam este momento para orientá-los acerca dos seus últimos desejos, resolver pendências, caso não sobrevivessem. Em muitos desses casos essa chamada de vídeo foi a despedida, foi a última vez que o paciente e os familiares puderam se ver em vida e puderam expressar seu afeto, ressaltando a importância desta intervenção para prevenção do luto complicado. Essa talvez seja a maior consequência negativa, pois pessoas leigas desenvolveram crenças de que se o paciente for entubado ele morre, que para o paciente ser entubado precisa de consentimento do paciente ou familiar, confusões que emergem atualmente com frequência na assistência psicológica hospitalar.

Delirium

O *delirium* é uma alteração cognitiva, que pode afetar a consciência, atenção, cognição e percepção. Caracterizado por ter o início agudo e pela flutuação da função cognitiva. Trata-se de uma condição geralmente reversível na qual há alteração da capacidade de receber, armazenar, processar e recordar informações. Pode ser consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, causada por uso de drogas mesmo em concentração terapêutica, exposição a toxinas ou a combinação destes fatores (Pessoa & Nacul, 2006).

É importante, dentro do contexto da UTI, detectar e acompanhar os sintomas apresentados. Para isso, algumas medidas não farmacológicas são utilizadas no manejo dos pacientes, como a orientação tempo espacial, a utilização de relógio, janela com luz solar, evitar

uso de contenção mecânica, evitar privação de sono, ruídos na UTI, a utilização de televisão e a presença de familiar (Eberle et al., 2019).

A partir do momento em que o psicólogo se fez presente dentro das UTIs Covid-19 este contribuiu com a equipe na avaliação e abordagem do paciente nos casos de *delirium*. Após desmame dos sedativos era bastante comum desorientação e quadros confusionais. Assim, tal como feito hoje, em sua rotina o psicólogo podia identificar essas alterações de consciência e também atuar com estratégias que poderiam contribuir para sua prevenção e controle: fornecimento de dados de orientação temporal e espacial; oportunizar contato com a família por meio de visita virtual; repassar áudios e vídeos dos familiares; discutir com a equipe médica o manejo farmacológico do quadro.

Despedidas e Óbitos

Para diminuir a taxa de transmissão do coronavírus, o Ministério da Saúde, em março de 2020, emitiu o Manual de manejo do corpo no contexto do coronavírus, com orientações sobre o cuidado e impedindo a exposição do corpo do falecido em velório. Com isso, o ritual de despedida foi suspenso durante esse período, para casos confirmados com menos 21 dias de contaminação (MS, 2020). Essas medidas afetaram a elaboração do luto dos familiares, pois o ritual de despedida auxilia o enlutado a dar sentido e significado para a perda (Kuybida et al., 2021; Saraiva et al., 2024).

Nos casos de óbitos a falta de um ritual de despedida, da realização de uma cerimônia fúnebre e da restrição de contato fizeram com que os familiares apresentassem dificuldades de aceitação, havendo frequente negação; dificuldades na preparação para a morte do familiar; culpabilização por não ter protegido o familiar do adoecimento, dificultando a elaboração do luto (Dantas et al., 2020). Nos dias atuais, quando por algum motivo familiares não conseguem se despedir em caso de óbito outros rituais de despedida alternativos podem ser utilizados, o que foi muito valorizado no período pandêmico, havendo muitas evidências sobre o tema (Aguiar et al., 2025; Freitas et al., 2025; Saraiva et al., 2024).

Após alguns meses de pandemia, com o melhor ajustamento das rotinas assistenciais nas UTIs, com a diminuição da incidência de novos casos no Distrito Federal, passou a ser possível a liberação de visitas pontuais em UTI, em alguns casos específicos, tanto em hospitais da rede pública quanto privada. Cada caso era avaliado primeiramente pelo psicólogo e posteriormente discutido com a equipe multidisciplinar a fim de tomada de decisão e para planejamento da entrada do familiar na unidade. A prioridade, inicialmente, foram os casos mais

graves, se oportunizando a realização de visita de despedida do paciente, casos em que o enfermo se encontrava em fim de vida, em especial, em processo ativo de morte.

