

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR FRENTE ÀS FATORES ESTRESSANTES VIVENCIADOS NA UTI

Amanda Pereira Barbosa Freitas ¹

Angélica Cristina Oliveira Abreu ²

Melissa Batista Côelho ³

Taís Castro Peres ⁴

Isabella Drummond O. Laterza Alves ⁵

Resumo

Nas últimas décadas a psicologia hospitalar tem crescido significativamente constituindo-se em uma especialidade da psicologia, com cursos de especialização em várias áreas da saúde. Seu objetivo é minimizar o sofrimento causado pela hospitalização e o processo de adoecimento e as sequelas emocionais advindas dessa hospitalização. Sabe-se que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área do hospital que diferencia-se dos outros setores em geral, oferecem tratamento específico e intensivo de maior complexidade para o paciente em estado grave. Nesse aspecto, quando uma pessoa é internada, torna-se impotente, incapaz de efetuar ações individuais de necessidades básicas, além da solidão em função do isolamento familiar. Desse modo, o presente trabalho trata-se de um caso clínico, referente ao paciente internado na UTI de um hospital público do interior de Minas Gerais e seus desdobramentos durante o processo de internação. Os estudos e a descrição do caso mostraram realidades enfrentadas pelo paciente internado, em um momento em que ele se vê totalmente debilitado e vulnerável. Os objetivos atingidos pelos atendimentos foram os de auxiliar o paciente em suas dificuldades de aceitação e adaptação aos limites físicos decorrentes do tratamento; impossibilidade de retomar suas atividades rotineiras; temor da morte (luto antecipatório); além de ansiedades relacionadas ao conjunto de “dores” físicas e psíquicas. Conclui-se que a inserção do Psicólogo Hospitalar é de extrema importância. A psicologia hospitalar, através da psicoterapia breve, visa elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação frente a um momento de crise, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de adaptação e enfrentamento frente ao adoecimento. Por fim, o desenvolvimento deste estudo permitiu-nos considerar que uma equipe multiprofissional bem preparada pode ajudar o paciente diante o processo de adoecer, minimizando o sofrimento frente sua internação.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Humanização. UTI. Sofrimento psíquico.

¹ Estudante do Curso de Psicologia do 9º Período da Universidade do Estado de Minas Gerais /Unidade de Ituiutaba. Email: amandasal@live.com

² Estudante do Curso de Psicologia do 9º Período da Universidade do Estado de Minas Gerais /Unidade de Ituiutaba. Email: oangelicacristina@yahoo.com.br

³ Estudante do Curso de Psicologia do 9º Período da Universidade do Estado de Minas Gerais /Unidade de Ituiutaba. Email: melinda-cali@hotmail.com

⁴ Estudante do Curso de Psicologia do 9º Período da Universidade do Estado de Minas Gerais /Unidade de Ituiutaba. Email: taiscs73@live.com

⁵ Docente do Curso de Psicologia da Universidade de Minas Gerais/Unidade de Ituiutaba. Email: isabelladrummond@gmail.com

Abstract

In the last decades the hospital psychology has grown significantly constituting in a specialty of the psychology, with courses of specialization in several areas of the health. Its goal is to minimize the suffering caused by hospitalization and the process of illness and the emotional aftermath of this hospitalization. It is known that the Intensive Care Unit (ICU) is the area of the hospital that differentiates itself from other sectors in general, offering specific and intensive treatment of greater complexity for the patient in a serious condition. In this respect, when a person is hospitalized, he becomes impotent, incapable of carrying out individual actions of basic needs, besides solitude due to family isolation. Thus, the present study is a clinical case, referring to the patient admitted to the ICU of a public hospital in the interior of Minas Gerais and its developments during the hospitalization process. The studies and the description of the case showed realities faced by the hospitalized patient, at a time when he is totally debilitated and vulnerable. The objectives reached were to assist the patient in their difficulties of acceptance and adaptation to the physical limits resulting from the treatment; Unable to resume routine activities; Fear of death (anticipatory mourning); Besides anxieties related to the set of physical and psychic "pains". It is concluded that the insertion of the Hospital Psychologist is extremely important. Hospital psychology, through brief psychotherapy, aims to increase the patient's operational efficiency through a readaptation in the face of a crisis, thus enabling the improvement of coping mechanisms and coping with illness. Finally, the development of this study allowed us to consider that a well-prepared multiprofessional team can help the patient in the process of becoming ill, minimizing the suffering of their hospitalization.

