



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

LAURA GABRYELLE SILVA REIS

**O PSICÓLOGO COMO MEDIADOR DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO  
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

TERESINA - PI

2025

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

LAURA GABRYELLE SILVA REIS

**O PSICÓLOGO COMO MEDIADOR DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO  
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Estadual do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí.

Orientadora: Prof. Esp. Valquíria Pereira da Cunha.

TERESINA-PI

2025

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que silenciosamente guiou meus passos e sustentou minha alma, deixo minha reverência e gratidão.

Agradeço, de forma profunda e emocionada, à minha mãe, Raimunda da Silva Brito, e ao meu pai, Francisco das Chagas Souza dos Reis. Eles sempre foram minha inspiração: ela, como técnica de enfermagem; ele, como condutor de ambulâncias. Ambos estiveram na base do cuidado, e, ao longo da vida, admirei não apenas as histórias que compartilhavam, mas, sobretudo, a forma humana e sensível com que exerciam suas funções. Ser cuidada por eles me ensinou o valor da empatia, do compromisso e do amor ao próximo. Por isso, meu agradecimento não se limita ao apoio nesta jornada acadêmica, mas estende-se ao exemplo que me moldou como pessoa e profissional.

À minha irmã, Luara Grazyelle Silva Reis, por ser, desde seu nascimento, um convite diário a me tornar alguém melhor e por me mostrar a beleza de compartilhar a vida. Ao meu namorado, Elton Pereira de Sousa, pela presença constante e por ter sido meu abrigo, especialmente nos dias em que a caminhada parecia mais árdua. Estendo meus agradecimentos a toda a minha família extensa, que sempre me apoiou e acreditou em mim, em especial à minha prima Andreza Paiva.

À minha irmã de vida, Anabel Soares de Sousa, que compartilhou comigo todas as fases da existência, oferecendo-me carinho e suporte em cada uma delas.

À professora Valquíria Pereira, que foi mais do que orientadora: foi inspiração, exemplo de competência técnica, vínculo e cuidado durante toda a minha construção enquanto profissional. Levo comigo, para além deste trabalho, sua generosa lição de que é preciso acreditar na diferença que fazemos no mundo.

À minha querida Turma 43 de Psicologia da UESPI, com quem compartilhei sonhos, desafios e alegrias. Em especial, a Isabela Mello, Iza Mascarenhas, Sarah Beatriz, Raiane Rodrigues e Pedro Henrique Carvalho, com quem dividi fardos, encontrei acolhimento, compartilhei sonhos e construí laços para toda a vida.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta jornada — professores, supervisores de estágio e colegas que cruzei no caminho —, meus sinceros agradecimentos. Cada palavra deste trabalho carrega um pouco dessas presenças.

“O sofrimento humano só é intolerável  
quando ninguém cuida.”

Cicely Saunders

## RESUMO

O ambiente de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), marcado por alta complexidade técnica e intenso sofrimento emocional, apresenta desafios significativos para pacientes, familiares e profissionais. Embora a Política Nacional de Humanização (PNH) enfatize o cuidado integral, o modelo biomédico ainda predomina, frequentemente negligenciando a dimensão subjetiva do cuidado. Esta monografia teve como objetivo investigar o papel do psicólogo como facilitador da humanização em UTIs, analisando estratégias de atuação e seus impactos. Realizou-se uma revisão integrativa qualitativa em bases de dados (BDTD, PubMed, EBSCOhost, BVS), utilizando os descritores "Psicologia Hospitalar", "Humanização" e "Unidade de Terapia Intensiva", com análise de conteúdo dos 14 artigos selecionados (2019-2024). Os resultados revelaram seis eixos principais de atuação psicológica: mediação da comunicação (71,4% dos estudos), suporte emocional (50%), cuidados paliativos (35,7%), capacitação da equipe (42,9%), intervenções institucionais (28,6%) e apoio pós-alta (21,4%). As estratégias mais eficazes incluíram comunicação humanizada, visita flexível, programas educativos e intervenções ambientais. Conclui-se que o psicólogo desempenha papel fundamental na humanização das UTIs, atuando como mediador entre as dimensões técnica e emocional do cuidado, com impactos significativos no bem-estar de pacientes, famílias e equipes. Recomenda-se maior integração desse profissional nas UTIs e desenvolvimento de protocolos padronizados para avaliação sistemática das intervenções.