Nesses casos, a visita era agendada e antes dos familiares adentrarem ao recinto era realizada psicoeducação em relação às medidas de biossegurança, o funcionamento da UTI e suas regras/rotinas. Eram oferecidos os EPIs para os familiares, sendo os mesmos auxiliados em sua colocação adequada. A visita era acompanhada pelo psicólogo. Neste momento, se realizava intervenção breve e focal, tendo em vista que emergiam, muitas vezes, diversas demandas em relação ao processo de adoecimento e hospitalização em UTI. Havia uma rotina de trabalho, as equipes já estavam mais ajustadas à realidade pandêmica. Tal rotina de possibilitar a visita à pacientes em isolamento respiratório se manteve, havendo hoje menor resistência das equipes em oportunizar este contato, pois a dessensibilização ocorreu na pandemia.

Entretanto, no final do ano de 2020 houve mutação do vírus e a variante de Manaus (Gama) passou a se disseminar no Brasil. O hospital privado passou a receber diversos pacientes do norte do país, que chegavam por meio de UTI aérea, sendo um perfil comum pacientes de classe média e classe média alta. Foi um momento caótico, de agravamento da pandemia, pois se tratava de uma variante mais agressiva. Pessoas jovens e sem comorbidades faleceram, membros da mesma família, e consequentemente muitos atendimentos no momento da comunicação do óbito e pós-óbitos. Geralmente nesses casos, os familiares vinham para Brasília para ficar por um período, morando em algum hotel próximo do hospital e oferecendo suporte ao paciente, ainda que não pudessem acompanhá-los. Foi um período difícil para toda equipe de saúde, que voltou a ficar apreensiva, com medo, ansiedade e preocupações de contaminação durante a assistência, o que foi estressante para aqueles na linha de frente. Ademais, cabe ressaltar que de fato a maioria dos profissionais da UTI tiveram Covid-19 em algum momento potencializando a preocupação e o estresse das equipes. Nos dias de hoje, eventualmente algum profissional ou paciente é positivado para Covid-19, não havendo mais apreensão, já é algo naturalizado, não havendo mais tanto medo frente às evidências científicas atuais.

Para Dantas et al. (2020), foram desafios sem precedentes, casos de múltiplas mortes em uma mesma família foram realidades vivenciadas, com efeitos devastadores em termos de saúde mental. As pessoas tiveram que lidar com perdas múltiplas que envolveram todos os domínios existenciais (saúde física e mental, social, patrimonial/financeiras, afetivas, etc.), o que também gerou uma herança em termos de adoecimento mental (Dal Magro et al., 2025; *Sapien Labs*, 2024).

Estratégias de Humanização

Outras estratégias utilizadas por psicólogos que atuaram em UTIs Covid-19 incluíram: prontuário afetivo; painel de fotos; diário de UTI; estimulação cognitiva e teleatendimento pós-óbito. Todas as estratégias citadas foram agregadas às rotinas assistenciais dos psicólogos atuantes no DF, quando não faziam parte das estratégias já utilizadas, o que aprimorou a atuação e contribuiu para maior humanização do cuidado.

O prontuário afetivo envolveu coletar informações com familiares sobre a biografia do paciente, seus gostos, preferências, sonhos, etc. Tais informações aproximavam a equipe de saúde do paciente, o que parecia ter caráter terapêutico para os familiares que tinham um momento para falar do mesmo, valorizando aspectos positivos e sinalizando interesse da equipe em conhecê-lo melhor. Tal estratégia também contribuía para vinculação com os familiares. Tais informações eram registradas em folha A4, plastificadas e coladas no leito do paciente.