Keywords: Hospital Psychology. Humanization. ICU. Psychic suffering.

Introdução

Nas últimas décadas a psicologia hospitalar tem crescido significativamente constituindo-se em uma especialidade da psicologia, com cursos de especialização em várias áreas da saúde. Nesse ínterim, a atuação do psicólogo no hospital vem dar oportunidade para que seja mostrado o percurso da vida: processos de viver, adoecer e de finitudes.

Assim, o psicólogo hospitalar permite que o paciente tenha uma expressão livre de seus sentimentos, medos, desejos e que tenha, acima de tudo, o poder de decisão do que quer ou não frente ao seu tratamento, proporcionando assim, uma elaboração do processo do adoecimento e colocando-se à disposição do paciente e seus familiares.

Em um ambiente hospitalar, diversos aspectos se fazem necessários para atingir a qualidade na assistência à saúde. Nesse contexto, a prestação de cuidados é fortemente influenciada pelo fator humano e pelas relações que se estabelecem entre profissionais e usuários, além das tecnologias e dispositivos organizacionais disponíveis (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Humanização de Assistência (PNHAH) no ano de 2001, o qual propõe iniciativas a serem adotadas pelas instituições de saúde sejam estas, públicas ou particulares, a fim de qualificarem seus profissionais e oferecer assistência humanizada e qualificada, abordando os mais diversos aspectos que envolve o ser humano (BRASIL, 2001).

A psicologia, como ciência do comportamento, muito tem contribuído para o campo da saúde, o que justifica o surgimento de uma linha clínica específica para o estudo de tal área. Essa tendência se deve ao fato de, ao longo dos últimos anos, ter-se instituído um modelo biopsicossocial, levando em conta não apenas os aspectos físicos e a ausência de doença, mas o ser humano em sua totalidade.

Um dos contextos de atuação do psicólogo é no hospital, cujo objetivo é “minimizar o sofrimento causado pela hospitalização e o processo de adoecimento e as sequelas emocionais advindas dessa hospitalização”. (ANGERAMI, 2004). É papel do psicólogo hospitalar manter uma escuta ativa diante do paciente e de sua dor e oferecer o cuidado necessário para que ele seja amparado nesse momento.

Desse modo, um dos locais mais importantes de atuação do psicólogo hospitalar é na UTI. O presente trabalho traz um estudo de caso de um paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva e seus desdobramentos durante o processo de internação.

1. Fundamentação Teórica:

Sabe-se que a Unidade de Terapia Intensiva é uma unidade do hospital onde estão concentrados os recursos humanos e materiais necessários ao adequado atendimento aos pacientes, cujo estado clínico exige cuidados médicos e de enfermagem constantes, especializados e ininterruptos. Desse modo, o objetivo principal é restabelecer, nestes doentes considerados graves, o funcionamento de um ou vários sistemas orgânicos, gravemente alterados, até que a patologia que motivou a internação seja adequadamente compensada ou até que os parâmetros fisiológicos atinjam níveis aceitáveis. (DI BIAGGI, 2002)

Desse modo, a UTI tem sido caracterizada como um ambiente complexo, decorrente do uso crescente da tecnologia que visa atender melhor o paciente. Sabe-se que o tratamento implantado nesse ambiente é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por uma alta intensidade e complexidade de eventos e situações. Nela, centram-se o máximo de esforços humanos e tecnologias de cuidado, visando o pleno reestabelecimento do indivíduo à sua

condição normal, ou, ao menos a redução do agravo que o conduziu a hospitalização. A UTI é caracterizada como um fruto extraordinário do avanço que as ciências médicas e sua tecnologia atingiram no século XX. (SEBASTIANI, 2010).

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRM-SP), em sua resolução nº 71, de 08 de novembro de 1995, a unidade de terapia intensiva caracteriza-se “como o local dentro do hospital destinado ao atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis” (p.138).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área do hospital que se diferencia de outras unidades de um hospital geral, pois oferece tratamento específico e intensivo para o paciente em estado crítico. (SOUZA, POSSARI e MUGAIAR, 1985, apud PREGNOLATTO, AGOSTINHO, p.139, 2010).

