**A importância do atendimento realizado pelo profissional psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva - UTI**

**Rejarley Vieira de Lima¹**

**Ana Luzia Sabino Braz²**

**Pompilio Arlindo Sousa Guimarães³**

**Geórgia Maria Melo Feijão**

**RESUMO**

A Unidade de Terapia Intensiva-UTI é um ambiente hospitalar diferenciado dos demais espaços do hospital, que visa à manutenção da vida e recuperação da saúde de pessoas que necessitam de um acompanhamento mais intensivo do seu estado de doença. Objetivou-se com esse estudo, Conhecer a importância do profissional psicólogo como ferramenta para um serviço hospitalar de saúde, além identificar qual o papel do psicólogo em um ambiente hospitalar e perceber como é desenvolvida a prática do profissional psicólogo em uma Unidade de Terapia Intensiva, Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Baseia-se em uma vivencia realizada durante o estágio supervisionado do curso de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Sobral/Ce. Durante o estágio foram realizadas atividades como: entrevista inicial, consulta ao paciente, consulta ao familiar/acompanhante, acompanhamento de procedimentos, comunicação de diagnóstico com a equipe, interconsulta, discussão de caso com a equipe do setor. Obtivemos resultados significativos na medida em que eram realizados os atendimentos em psicologia, pois tanto pacientes como familiares, que traziam estigmas acerca do adoecimento e da hospitalização, puderam elaborar outros sentidos e significados para tais realidades vivenciadas em contexto hospitalar. Foi possível perceber que a equipe ainda tem sua pratica voltada para salvar vidas e essa realidade institucional e ética, pode proporcionar o “afastamento equipe-paciente” de forma a criar uma lacuna e atividade pautada no mecanicismo. Nesse sentido, a atuação realizada pelo profissional psicólogo voltada para familiares e pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI é de suma importância para que os sujeitos envolvidos possam sentir-se acolhidos e participantes ativos do processo de reestabelecimento da saúde de seu ente.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva; Psicologia; Humanização da Assistência Hospitalar.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¹ Acadêmico do Curso de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão – Sobral/CE. E-mail: rejarley\_vieiralima@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão – Sobral/CE

³Acadêmico do Curso de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão – Sobral/CE

4Psicóloga Supervisora do Estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar da FaculdadeLuciano Feijão – FLF – Sobral/CE. E-mail: georgiafeijao@hotmail.com

**INTRODUÇÃO**

A Unidade de Terapia Intensiva-UTI é um ambiente hospitalar diferenciado dos demais espaços do hospital, que visa à manutenção da vida e recuperação da saúde de pessoas que necessitam de um acompanhamento mais intensivo do seu estado de doença. As pessoas que se internam em UTI são em geral enfermos com estado de saúde muito grave, dependentes e sentem-se impotentes, sem controle sobre suas vidas e sem autonomia sobre seus corpos.

Para Oliveira (2006), a UTI é uma unidade que concentra recursos tecnológicos e humanos especializados para o atendimento de pacientes críticos.

Para esses pacientes, a internação na UTI é um momento em que é, compulsoriamente ou não, afastado do contato dos seus familiares e adentra um espaço estranho, onde os recursos tecnológicos estão presentes de forma acintosa. Através de equipamentos específicos, o cotidiano da equipe da UTI tem a maior parte do seu tempo reservado para o desenvolvimento de técnicas (tecnologia dura) e cognitivas (tecnologia leve-dura) e menos ainda para a utilização das tecnologias das relações (tecnologia leve), como o acolhimento, com o paciente e menos ainda com a família. Para os familiares é um momento de extrema angústia, pelo afastamento progressivo do seu ente querido, para um espaço também desconhecido, que tem uma representação de profunda ambivalência.

A respeito das tecnologias, Coelho e Jorge (2009), ressaltam:

As tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

Por um lado, a pessoa que adentra aquele espaço, ali chega “porque está muito mal”; por outro lado, ali estão os últimos ou únicos recursos com os quais ele pode contar para sua recuperação e ali reside a sua última esperança, ao mesmo tempo. O afastamento progressivo, a redução do contato físico, visual, verbal tem um efeito importante na vida do conjunto paciente-família/amigos/contexto sócio familiar.

Neste contexto de incertezas, de angústias, de isolamento, de ruptura de laços entre enfermo e família e de extrema vulnerabilidade é que se faz necessária a atenção da equipe multiprofissional da UTI, trabalhando em rede para reduzir os danos inerentes à situação peculiar e garantir uma atenção humanizada de qualidade.

O profissional psicólogo surge no sentido de dar a esse enfermos e também a seus familiares uma condição mais humanizada do serviço de saúde hospitalar, ele vem como um sujeito passivo, quando se propõe a ouvir o paciente e seus familiares, e como um sujeito ativo, quando repassa a estes alguma informação que possa trazer conforto.