Familiares também eram estimulados a selecionar fotos do paciente para construção de um painel no leito do paciente. As fotos eram protegidas por plástico, o que permitia sua higienização. O processo de seleção das fotos, lembrar dos momentos felizes e marcantes, era positivo para muitos familiares, conforme relato. Ademais, o painel propiciava um estímulo em um ambiente neutro, bem como favorecia a vinculação da equipe com o paciente e a humanização, já que conseguiam ver a pessoa por trás da doença.

O diário de UTI foi uma estratégia usada em alguns casos que permitiu o resgate do período em que o paciente esteve inconsciente, preenchendo uma lacuna em sua história de vida. Consiste em um diário da internação no qual são valorizados os ganhos e evolução do paciente no processo de recuperação. Mensagens de familiares e da equipe também são integradas ao documento, que é entregue à família ou paciente ao final da internação na unidade. Cabe ressaltar que havia atenção às medidas de biossegurança, de maneira a prevenir que os documentos físicos ou fotos, representassem algum risco de contaminação.

A estimulação cognitiva já consistia em colocar áudios ou mostrar vídeos aos pacientes, conscientes ou não, tendo em vista que nem sempre é possível precisar o nível de compreensão do paciente. Não são incomuns relatos de pacientes comatosos que ao regressarem deste estado afirmam ter ouvido ou sentido a presença de determinadas pessoas. Também era esperado que tal ação reduzisse o sentimento de impotência dos familiares que não podiam estar ao lado do paciente, mas que de alguma maneira conseguiam proferir sua fé e manifestar seu afeto. Eram frequentes manifestação de gratidão por parte dos familiares pela oportunidade. Aos familiares era sinalizado o encaminhamento da mensagem com sucesso após passagem dos vídeos ou áudios.

Outra ação por parte de equipes de psicologia foi o suporte psicológico pontual pós-óbito, consistindo em contato após 15 dias a 1 mês após a morte. O objetivo era verificar como estava se dando o processo de luto, buscando-se identificar fatores de risco para o luto complicado, se realizando orientações e encaminhamentos pertinentes, bem como o fechamento do acompanhamento. Tal iniciativa também foi mantida em alguns serviços.

Dificuldades e Desafios Encontrados na Atuação Psicológica em UTI Covid-19

Foram muitos os desafios e as dificuldades enfrentadas pelos psicólogos durante a pandemia de Covid-19. Com base na experiência aqui descrita, cabe citar como um dos principais desafios iniciais a falta de conhecimento sobre a doença e despreparo para lidar com situações de emergência e catástrofes. Não havia precedentes para a situação vivenciada, havendo a necessidade de adaptação, ao passo que as demandas iam surgindo.

No contexto de UTI, o familiar sofre o impacto do adoecimento, lidando com medos, angústias, ansiedades, fantasias sobre a morte e insegurança frente ao contexto de hospitalização. Além disso, o familiar precisa compreender o adoecimento visando a recuperação do ente querido, tendo papéis e responsabilidades dentro desse contexto, adaptando-se com a ausência e perdas (Ferreira & Mendes, 2013).

Na prática do psicólogo hospitalar na UTI a assistência não é somente voltada ao paciente, mas também aos familiares, pois são uma extensão do mesmo, estão envolvidos no processo de hospitalização e devem ser incluídos nos planos de cuidado e nas tomadas de decisão. No período pré-pandêmico se observava avanços no que tange a presença das famílias em UTI, havendo pressão política e institucional para ampliação da presença de familiares em UTIs por meio de visitas estendidas ou livres, avanços que retrocederam com a pandemia, não sendo ainda observado retomada efetiva da proposta, pelo menos nas UTIs públicas do DF.

Assim durante a pandemia essa foi uma dificuldade encontrada, pois os familiares tiveram a entrada proibida ou restringida nas unidades e passaram a receber, com sorte, uma ligação por dia do médico para atualização do quadro clínico do paciente, hora mais esperada do dia pelos familiares. No início, vários deles ainda iam para o hospital em busca de informações, sem compreender o novo funcionamento dos hospitais, mesmo sabendo que não seria possível ver o paciente ou até mesmo serem recebidos pela equipe médica. Sentiam a necessidade de ir ao hospital talvez para se sentir como parte do processo vivenciado pelo paciente, como uma estratégia para reduzir o sentimento de impotência.