Nesse ínterim, existem critérios para a admissão de pacientes na UTI, tais como: pacientes para os quais a probabilidade de sobrevida sem tratamento intensivo é pequena, porém com o tratamento intensivo é grande; pacientes que não estão gravemente enfermos, mas que possuem um alto risco de se tornarem, porque há a necessidade de cuidados intensivos para prevenir graves complicações ou tratá-las; pacientes com pequena probabilidade de sobrevida apesar dos recursos disponíveis na UTI. (DI BIAGGI, 2002)

Nota-se que, embora o período de internação seja necessário para a recuperação e estabilidade destes pacientes, o ‘estar’ internado em uma UTI pode gerar sentimentos negativos. Para alguns pacientes, o tratamento oferecido na UTI é considerado agressivo e invasivo. Isso ocorre, pois, essa unidade possui rotinas diferenciadas das demais unidades hospitalares, sendo apontadas por alguns autores como rígidas e inflexíveis, uma vez que afastam o paciente do convívio com seus familiares e do seu ambiente.

A UTI é um lugar isolado, separado por uma porta, onde se pode ler: “entrada permitida somente para pessoas autorizadas”. Lá, o tempo torna-se uma incerteza, e, às vezes, nesses locais, não existe nem mesmo relógio para orientar os pacientes. Geralmente está localizado no último andar do hospital geral ou de uma casa de saúde. Os ruídos dos aparelhos utilizados são intensos e irreconhecíveis pelo senso comum. As janelas são fechadas e a luz é artificial. A temperatura é constante, mantida por ar condicionado. No ar, odor de remédio ou desinfetante.

Nesse ambiente o doente torna-se um paciente, uma pessoa resignada aos cuidados médicos, que deve esperar serenamente a melhora de sua doença. Esse paciente perde sua

identidade, transforma-se em número, em um caso clínico, deixa de ser responsável por si mesmo, sua doença e vida. O paciente é vulnerável, submisso e dependente.

Desse modo, isso acaba fazendo com que o paciente sinta-se, mesmo que rodeado pela equipe nas 24 horas do dia, sozinho, pois a ruptura do convívio social e familiar os incomoda, exatamente por se verem sozinhos, em um ambiente desconhecido, sem contato maior com aqueles que, na maioria das vezes, são fontes de apoio em seu dia a dia. (NASCIMENTO, CAETANO, 2003).

O paciente assistido em uma UTI perde seu contato direto com familiares e pessoas próximas, e é destituído, mesmo que temporariamente, da sociedade, de suas atividades e rotinas, tendo que se relacionar com desconhecidos e ficando exposto a situações constrangedoras, a um ambiente diferente e inóspito, deparando-se com outros pacientes, por vezes em condições piores que a sua, além de outros fatores que acabam por gerar medo e angústia e, conseqüentemente, podem provocar-lhe depressão que o expõe a uma maior fragilidade e debilitação de seu estado emocional (BOLELA, JERICÓ, 2006, p.302).

Em alguns casos, esses pacientes ficam impedidos de falar, de se expressar com mais clareza, devido a presença de tubos, aparelhos de ventilação artificial, sedação, coma, dentre outros aspectos, perdendo o poder de controlar o seu próprio corpo quanto aos cuidados diários de higiene, vestimentas, alimentação, movimentação.

Nesse aspecto, quando uma pessoa é internada em uma UTI, torna-se impotente, incapaz de efetuar uma ação para alívio de sua dor, sede, fome, movimentos como andar, mover-se na cama, falar e até mesmo respirar. Além das limitações das atividades, perda da autonomia e a privação da liberdade causados pelo processo de adoecimento.

Angerami (1994) coloca que os fatores psicológicos devem ser observados durante o período de internação, tais como: agitação, depressão, anorexia, insônia e perda do discernimento. A *agitação* refere-se ao reflexo orgânico somado à ansiedade, aumento da pressão arterial, dificuldades circulatórias e baixa resistência à dor. Isso pode dificultar até mesmo a absorção de alguns medicamentos; a *depressão* é a instância final do quadro psíquico evolutivo do enfermo, onde seus mecanismos de defesa, como a negação, racionalização e a projeção veem-se falidos, apresentando uma apatia à vida e à persistência de fantasias mórbidas, muitas vezes, evoluindo a morte; Na fase da *anorexia*, tudo é visto de maneira negativa: a cama é ruim, há reclamações da comida.; o paciente se vê também com *insônia*, com muita dificuldade para dormir, pois o sono pode estar associado à morte e à *perda do discernimento*, de perder-se da realidade, de si mesmo.

Na profusão de sentimentos confusos e depressivos vivenciado pelo paciente em função do seu estado crítico ou agravado, ele se depara com a proximidade de finitude e pode vivenciar uma crise existencial, que arremete a busca do seu autoconhecimento e revisão da trajetória de vida.