**OBJETIVO**

**OBJETIVO GERAL**

Conhecer a importância do profissional psicólogo como ferramenta para um serviço hospitalar de saúde, que vise o reestabelecimento psíquico.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar qual o papel do psicólogo em um ambiente hospitalar

Perceber como é desenvolvida a prática do profissional psicólogo em uma Unidade de Terapia Intensiva

**O PAPEL DO PSICÓLOGO EM UM AMBIENTE HOSPITALAR**

Somente a partir do final do século XX, no Brasil, mais precisamente a partir da década de 60, o profissional psiquiatra e depois o psicólogo tem suas atividades incluídas e ou somadas às práticas médicas, possibilitando um trabalho relacionado a problemas no funcionamento saudável dos organismos humanos, graças ao movimento psicossomático. Entretanto por ser uma prática nova, assim como toda a psicologia no Brasil, essa prática ainda está em construção.

Embora se evidencie um aumento da demanda de consultas psicológicas em hospitais, poucos são os profissionais contratados. No entanto, a necessidade desse profissional é evidenciada, uma vez que apresenta resultados eficazes comprovadamente, principalmente no quadro do paciente e no funcionamento saudável desses organismos, desse modo, tem-se a preocupação de tornar a psicologia em uma prática reconhecida, aceita e mais consistente.

Uma grande dificuldade no início da psicologia no contato hospitalar foi a grande dependência pela prática da psicologia clássica, tendo em foco o aparelho psíquico, apesar das demandas dos pacientes estarem ligadas ao funcionamento biológico. Outra dificuldade deu-se por meio de uma prática psicológica, apoiado somente em teoria e não em dados empíricos, tornando-se assim, incompatível coma prática da medicina, ocasionado assim, uma pequena preocupa ao profissional psicólogo e o colocando em um papel secundário nas hierarquias hospitalares.

Diante de tais dificuldades, a psicologia necessita ter sua prática pautada em ações claras, objetivas e precisas, ou seja, é necessário buscar compreender como de fato se dá o manejo clínico nos hospitais desde a identificação de um problema clínico nos hospitais desde a identificação de um problema clínico até realização de cirurgias, para que daí possa haver uma melhor e mais ampla visão da relação profissional – paciente.

De fato, para o psicólogo que optar pela área hospitalar, necessita ter em mente que o modelo clínico tradicional pode não ter o resultado esperado e pior ainda, pode ocorrer um rompimento com o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar. O profissional pode até ter bons resultados, mas sentirá a necessidade de rever seu *“modus operandi”*, ou seja, necessitará ter uma prática compatível como modelo biológico aplicado ao ambiente hospitalar, como: identificar qual a possível demanda clinica, propor uma avaliação desta demanda, propor uma sistematização para solucionar esta demanda, intervir na busca da solução desta demanda e avaliar os resultados desta intervenção. De acordo com o autor a análise do comportamento tem uma aproximação com tal realidade por ter condutas determinadas por metodologia científica.

O próprio ambiente hospitalar apresenta determinadas características que podem configurar no paciente mudanças comportamentais e sensações desagradáveis como dor, medo, ansiedade, solidão, entre outros. Algumas outras circunstâncias também pode influenciar positiva ou negativamente, como: a própria adesão ao tratamento por parte do paciente ou dos familiares, a prevenção e as possíveis recaídas e o que o paciente pode fazer a partir do momento que possa ter ciência de sua doença.

Uma necessidade se torna evidente, que seria o diálogo e um bom relacionamento com profissionais de outras áreas. O psicólogo que atua na área hospitalar necessita ter um maior controle de realidade encontrada neste ambiente por estar sempre lidando diretamente com a vida e a morte, com enfermidades, doenças, com esgotamento físico, com frustação, a com angústia, etc.

**A IMPORTÂNCIA DE UM TRATAMENTO QUALIFICADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Atualmente estamos vivenciando no cotidiano hospitalar vertiginoso desenvolvimento tecnológico de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Esses avanços tecnológicos vêm contribuindo para a melhoria da assistência, com ênfase nas unidades críticas, particularmente nos serviços de terapia intensiva.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é tida como um local onde se presta assistência qualificada especializada, independentemente de os mecanismos tecnológicos utilizados serem cada vez mais avançados, capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente em estado crítico. Esse setor é constituído de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

A qualidade de vida tem sido estudada em seus múltiplos aspectos. Assim, ao fazermos uso do termo qualidade de vida, este implica um processo de avaliação de como se vive, e, consequentemente, do contexto em que se processa este viver e dos seus componentes, sob a ótica do usuário dos nossos serviços (cliente, família e comunidade) e sob a nossa ótica profissional, permeada pelos significados atribuídos coletivamente no tempo e no espaço. Pode ser considerado, também, um indicador competente do resultado dos serviços de saúde prestados ao cliente, principalmente por ser determinado pelo processo da doença ou agravo em si, como pelos procedimentos utilizados para o seu tratamento.