A ausência presencial dos familiares foi uma dificuldade encontrada na prática do psicólogo em UTI. As demandas que surgiam em relação a falta de compreensão do processo

de adoecimento e conflitos com a equipe de saúde, foram demandas que não eram possíveis de resolução com uma reunião presencial, tal como feito em momentos pregressos à pandemia. Foi imprescindível criatividade e adaptação ao uso das TICs. Foi necessária a reestruturação de toda rotina de trabalho, sendo uma das principais prioridades o teleatendimento dos familiares.

As demandas de atendimento aos pacientes também mudaram, sendo observada na prática frequente uso de estratégias de enfrentamento focadas na emoção: autculpabilização, culpabilização de terceiros, revolta, raiva, medo, ansiedade e até negação do adoecimento. Do novo contexto emergiram novos conteúdos a serem trabalhados, influenciados pelo momento histórico-político, que exerceu importante influência nos processos de adoecimento. O sentimento de invulnerabilidade e crenças de baixa letalidade da Covid-19 decorrente de crenças religiosas e o posicionamento político levaram a comportamentos de exposição e reações emocionais também peculiares.

Percebeu-se o agravamento dos transtornos mentais devido à crise vivenciada, o que interferiu inclusive na boa adesão ao tratamento da doença. Por exemplo, muitos pacientes apresentavam transtorno de ansiedade e não conseguiam se adaptar com a realização da máscara de ventilação não invasiva, ou tinham piora dos padrões respiratórios, sendo muitas vezes a psicologia acionada para atuar conjuntamente com a fisioterapia para auxiliar no manejo do sintoma. Apesar de realizar atendimento em conjunto nesses casos, priorizando uma intervenção pontual em relação ao manejo de ansiedade, era perceptível como o transtorno psíquico estava prejudicando o paciente, sendo a intubação muitas vezes inevitável.

Uma dificuldade que a psicologia teve, e que já era anterior a pandemia, e se manteve no período pós-pandêmico, foi a sobrecarga de atendimentos. Já era uma realidade o fato de se ter apenas um profissional responsável por numerosos leitos de internação. Porém, com a pandemia e com a necessidade de acompanhamento de muitos casos tal problema ficou ainda mais evidente. Ademais, trabalhar com psicologia no contexto de terapia intensiva remete a demandas complexas e a necessidade de acompanhamento psicológico também intensivo. Essa sobrecarga com certeza foi sentida por todas as áreas ao longo da pandemia, com repercussões como o adoecimento físico e psíquico da equipe e a necessidade de inúmeros afastamentos.

Diferenças de Atuação entre Hospital Público e o Hospital Privado

Existem muitas similaridades e algumas diferenças entre a assistência psicológica hospitalar em UTIs públicas e privadas. Ambos serviços precisaram se ajustar à nova realidade e se reinventar. Tiveram aumento de demandas psicológicas, sendo comuns o sofrimento e dificuldades de enfrentamento da doença e internação.

A principal diferença talvez se deva aos recursos disponíveis e à ambiência. No hospital público para viabilizar as vídeochamadas os psicólogos tiveram que, na maioria das vezes, usar recursos próprios, como celular e tablets, além de internet privada, até que lhes fosse disponibilizado recursos públicos. No hospital privado os recursos necessários para esta adaptação, no que tange a assistência psicológica, foram rapidamente disponibilizados. Também não houve falta ou escassez de EPIs como ocorreu em alguns momentos na rede pública.

Também não havia uma sistematização no que tange às estratégias de humanização, sendo realizadas ações de acordo com a abertura da equipe multiprofissional e autonomia da mesma, independente do status da unidade hospitalar, a exemplo, o uso de celular como recurso de distração (sem chip), comemoração de aniversário com pequeno bolo individual fornecido pela equipe de nutrição, passeio pelo hospital em locais reservados para acesso do paciente à luz solar, visita de animal de estimação e autorização de visitas de familiar que já tivesse Covid-19, vacinado e/ou sem comorbidades mediante uso de EPIs.