**Palavras-chave:** Psicologia hospitalar. Humanização. Unidade de Terapia Intensiva. Cuidado integral. Saúde mental.

## ***ABSTRACT***

The Intensive Care Unit (ICU) environment, characterized by high technical complexity and intense emotional distress, presents significant challenges for patients, families, and healthcare professionals. Although the National Humanization Policy (PNH) emphasizes comprehensive care, the biomedical model still predominates, often neglecting the subjective dimension of care. This monograph aimed to investigate the role of psychologists as facilitators of humanization in ICUs by analyzing intervention strategies and their impacts. An integrative qualitative review was conducted across databases (BDTD, PubMed, EBSCOhost, BVS) using the descriptors "Hospital Psychology," "Humanization," and "Intensive Care Unit," with content analysis of the 14 selected articles (2019–2024). The results revealed six main areas of psychological intervention: communication mediation (71.4% of studies), emotional support (50%), palliative care (35.7%), staff training (42.9%), institutional interventions (28.6%), and post-discharge support (21.4%). The most effective strategies included humanized communication, flexible visitation policies, educational programs, and environmental interventions. It was concluded that psychologists play a fundamental role in humanizing ICUs, acting as mediators between the technical and emotional dimensions of care, with significant impacts on the well-being of patients, families, and staff. Greater integration of psychologists in ICUs and the development of standardized protocols for systematic evaluation of interventions are recommended.

**Keywords:** Hospital psychology. Humanization. Intensive Care Unit. Comprehensive care. Mental health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)

Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)

Política Nacional de Humanização (PNH)

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 – Estrutura geral da Política Nacional de Humanização.....	16
Quadro 2 – Identificação do Papel do Psicólogo na Promoção da Humanização na UTI.....	22
Quadro 3 – Estratégias Utilizadas pelo Psicólogo para Promover a Humanização na UTI ...	30
Quadro 4 – Impacto da Atuação do Psicólogo na Percepção dos Envolvidos .....	38



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Apresentação.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Justificativa.....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Objetivo indivíduo.....</b>	<b>13</b>
<b>3 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Revisão de literatura.....</b>	<b>14</b>
3.1.1 Processo de hospitalização.....	14
3.1.2 UTI: conceitos e processos.....	15
3.1.3 Equipe de profissionais hospitalares.....	16
3.1.4 Papel do psicólogo no hospital.....	17
3.1.5 Política Nacional de Humanização.....	18
<b>4 METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Caracterização da pesquisa.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Procedimentos de coleta de dados.....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 Procedimentos de análise de dados.....</b>	<b>22</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Caracterização dos dados.....</b>	<b>24</b>
<b>5.2 Mediação da comunicação.....</b>	<b>26</b>
<b>5.3 Suporte emocional.....</b>	<b>24</b>
<b>5.4 Atuação em Cuidados Paliativos.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5 Capacitação da equipe.....</b>	<b>29</b>
<b>5.6 Intervenções institucionais.....</b>	<b>31</b>
<b>5.7 Apoio pós-alta.....</b>	<b>32</b>
<b>5.8 Comunicação humanizada.....</b>	<b>34</b>
<b>5.9 Visitação flexível.....</b>	<b>36</b>
<b>5.10 Envolvimento Familiar Ativo.....</b>	<b>37</b>
<b>5.11 Ferramentas de registro.....</b>	<b>38</b>
<b>5.12 Intervenções ambientais .....</b>	<b>39</b>
<b>5.13 Bem-estar psicológico de pacientes.....</b>	<b>41</b>

<b>5.14 Empoderamento familiar.....</b>	<b>42</b>
<b>5.15 Integração e capacitação da equipe.....</b>	<b>44</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Apresentação

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram na metade do século XX, inicialmente em hospitais norte-americanos, e posteriormente foram implementadas no Brasil no final da década de 1960, inicialmente pela cidade de São Paulo e expandindo-se para os demais estados. Essas unidades foram criadas com o objetivo de disponibilizar cuidados a pacientes que necessitam de maior monitoramento devido a condições clínicas graves ou após cirurgias, preconizando tratamentos complexos e o uso de tecnologias especializadas (Gomes, 2011).