Resgatar a humanidade nas UTIs talvez seja voltar a refletir, sempre mais conscientemente, sobre o que é o ser humano. A UTI precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, mas os profissionais desta unidade jamais devem esquecer que a máquina não substituirá a essência humana.

Acreditamos que a humanização deva caminhar cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do sistema clínico de saúde. Como política ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde (MOTA, MERTINS E VÉRAS, 2006)

Na literatura, o cuidado tem sido abordado como ontológico, epistemológico, ético, como uma metodologia de investigação, uma prática organizacional. As definições do cuidado têm abrangido tanto a concreta função do "*fazer",*as formas de conhecimento e de investigação, como as formas de "*ser"*. Elas têm sido ligadas ao contexto transcultural, com uma abordagem feminista em direção ao conhecimento e desenvolvimento de novas formas de consciência. O reconhecimento da importância do cuidado reflete-se no oferecimento de uma assistência com qualidade, isto é, atender perfeitamente, de forma confiável, segura e no tempo certo às necessidades do cliente.

O conceito de vida na literatura sugere uma luta constante para vencer o abismo entre saber o que fazer e fazê-lo de fato. Humanizar na UTI é voltarmos a refletir sobre o ser humano, começando pela própria vida dos nossos parceiros, da nossa equipe e, consequentemente, dos nossos pacientes.

Para Costa, Figueiredo e Schaurich (2009):

A humanização tem se constituído em uma temática central na atualidade, configurando um dos elementos que podem permitir o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente e a sua família.

Não resta dúvida de que, apesar de todo esforço despendido pelos membros da equipe para humanizar a UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda, às vezes, atitude individual em relação a um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI muitas vezes impede momentos de reflexão sobre a devida orientação dos profissionais aí atuantes. Para a melhoriada assistência em UTI, é necessário, sobretudo, nela se abrir espaço para discussão sobre a morte e o morrer.

Qualificar não é técnica ou artifício, mas, sim, um processo vivencial a permear toda atividade dos profissionais no intuito de realizar e oferecer o melhor tratamento ao ser humano, dentro das circunstâncias peculiares vividas em cada momento do hospital.

Nos últimos tempos, a qualificação em Unidade de Terapia Intensiva tem sido um assunto bastante abordado, em decorrência da constante preocupação dos profissionais da saúde em oferecer uma assistência de qualidade. Com esta finalidade, propõem como foco central o atendimento das necessidades individuais dos pacientes, fortalecido pelo contato mais próximo com familiares, os quais acredita-se, podem influenciar decisivamente no processo de cura e reabilitação.

Como estratégia válida e desejável, a qualificação possui nova tendência de sinalizar as sensações e impressões subjetivas dos profissionais que atuam nas UTIs, qual seja, a excelência técnica, isoladamente, embora necessária, não é suficiente para alcançar a recuperação do paciente crítico em sua plenitude biopsicossocial. Assim, calor humano, privacidade e individualidade, respeito ao pudor das pessoas, preservação do conforto e bem-estar físico e mental, proximidade entre pacientes e familiares, possibilidade de acesso às informações, de ser ouvido e sentir-se participante do esquema terapêutico proposto são alguns dos elementos que se fundem para atenuar o ambiente inóspito das UTIs tradicionais.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Segundo Marconi e Lakatos (2010), na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Gil (2011) acrescenta nesta perspectiva que a pesquisa exploratória possui um planejamento bastante flexível e proporciona maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito e sem a preocupação de identificar uma série de fatores que irão determinar e contribuir para a ocorrência de um fenômeno.

A abordagem qualitativa se insere nesta pesquisa por propiciar uma compreensão mais abrangente da história, das representações, das crenças e relações dos participantes envolvidos no estudo. O campo da saúde é uma realidade complexa, que demanda diferentes conhecimentos e uma abordagem dialética, que compreende para transformar (MINAYO, 2010).

Este trabalho baseia-se em uma vivencia realizada durante o estágio supervisionado do curso de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Sobral/Ce.

Fundada em 25 de maio de 1925 pelo bispo dom José Tupinambá da Frota, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, na região norte do Ceará, é uma instituição de vanguarda. Atualmente é Hospital de referência para uma população de cerca de 1,6 milhão de habitantes, compreendendo mais de 55 municípios da região. Dirigida na atualidade pelo Pe. Francisco Júnior Melo, a Santa Casa é Hospital filantrópico e de caráter regional, com 92% de sua área instalada a serviço do Sistema Único de Saúde- SUS. O Hospital está localizado no coração da região norte do Ceará, sendo um patrimônio histórico desta cidade (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SOBRAL-CE, 2016).