Nos casos de atendimento imediato após o óbito, os familiares eram chamados ao hospital e a notícia era dada, preferencialmente, pessoalmente. O médico anunciava o óbito e a equipe de psicologia acompanhava a comunicação para oferecer suporte emocional durante e após a notícia. O Conselho Federal de Psicologia (2020) emitiu uma nota, em maio de 2020, reforçando que a comunicação do óbito não era atribuição da psicologia e sim ato médico, respaldando o papel da psicologia ao suporte aos familiares em momento de comunicação de notícias difíceis e à intervenção em crise.

Ademais, cabe mencionar que havia uma diferença no perfil dos pacientes internados em UTIs públicas e privadas. Devido à elevada demanda, na rede pública os leitos de UTI acabavam sendo ocupados por pacientes críticos com quadros muito graves. Já na rede privada os pacientes muitas vezes já eram internados em UTI mais precocemente, para que pudessem ser monitorados, conscientes e respirando em ar ambiente ou com apenas suporte de oxigênio.

Assim, enquanto no hospital público o suporte era predominantemente à família, no hospital privado já era mais comum o atendimento psicológico ao paciente. Essa realidade se mantém nos dias atuais, o que pode estar associado à disponibilidade de leitos. Pela escassez de leitos, a rede pública de saúde necessita priorizar os casos mais graves. Independentemente das diferenças, é sabido que o psicólogo foi figura essencial na equipe multiprofissional, contribuindo para melhor enfrentamento da internação em UTI, para prevenção de adoecimento psíquico e melhor ajustamento da tríade paciente-equipe-família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do psicólogo da saúde no hospital durante a pandemia foi inovadora, marcante e essencial. No entanto, apesar dos múltiplos desafios e dificuldades vivenciadas, a contribuição técnica e humana com este momento de crise histórica foi sem dúvida gratificante e enriquecedora.

Para além do fator pessoal e profissional, cabe destacar que a psicologia enquanto ciência e profissão cresceu, ganhou espaço, valorização, dando um salto na consolidação do seu espaço, com destaque para a área da saúde/hospitalar/UTI. Mudanças contribuíram para promoção de melhorias na assistência, tal como a inserção das TICs na rotina do psicólogo. Contratações ocorreram, aumentando as oportunidades de atuação na área. Além disso, o aprendizado e a produção de conhecimento na área vêm contribuindo para que os profissionais estejam melhor preparados tecnicamente hoje e no futuro, caso necessitem enfrentar novas situações de catástrofes ou de emergência.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, S. T. de, Furini, A. B., Agrella, G. C., Ramalho, N. B., Carvalho, G. T. B. de, Gallo, J. de M., & Pêrsico, B. F. G. (2025). O terror da ruptura dos rituais fúnebres na pandemia de covid-19. *Analytica: Revista De Psicanálise*, 14(27).
<https://doi.org/10.69751/arp.v14i27.5749>
- Chan, J. F. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, 395, 514-523. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30154-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30154-9/fulltext)
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Resolução CFP Nº 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf

- Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Resolução CFP nº 4/2020, de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020->
- Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. (2020). *Orientações COVID-19*. https://www.crp-01.org.br/page_3915/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20COVID-19
- Dal Magro, M. L. P., Moesch, M. C. da S., Mai, A. J. Z., & Oliveira, D. de L. de. (2025). Saúde mental na Atenção Primária à Saúde no pós-pandemia. *Psicologia e Saúde em Debate*, 11(1), 477–500. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V11A1A29>
- Dantas, C. R., Azevedo, R. C. S., Vieira, L. C., Côrtes, M. T. F., Federmann, A. L. P., Cucco, L. M., Rodrigues, L. R., Domingues, J. F. R., Dantas, J. E., Portella, I. P., & Cassorla, R. M. S. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental*, 23(3), 509-533. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>
- Eberle, C. C., Santos, A. A., Macedo Júnior, L. J. J., & Martins, J. B. (2019). O manejo não farmacológico do delirium sob a ótica de enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1242-1249. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
- Faro, A., Bahiano, M., Nakano, T., Reis, C., Silva, B. & Vitti, L. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos Psicologia Campinas*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Ferreira, P., & Mendes, T. (2013). Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. *Revista da SBPH*, 16(1), 88-112. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582013000100006&lng=pt&tlng=pt