2. Objetivo:

O presente artigo aborda, em linhas gerais, uma série de considerações sobre o histórico e avanço dessa área de atenção à saúde humana, e busca estabelecer interface entre a visão biopsicossocial da pessoa internada na UTI e a importância da atenção integral a esta em um momento tão crítico de sua existência. Por fim, o trabalho traz um estudo de caso de um paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva e seus desdobramentos durante o processo de internação.

3. Metodologia:

O presente trabalho foi realizado na UTI de um hospital no interior do estado de Minas Gerais, como parte das atividades do Estágio Obrigatório em Psicologia Hospitalar, tendo como proposta trazer um estudo de caso (relato de experiência), a partir das vivências do psicólogo inserido no hospital.

A metodologia adotada seguiu com as orientações técnicas advindas da supervisão em Psicologia Hospitalar. Os recursos metodológicos utilizados no estágio partiram da demanda de tempo ou disponibilidade dos mesmos. Ao paciente foi trabalhado o acolhimento, a vinculação, a escuta e a intervenção psicológica, como instrumentos do processo psicoterapêutico. O paciente a ser relatado na referida experiência de estágio encontra-se sob sigilo, tendo, portanto, seu nome e dados pessoais alterados para sua maior segurança e ética para com o mesmo. A identidade utilizada trata-se de um nome fictício, permanecendo somente seu gênero, idade e quadro clínico. Portanto, o método adotado na presente pesquisa, será pesquisa exploratória, pois este tipo de pesquisa, tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007). Essas pesquisas podem ser classificadas como: pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2007).

Foram utilizados relatos das sessões dos atendimentos psicológicos com o paciente. Além disso, foram utilizados dados e informações do prontuário médico (diagnóstico, história natural da doença, prognóstico, propostas terapêuticas).

3.1 Análise dos dados

A análise do conteúdo se deu através de estudos de caso. Subsidiaram as análises e interpretação dos dados as contribuições advindas da Psicanálise e Psicologia da Saúde. Após os relatos das sessões todo o conteúdo referente de cada estudo de caso foi analisado minuciosamente.

3.2 Intervenções Psicológicas

As intervenções psicológicas realizadas no ambiente hospitalar são diferentes do processo psicoterápico padrão, em que há um *setting* terapêutico definido, com durações da sessão, bem com as peculiaridades do contrato entre paciente-terapeuta. No hospital, não há um *setting* terapêutico tão definido e preciso, os atendimentos psicológicos são realizados nas enfermarias, beira do leito, na UTI, e muitas vezes, são interrompidos por enfermeiros para aplicações de injeções, prescrições de medicamentos, ou pelo serviço de limpeza ou alimentação. Dessa forma, o atendimento terá que ser efetuado levando em conta todas essas variáveis. (ANGERAMI,1994).

4. Resultados e Discussão

4.1 Descrição do caso Clínico:

Relata-se aqui o caso de M. K. L, paciente do sexo masculino, 41 anos de idade, casado, tendo dois enteados, residente do interior do estado de Minas Gerais, internado em um hospital público da cidade de Ituiutaba-MG, apresentando diagnóstico clínico de: septicemia, necessitando de intervenção cirúrgica: apendicectomia e laparotomia exploratória.

Durante a internação (período de 45 dias) foi atendido pelo Serviço de Psicologia Hospitalar, sendo realizados, aproximadamente, 10 atendimentos na UTI.

No primeiro atendimento, o paciente encontrava-se receptivo ao atendimento do serviço de psicologia hospitalar, bastante ansioso e com muita dificuldade para adentrar aos

conteúdos emocionais. No decorrer dos atendimentos, foi possível identificar: frágil relação com o recém-diagnóstico de adoecimento, com um discurso raso, vivenciando um intenso processo de negação (mecanismo de defesa muito comum diante de um adoecimento abrupto), além de falso conformismo. Clinicamente o paciente apresentava grave infecção, apesar de se manter estável, apresentava ainda risco de morte.

Durante a hospitalização, necessitou, algumas vezes, realizar um procedimento cirúrgico para assepsia de sua cirurgia, com difícil cicatrização. Nos dias em que necessitava realizar esse procedimento, mostrava-se pouco contatante e pouco receptivo, recusando o atendimento psicológico.

Durante um dos atendimentos, o paciente relatou a psicóloga que tinha um grande desejo de ler a bíblia, hábito presente em seu dia a dia, por ser da religião evangélica. Por estar na UTI, a família e a equipe não achavam conveniente que o paciente ficasse com sua bíblia no leito, pelo risco de contaminação. Desse modo, a terapeuta utilizou desse instrumento para que pudesse acessar os conteúdos mais profundos do paciente.