Com efeito, por serem ambientes altamente especializados para o atendimento de pacientes críticos, as UTIs são caracterizadas como espaços que acarretam grande carga de estresse. Isso ocorre desde os recursos tecnológicos distribuídos no espaço, até a própria condição de adoecimento dos pacientes (Ropelato; Seifert; Giacomeli, 2023). Assim, as UTIs representam unidades de cuidados complexos que, ao mesmo tempo em que disponibilizam intervenções em prol da sobrevivência, podem expor os indivíduos a situações extremamente difíceis do ponto de vista emocional.

Nesse sentido, Segundo Lucchesi, Macedo e Marco (2008), diante do medo da morte, da desorganização dos papéis familiares e do surgimento de sentimentos contraditórios, os pacientes frequentemente enfrentam uma desestruturação emocional. Isso pode resultar em quadros de apatia, aumento da angústia e grande sofrimento psíquico. Além disso, as influências do ambiente, como a falta de privacidade, os ruídos dos aparelhos, as alterações dos ciclos circadianos e os procedimentos invasivos, agravam ainda mais os fatores estressantes desse contexto. Diante desse cenário, torna-se crucial considerar a qualidade do atendimento e a humanização desses espaços.

Nesse viés, a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, é regida por princípios, métodos, diretrizes e dispositivos que visam qualificar o modo de gestão e de atenção ofertados aos usuários, gestores e equipe na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, apresenta a compreensão de Humanização na saúde como uma aposta ético-estético-política ao estar atrelada aos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsáveis entre si, de solidariedade dos vínculos, da defesa dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010).

Dentre as orientações gerais da PNH estão as diretrizes relacionadas ao acolhimento

nas práticas de produção de saúde e à clínica ampliada, garantias contidas na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Dessa forma, preconiza-se que toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente adequado. Por sua vez, a clínica ampliada está relacionada ao olhar integral do sujeito, incluindo as dimensões social, biológica e subjetiva da pessoa, e se utilizando dos diferentes saberes profissionais (Brasil, 2009).

Nesse sentido, em prol da implementação da PNH, faz-se necessária a presença de uma equipe multidisciplinar comprometida. Dentro desse rol está a figura do psicólogo como ator nos espaços de saúde, na medida em que esse profissional enxerga a saúde (ou a ausência desta) como fenômeno biopsicossocial, contribuindo para a assistência integral dos indivíduos. Diante disso, a Psicologia Hospitalar, subárea da Psicologia da Saúde, visa auxiliar o paciente e o familiar a lidarem com os aspectos psicológicos do adoecimento e do processo de internação, com vista a minimizar as angústias e os sofrimentos (Assis; Figueiredo, 2020).

O psicólogo hospitalar, dentre suas atribuições, realiza a prestação de serviços em nível secundário e terciário da atenção à saúde, sendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um espaço emergente de sua atuação. No ambiente da UTI são realizados cuidados intensivos a pacientes em estado grave ou que necessitam de monitoramento contínuo. Segundo Silva e Gomes (2017), a internação na UTI representa um período perpassado por muito sofrimento para o paciente e seus familiares, uma vez que se encontram face a face com a doença e com seus desdobramentos, suscitando sentimentos como medo, culpa, desconforto, angústia e arrependimentos. Dessa forma, a inserção do psicólogo nesse contexto apresenta-se como uma possibilidade de abarcar os aspectos e impactos psicológicos frente a essa realidade (Silva; Gomes, 2017).

## **1.2 Justificativa**

Diante do exposto, este trabalho se justifica pela necessidade de compreender mais profundamente o papel do psicólogo como agente facilitador da humanização no contexto das UTIs, analisando suas estratégias de intervenção e os impactos dessas ações no cuidado oferecido aos pacientes críticos. Essa investigação é especialmente relevante porque aborda lacunas na literatura sobre a atuação do psicólogo hospitalar, particularmente no que se refere à aplicação prática de seus conhecimentos nesse ambiente específico, além de contribuir para o fortalecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) ao integrar práticas

biopsicossociais ao cuidado intensivo.