Freitas, L.C., Oliveira, P.R.N., Farias, L.A., Almeida, M.H.M., & Batista, M.P.P. (2025).

Prática de memorialização virtual no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil: rito do velório online. *Ciência & Saúde*

Coletiva. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pratica-de-memorializacao-virtual-no-contexto-da-pandemia-de-covid19-no-brasil-rito-do-velorio-online/19798?id=19798>

Kuybida, W., Klaine, G., & Kurogi, L. (2021). Atuação do psicólogo hospitalar na pandemia de COVID-19: um relato de experiência. *Cadernos de Psicologia*, 2.

<https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/atuacao-do-psicologo-hospitalar-na-pandemia-da-COVID-19-um-relato-de-experiencia/>

Meneses, A. (2020). História Natural da COVID-19 e suas Relações Terapêuticas. *SciELO Preprints*, 1-9.

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/733/1002/1043>

Ministério da Saúde. (2013). Política Nacional de Humanização.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf

Ministério da Saúde. (2020). *Painel Coronavírus*. <https://covid.saude.gov.br/>

Ministério da Saúde. (2025). *Coronavírus Brasil*. <https://covid.saude.gov.br/>

Organização Mundial de Saúde. (2023). *Health topics - Coronavirus disease (COVID-19)*.

https://www.who.int/healthtopics/coronavirus#tab=tab_1

Organização Mundial da Saúde. (2025). *Weekly epidemiological update on COVID-19*. World

Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-COVID-19---11-january-2023>

- Perboni, J. S., Zilli, F., & Griebeler Oliveira, S. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Persona e Bioética*, 22 (2), 288-302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>
- Pereira, E. F. (2021). A pandemia de COVID-19 na UTI. *Horizontes Antropológicos Online* 27(59), 49-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100003>
- Pessoa, R., & Nácul, F. (2006). Delirium em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(2), 190-195. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/3PLtXNyV9mKtfwdfZhFq6Yp/?lang=pt>
- Lei nº 14.198, de 2 de setembro de 2021. *Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares*. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2021/lei/14198.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.198%2C%20DE%20,receber%20visitas%20e%20seus%20familiares
- Sapien Labs. (2024). *The Mental State of the World in 2023*. Global Mind Project. <https://mentalstateoftheworld.report/msw-2023/>
- Saraiva, N. F. de S., Barbosa, G. K. P., Almeida, S. S. de C., & Silva Júnior, P. R. da. (2024). Pandemia da COVID-19, rituais de despedida e atuação dos/as psicólogos/as junto aos/as enlutados/as. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 12(1), 167– 180.
- Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. (2020). *Recomendações aos psicólogos hospitalares frente à pandemia do COVID-19*. <https://sbph.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacao-aos-Psicologos-Hospitalares-frente-a-Pandemia-do-Covid.pdf.pdf>

Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (2022). *Manual de Visitas Virtuais em UTI* [PDF].

Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Recuperado de

[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual_de_Visitas_Virtuais_em_UT](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual_de_Visitas_Virtuais_em_UTI.pdf/d7aa198e-22fa-8868-10be-dfc851accff5?t=1676653112607)

[I.pdf/d7aa198e-22fa-8868-10be-dfc851accff5?t=1676653112607](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual_de_Visitas_Virtuais_em_UTI.pdf/d7aa198e-22fa-8868-10be-dfc851accff5?t=1676653112607)

REALIZAÇÃO:



ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



WWW.SEVENPUBLI.COM

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.