É Hospital de Ensino certificado pelo MS/MEC, através da portaria interministerial 2576 de 10/10/2007, conveniado com as Faculdades de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Medicina e Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Já em andamento convênio com as Faculdades de Odontologia e Nutrição da Universidade Federal do Ceará instaladas recentemente em Sobral (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SOBRAL-CE, 2016).

Tendo como provedora a Cúria Diocesana, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral sempre caminhou sem perder seu objetivo de prestar atendimento aos mais necessitados, seguindo os princípios da Igreja que prega a solidariedade e a igualdade, ultrapassando os seus limites regionais, atendendo pacientes de diversas partes do Ceará, Piauí e Maranhão (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SOBRAL-CE, 2016).

**RESULTADO E DISCUSSÃO**

O Estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar ocorreu durante o período de Abril a Junho do ano de 2016, na UTI Adulto da Santa Casa de Misericórdia do município de Sobral – CE, sob orientação da supervisora e da preceptora da disciplina de Estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar.

Durante o estágio foram realizadas atividades como: entrevista inicial, consulta ao paciente, consulta ao familiar/acompanhante, acompanhamento de procedimentos, comunicação de diagnóstico com a equipe, interconsulta, discussão de caso com a equipe do setor.

Obtivemos resultados significativos na medida em que eram realizados os atendimentos em psicologia, pois tanto pacientes como familiares, que traziam estigmas acerca do adoecimento e da hospitalização, puderam elaborar outros sentidos e significados para tais realidades vivenciadas em contexto hospitalar. Foi possível perceber que a equipe ainda tem sua pratica voltada para salvar vidas e essa realidade institucional e ética, pode proporcionar o “afastamento equipe-paciente” de forma a criar uma lacuna e atividade pautada no mecanicismo. Para tal realidade é de suma importância a inserção do psicólogo para trabalhar essas questões, bem como, propiciar e garantir um atendimento humanizado aos pacientes internado em contexto hospitalar.

Embora se evidencie um aumento da demanda de consultas psicológicas em hospitais, poucos são os profissionais contratados. No entanto, a necessidade desse profissional é evidenciada, uma vez que apresenta resultados eficazes comprovadamente, principalmente no quadro do paciente e no funcionamento saudável desses organismos, desse modo, tem-se a preocupação de tornar a psicologia em uma prática reconhecida, aceita e mais consistente.

Diante de tais dificuldades, a psicologia necessita ter sua prática pautada em ações claras, objetivas e precisas, ou seja, é necessário buscar compreender como de fato se dá o manejo clínico nos hospitais desde a identificação de um problema clínico nos hospitais desde a identificação de um problema clínico até realização de cirurgias, para que daí possa haver uma melhor e mais ampla visão da relação profissional – paciente.

Não resta dúvida de que, apesar de todo esforço despendido pelos membros da equipe para dar qualidadeà UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda, às vezes, atitude individual em relação a um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI muitas vezes impede momentos de reflexão sobre a devida orientação dos profissionais aí atuantes. Para humanizar a assistência em UTI, é necessário, sobretudo, nela se abrir espaço para discussão sobre a morte e o morrer.

**CONCLUSÃO**

Através da realização deste trabalho, realizado em contexto hospitalar,percebeu-se que é possível fazer psicologia clinica em qualquer ambiente, mesmo que este tenha um *setting* diferente do tradicional, e garantir que o paciente, familiar e equipe possam ser assistidos e terem, na medida do possível seu sofrimento aliviado.

Nesse sentido, a atuação realizada pelo profissional psicólogo voltada para familiares e pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI é de suma importância para que os sujeitos envolvidos possam sentir-se acolhidos e participantes ativos do processo de reestabelecimento da saúde de seu ente.

Percebeu-se que a psicologia tem muito para contribuir dentro do contexto hospitalar, pois, mesmo que seja uma necessidade biológica que traz o paciente até o hospital, esta mesma necessidade somada a outros fatores, podem ocasionar um sofrimento psíquico por tal contexto de crise e rompimento objetal. Assim, a psicologia atua de modo a proporcionar um reestabelecimento psíquico independente do lugar, setor ou instituição que ela esteja a servir.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575- 586, 2012.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.**Ciênc. saúde coletiva**,  Rio de Janeiro ,  v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, Oct.  2009.

COSTA, S. C., FIGUEIREDO, M. R. B., SCHAURICH, Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *13*(1), 571-580. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARCONI, M. A. de. LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo-SP: Hucitec, 2010.

MOTA, R. A., MARTINS, C. D. M., & VÉRAS, R. M.. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, *11*(2), 323-330. 2006..

OLIVEIRA L. M. A. C, O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. RevEscEnferm. USP. 2006; 44(2):429-36..