Outro ponto que reforça a relevância deste estudo é a dificuldade de acesso a materiais que expliquem, de maneira clara e prática, como o psicólogo pode atuar no contexto das UTIs. Essa ausência de informações aplicadas dificulta não apenas a formação de profissionais e estudantes, mas também a sensibilização das equipes multiprofissionais sobre a importância de um cuidado humanizado fundamentado no modelo biopsicossocial. Nesse sentido, a pesquisa visa oferecer uma contribuição que não apenas enriqueça a literatura acadêmica, mas que também auxilie profissionais da área da saúde a compreenderem e aplicarem estratégias de humanização no atendimento hospitalar.

Além disso, espera-se que este estudo auxilie na capacitação de equipes multiprofissionais, promova reflexões sobre os desafios e possibilidades da humanização no ambiente hospitalar e fortaleça as políticas públicas de saúde. Ao oferecer uma análise detalhada das contribuições do psicólogo intensivista para a implementação da PNH, o trabalho também busca fomentar a produção científica na área, promovendo novas abordagens e estratégias para o atendimento humanizado em UTIs.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar o papel do psicólogo como facilitador da humanização na UTI, explorando suas estratégias e os impactos dessa atuação no ambiente hospitalar e no cuidado oferecido aos pacientes.

### **2.2 Objetivos específicos**

Identificar o papel do psicólogo na promoção da humanização na UTI;

Conhecer as estratégias utilizadas pelo psicólogo para promover a humanização no ambiente de terapia intensiva.

Compreender a contribuição do papel do psicólogo na percepção dos pacientes, suas famílias e a equipe de saúde sobre a qualidade do cuidado no ambiente da UTI.

### **2.3 Problemática de pesquisa**

Conforme já exposto, o ambiente de UTI é desafiador, marcado por alta complexidade técnica e intenso sofrimento emocional, tanto para pacientes quanto para familiares e profissionais. Embora a Política Nacional de Humanização enfatize a importância do cuidado integral, o modelo biomédico ainda predomina, muitas vezes negligenciando a subjetividade dos pacientes. A atuação do psicólogo hospitalar, embora essencial, carece de estudos que analisem suas estratégias específicas para promover a humanização e seus impactos no ambiente hospitalar. Esse cenário levanta as seguintes questões: quais estratégias o psicólogo utiliza para atuar como agente facilitador da humanização em UTIs?; como essa atuação contribui para melhorar o cuidado integral ao paciente crítico?

### 3 DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 Revisão de literatura

##### 3.1.1 Processo de hospitalização

A hospitalização é um processo multifacetado, envolvendo fatores físicos, emocionais e psicológicos que impactam tanto o paciente quanto sua rede de apoio e a equipe de saúde. Segundo Bezerra e Siqueira (2020), o adoecimento acontece quando o indivíduo enfrenta um problema patológico que interfere na saúde física e provoca reações psicológicas. Esse contexto afeta não só o paciente, mas também sua família e os profissionais envolvidos. Assim, a hospitalização constitui uma interseção entre corpo e mente, exigindo atenção à subjetividade do paciente.

Embora o ambiente hospitalar seja associado à busca por recuperação, proporcionando acesso a recursos essenciais para diagnóstico e tratamento (Bezerra; Siqueira, 2020), ele também traz desafios emocionais. O afastamento da família, os exames e procedimentos invasivos e a ansiedade em relação ao diagnóstico são experiências comuns que podem influenciar o bem-estar psicológico e o processo de recuperação do paciente. O sofrimento emocional relacionado a esses fatores sublinha a importância de compreender a experiência subjetiva da internação, pois o impacto psicológico pode agravar o quadro clínico (Knobel *et al.*, 2008).

As reações subjetivas diante da hospitalização incluem sentimentos, crenças e pensamentos que emergem da experiência do adoecimento. A hospitalização é frequentemente percebida como um processo de perdas, como a perda de saúde, autonomia, contato familiar, tempo, e, em alguns casos, da própria vida. Tais perdas, sejam reais ou simbólicas, podem desencadear uma série de respostas emocionais como medo, ansiedade e depressão. O significado atribuído pelo paciente a sua condição de saúde, portanto, é um elemento central para entender os aspectos psicológicos da hospitalização (Knobel *et al.*, 2008).