Percebeu-se que, no momento em que a profissional ofereceu a leitura de uma palavra em seu tablet, escolhida pelo próprio paciente, criou-se um vínculo terapêutico importante e M. K. L. começou acessar sentimentos mais profundos frente ao processo de hospitalização e adoecimento. Após a leitura, o paciente conseguiu verbalizar algumas questões: “disse que sentia muita raiva, como se Deus não estivesse ouvindo suas orações; antes da cirurgia chorei, devido a dor, pensei que fosse melhor morrer”

Nesse momento, a terapeuta pediu para que descrevesse o que estava sentindo, e ele relatou que: “estou sentindo como se tivesse perdido um ente querido (na verdade a perda de si mesmo); sinto que já não estou nem aí em ficar pelado na frente dos outros...” Relatava que devido a cirurgia, estava há dois dias sem banho, sem escovar os dentes e em jejum. Iniciou-se nessa fase, um processo de despersonalização, tão comum durante a internação. O paciente sentia-se invadido, perdido, longe de todas as suas referências.

Após esse atendimento, o paciente conseguiu pouco a pouco verbalizar sobre sua raiva, sobre os momentos difíceis no hospital (oscilação entre períodos de aceitação e revolta); luto pela perda da saúde, ressignificações frente sua vida. Durante toda internação, do ponto de vista psíquico, M. K. L. evoluiu consideravelmente, conseguindo acessar conteúdos latentes de sua história de vida e elaboração de alguns aspectos frente ao processo de adoecimento.

4. 2 Discussão

Observa-se, frente ao caso exposto, que as características intrínsecas da UTI, como a rotina de atendimento mais acelerada, o clima constante de apreensão e as situações de morte iminente, acabam por exacerbar o estado de estresse e tensão do paciente. Esses aspectos adicionados à singularidade do sofrimento da pessoa internada - dor, medo, ansiedade e isolamento do mundo - trazem fatores psicológicos que interagem, muitas vezes de maneira grave na manifestação orgânica de sua doença (SEBASTIANI, 1984 APUD GUIRARDELLO et al., 1999).

O estresse entre os pacientes internados em UTI ocorre, pois durante a hospitalização a pessoa doente sente-se mais carente, frágil e insegura. Estar distantes dos familiares, de sua casa e de suas “coisas” deixa-os sem referencia afetiva, e os faz sentirem-se sozinhos, desprotegidos e a mercê de qualquer mal. Por este motivo, a UTI, é considerada um ambiente estranho, com o qual não tem familiaridade e que se apresenta repleto de mistérios (SEVERO, PERLINI, 2005).

Compreender como o paciente se percebe ao estar internado na terapia intensiva possibilita ao profissional uma postura mais empática e contribui para que possa se planejar e dispensar uma assistência mais individualizada e humanizada, integrando aspectos técnicos aos interpessoais e concebendo neste último também uma forma de cuidado, de recurso terapêutico (SEVERO, PERLINI, 2005).

Para minimizar estes aspectos, é necessário que o paciente seja respeitado e atendido em algumas de suas necessidades e direitos, como individualidade, privacidade, presença da família e de profissionais que o acolham e o façam sentir o mais confortável possível, respeitando suas crenças, culturas e opiniões acerca de seu tratamento, e esclareçam suas dúvidas (BOLELA, JERICÓ, 2006).

Para tanto, é preciso que os profissionais que atuam em UTIs, busquem conhecer os anseios e necessidades de seus clientes, para que assim o cuidado seja realizado de forma integral.

É preciso ainda, que o profissional esteja atento as suas crenças e percepções, pois o que para a equipe é normal, familiar e cotidiano, para o paciente pode ser um universo desconhecido, ocasionando insegurança. Estudiosos do assunto acreditam que a identificação das necessidades do paciente, assim como de suas expectativas em relação ao cuidado facilitarão o trabalho da equipe e minimizarão reações como medo, angústia, insegurança e rejeição à internação (RIBEIRO, SILVA, MIRANDA, 2005).

Para Bitencourt et al., (2007) durante a assistência ao paciente é preciso que se mantenha o controle da dor e da ansiedade, bem como, estabelecer medidas que possibilitem a

melhora da qualidade do sono, respeito a privacidade, explicações sobre a doença por meio de uma linguagem acessível conforto e apoio emocional.