Contudo, a experiência hospitalar pode também trazer ganhos subjetivos. Bezerra e Siqueira (2020) sugerem que, em certos casos, a hospitalização representa um momento em que o paciente recebe maior atenção e cuidado da equipe de saúde, isenta-se de responsabilidades cotidianas e encontra uma justificativa para refletir sobre questões pessoais ou existenciais. A equipe de saúde, ao reconhecer esses aspectos, pode favorecer

uma abordagem integral, que contemple tanto as perdas quanto os ganhos emocionais dessa experiência.

Desse modo, a hospitalização vai além de um processo biológico e se configura como um evento psicossocial que afeta profundamente a vivência subjetiva do paciente. Segundo a teoria do enfrentamento (coping), as formas de lidar com o estresse da doença e do internamento variam conforme os recursos emocionais de cada indivíduo e o suporte oferecido pela equipe de saúde (Ramos; Enumo; Paula, 2015). Esse apoio pode minimizar o sofrimento e contribuir para a humanização da assistência.

### 3.1.2 UTI: conceitos e processos

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes criados para prestar cuidados especializados a pacientes com condições clínicas graves que requerem monitoramento contínuo e intervenções imediatas. Surgiram nos Estados Unidos em meados do século XX e foram implementadas no Brasil no final dos anos 1960, sendo São Paulo a primeira cidade a oferecer esses serviços, que depois se expandiram para outros estados (Gomes, 2011). Caracterizadas pelo uso de tecnologias avançadas e tratamentos complexos, as UTIs têm como objetivo primordial manter a vida em situações críticas, proporcionando suporte essencial para a recuperação de pacientes em estado grave.

Embora as UTIs ofereçam recursos indispensáveis à sobrevivência, o ambiente intensivo pode gerar um impacto psicológico significativo tanto nos pacientes quanto nos profissionais de saúde. A presença constante de aparelhos e o ritmo intenso de trabalho exigem precisão e rapidez em cada intervenção (Knobel *et al.*, 2008), o que gera um ambiente de alta tensão e estresse. Esse cenário, intensificado pela massiva presença de tecnologias e pela condição vulnerável dos pacientes, favorece o surgimento de sintomas psicopatológicos, como ansiedade e medo, além de contribuir para uma sensação de despersonalização do paciente, que pode se sentir reduzido a um “caso clínico” em meio a um ambiente tão técnico e impessoal (Ropelato; Seifert; Giacomeli, 2023).

Historicamente, a ênfase na sobrevivência e no uso intensivo de tecnologia nas UTIs frequentemente levou ao distanciamento da subjetividade dos pacientes, relegando a segundo plano suas dores emocionais e seus temores diante da hospitalização (Knobel *et al.*, 2008). Segundo Lucchesi, Macedo e Marco (2008), a desorganização de papéis familiares, o medo da morte e a falta de atenção aos aspectos emocionais geram uma desestruturação psíquica significativa nos pacientes, que muitas vezes desenvolvem quadros de angústia, apatia e



sofrimento psíquico intenso. As condições do ambiente, como o excesso de ruídos, a falta de privacidade e as interrupções nos ciclos de sono, apenas intensificam esses fatores estressantes, dificultando a adaptação do paciente.

Nesse contexto, a humanização no atendimento das UTIs emerge como uma abordagem essencial para atenuar o sofrimento emocional dos pacientes e assegurar que, mesmo em meio a procedimentos invasivos, sua dignidade e subjetividade sejam respeitadas. Procedimentos comuns nas UTIs, como a intubação orotraqueal, o cateterismo vesical de demora e a gasometria arterial, embora vitais, podem gerar desconforto físico, ansiedade e uma sensação de invasão corporal. A intubação orotraqueal, por exemplo, envolve a introdução de um tubo na via aérea, procedimento que, apesar de necessário, provoca intenso desconforto e ansiedade. A humanização nesse contexto inclui não apenas a habilidade técnica, mas também uma comunicação clara e empática, que deve tranquilizar o paciente sempre que possível, explicando o procedimento e abordando suas inquietações (Miranda; Nogueira; Alves, 2022).

O cateterismo vesical de demora, que implica a inserção de uma sonda para drenar a urina ou administrar medicamentos, é outro procedimento que exige rigor técnico e cuidados para minimizar o desconforto. A sensação de vulnerabilidade intensificada por esse procedimento demanda que os profissionais expliquem sua finalidade e mantenham uma postura atenta às reações do paciente, promovendo o cuidado humanizado. De modo semelhante, a gasometria arterial, que consiste na coleta de sangue arterial para medir gases e acidez no sangue, é um exame doloroso. Aqui, a humanização se faz presente pela tranquilização do paciente e pela explicação clara do procedimento e de sua importância (Paiva *et al.*, 2021).

Assim, a humanização na UTI não é apenas um ideal, mas uma necessidade para atender às necessidades emocionais dos pacientes. Esse cuidado integral visa minimizar o sofrimento e promover uma abordagem que preserve a dignidade e subjetividade dos pacientes, mesmo diante de intervenções invasivas indispensáveis à preservação da vida. Ao proporcionar um atendimento mais respeitoso e centrado na pessoa, a humanização na UTI contribui para o enfrentamento emocional dos pacientes e reforça a importância de um cuidado centrado no indivíduo, além da técnica.

### 3.1.3 Equipe de profissionais hospitalares

O ambiente hospitalar, especialmente a UTI, é um espaço complexo que exige uma abordagem multidisciplinar para proporcionar um cuidado integral e humanizado ao

paciente. A colaboração entre profissionais de diversas áreas é essencial para assegurar que o atendimento seja centrado nas necessidades do paciente e promova uma visão integrada de sua saúde (Knobel *et al.*, 2008). Embora cada disciplina traga uma perspectiva própria, influenciada por diferentes concepções de saúde, a integração entre elas é um desafio que demanda comunicação efetiva e uma linguagem comum (Fossi; Guareschi, 2004).

Ao longo do século XX, a evolução do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial possibilitou que o atendimento ao paciente crítico deixasse de ser apenas uma busca pela cura e passasse a contemplar uma visão multidimensional. Assim, o trabalho em equipe na UTI se configura como um esforço coletivo de profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, que colaboram para reconhecer e atender às necessidades físicas, emocionais e sociais do paciente.

Nesse contexto de multiprofissionalidade, o papel do psicólogo hospitalar é fundamental. Sua atuação não se limita ao apoio direto ao paciente, mas também inclui a orientação e suporte à equipe multiprofissional, auxiliando-a a lidar com o impacto emocional de um ambiente de alta pressão. A Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, reforça essa necessidade ao estabelecer que a oferta da assistência psicológica deve ser garantida à beira do leito. O psicólogo contribui para que os demais profissionais mantenham uma abordagem humanizada, reforçando a importância de enxergar o paciente como um ser humano completo e não apenas um caso clínico (Brasil, 2010). Com isso, a Psicologia Hospitalar promove um cuidado sensível, fundamentado no modelo biopsicossocial, que busca a articulação entre diferentes práticas de saúde e vai além dos “atos médicos”, visando uma verdadeira humanização do cuidado.

#### 3.1.4 Papel do psicólogo no hospital

O psicólogo hospitalar desempenha um papel essencial na humanização do cuidado, especialmente no ambiente de UTI. Sua atuação permite não apenas um olhar sobre a subjetividade do paciente, mas também apoia a equipe e os familiares a lidarem com o estresse e o sofrimento presentes no cuidado intensivo (Knobel *et al.*, 2008). Para promover esse cuidado humanizado, o psicólogo deve desenvolver habilidades específicas, como escuta ativa, empatia e comunicação clara, além de manter-se atualizado por meio de literatura científica que fundamenta a prática com uma base sistemática de conhecimento.