Colaborando com as afirmações acima Moreira e Castro (2006, p.80) afirmam que: É importante e necessário que a equipe forneça informações simples, claras e objetivas, no alcance de cada paciente, o que se torna suficiente para amenizar os transtornos existentes. Aquilo que ocasionalmente pode representar algo simples para a equipe poderá por ventura significar algo complexo e aterrorizante para o paciente. Acredita-se, portanto, que os pacientes precisam ser percebidos não somente como seres submetidos aos cuidados de enfermagem, mas também é preciso perceber suas necessidades, conflitos e expectativas.

Compreender como o paciente se percebe ao estar internado na terapia intensiva possibilita ao profissional uma postura mais empática e contribui para que possa se planejar e dispensar uma assistência mais individualizada e humanizada, integrando aspectos técnicos aos interpessoais e concebendo neste último também uma forma de cuidado, de recurso terapêutico (SEVERO, PERLINI, 2005).

Por fim, as publicações sobre o tema (RIBEIRO, SILVA, MIRANDA, 2005) apontam que os estressores vivenciados pelos pacientes poderiam ser minimizados com uma equipe multiprofissional mais preparada e alerta às falhas contidas no setor, não só preocupada com os aspectos técnicos em si, mas sensível as necessidades integrais de seu paciente.

5. Considerações Finais

A realização deste estudo permitiu-nos observar que as Unidades de Terapia Intensiva possuem características diferenciadas dos demais setores hospitalares por estarem estruturadas com equipamentos de tecnologia avançada e ter por objetivos atender os pacientes críticos e, em alguns casos com risco de morte.

Observou-se que toda esta tecnologia, tão necessária na UTI, quando associada às condições de saúde destes pacientes podem ocasionar aos mesmos, estresse físico e mental, o que, por sua vez, pode influenciar no processo de recuperação destes pacientes.

Entre os principais estressores, presentes na UTI, destacam-se: a privação do sono, a solidão, o medo e a ansiedade, a submissão aos profissionais de saúde, a aflição de familiares, a despersonalização, a insegurança, poluição sonora, a dor, a ansiedade e a desinformação em relação à própria doença, as rotinas do setor e os procedimentos que serão realizados. Todos esses fatores acarretam ansiedade e agonia aos pacientes.

A psicologia hospitalar, através da psicoterapia breve, visa elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação frente a um momento de crise, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de adaptação e enfrentamento frente ao adoecimento.

Por fim, o desenvolvimento deste estudo permitiu-nos considerar que uma equipe multiprofissional bem preparada pode ajudar o paciente diante o processo de adoecer, minimizando o sofrimento frente sua internação.

Referências

- ANGERAMI-CAMON, W. A. (org.), **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.
- BITENCOURT, A.G.V. et al. **Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v.19, n.1, p.53-59, 2007.
- BOLELA, F., JERICÓ, M.C. **Unidades de Terapia Intensiva: considerações acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v.10, n.2, p. 301-308, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).
- DI BIAGGI, T. M. **Relação Médico-família em UTI: a visão do médico intensivista**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.
- GUIRARDELLO, E.B. et al. **A percepção do paciente sobre sua permanência em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. Esc. Enf. USP, v.33, n.2, p.123-9, jun. 1999.
- MOREIRA, L.M., MARIA, E.C. **Percepção dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva frente à internação**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 7, n. 1, p. 75-83, 2006.
- PREGNOLATTO, A. P. F. AGOSTINHO, V. B. M. **O psicólogo na unidade de terapia intensiva– adulto**. In: BAPTISTA, Makilim N. Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- RIBEIRO, C.G. et al. **O paciente crítico em uma Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão da literatura**. REME – Revista Mineira de Enfermagem, v.9, n.4, p.371-377, 2005.
- RODRIGUES, K. R. B. **A atuação do psicólogo hospitalar na unidade de terapia intensiva**. Disponível em: <<http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/ART3.pdf>>. Acesso em 04 de set de 2016.

SANTOS, S. J. do. et al. **A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva (uti).** Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/viewFile/461/195>>. Acesso em 04 de set de 2016.

SEVERO, G.C., GIRARDON-PERLINI, N.M. **Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes.** Scientia Médica, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2005.

SILVA, A. M. da. SÁ, M. de. C. MIRANDA, L. **Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.840-852, 2013.

SILVEIRA, R.S. et al. **Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005; 14(Esp.):125-30. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a15v14nspe.pdf>> Acesso em: 04 de set 2016.