Um dos principais objetivos da Psicologia Hospitalar é oferecer ao paciente um

espaço de escuta, onde ele possa expressar seus medos, angústias e expectativas sobre o tratamento e o futuro. Esse espaço permite ao paciente elaborar simbolicamente sua experiência de adoecimento, sem a imposição de metas externas ou ideais de recuperação (Knobel et al., 2008). Em conjunto com a equipe multidisciplinar, o psicólogo também contribui para o enfrentamento da dor emocional dos familiares, da angústia do paciente e dos desafios éticos, como o manejo do fim de vida e das intervenções fúteis.

No Brasil, a inserção formal do psicólogo nas UTIs foi estabelecida pela portaria Nº 3.432, de 1998, do Ministério da Saúde. Essa regulamentação reconhece a importância do psicólogo no apoio à equipe multiprofissional e no cuidado integral ao paciente. Suas funções incluem a identificação e análise das necessidades psicológicas dos pacientes, apoio no manejo do paciente junto à equipe e o desenvolvimento de um modelo de atuação alinhado aos princípios de humanização (Bruscato, 2004).

Além disso, para embasar as atividades, o Conselho Federal de Psicologia apresenta as Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS, que orientam as práticas dos profissionais nesse contexto. Estas orientações destacam a importância do acolhimento psicológico, especialmente em situações críticas, como no ambiente de UTI, abrangendo as suas diversas especialidades. Nesse cenário, o psicólogo oferece suporte tanto ao paciente quanto aos familiares, com foco em possibilitar a expressão do sofrimento e no acolhimento das ansiedades e medos relacionados à internação, à doença e à morte. Por meio de uma escuta diferenciada e intervenções direcionadas, o psicólogo promove ações que favorecem a ressignificação dessas experiências (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Assim, o papel do psicólogo na UTI é fundamental para criar um ambiente em que o sofrimento psíquico seja reconhecido e acolhido, beneficiando não só o paciente, mas todos os envolvidos no contexto hospitalar.

### 3.1.5 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, é regida por princípios, métodos, diretrizes e dispositivos que visam qualificar o modo de gestão e de atenção ofertados aos usuários, gestores e equipe na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, apresenta a compreensão de Humanização na saúde como uma aposta ético-estético-política ao estar atrelada aos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsáveis entre si, de solidariedade dos vínculos, da defesa dos direitos

dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010).

Dentre as orientações gerais da PNH estão as diretrizes relacionadas ao acolhimento nas práticas de produção de saúde e à clínica ampliada, garantias contidas na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Dessa forma, preconiza-se que toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente adequado. Por sua vez, a clínica ampliada está relacionada ao olhar integral do sujeito, incluindo as dimensões social, biológica e subjetiva da pessoa, e se utilizando dos diferentes saberes profissionais (Brasil, 2009). Segue o quadro com a estrutura geral da PNH:

Quadro 01 – Estrutura geral da Política Nacional de Humanização

ELEMENTO	DESCRIÇÃO	MODO DE FAZER
Princípios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Transversalidade</b> : atuação entre os diversos setores do SUS.</li> <li>- <b>Indissociabilidade entre atenção e gestão</b> : integração entre os processos de cuidado e gerenciamento.</li> <li>- <b>Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia</b> : valorização dos sujeitos e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhar em grupos coletivos.</li> <li>- Fortalecer a autonomia e responsabilidade.</li> <li>- Valorizar a interação entre diferentes profissionais</li> </ul>
Método	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Inclusão dos estudos sociais ou, mais especificamente, inclusão das especificidades que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança</li> <li>-Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) com foco em autonomia, protagonismo e co-responsabilidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rodas de conversa</li> <li>-Análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises</li> <li>-Fomento das redes</li> </ul>
Diretrizes	Clínica Ampliada, Co-gestão, Acolhimento, Valorização do trabalho e do trabalhador, Defesa dos Direitos do Usuário, Fomento das gruparidades, coletivos e redes, Construção da memória do SUS que dá certo.	

Fonte: autoria própria, adaptado Brasil, 2010.

Nesse sentido, para a implementação eficaz da PNH, é necessária a presença de uma equipe multidisciplinar comprometida. Entre esses profissionais, destaca-se o psicólogo, que atua como um agente nos espaços de saúde, considerando a saúde (ou a ausência dela) como uma manifestação biopsicossocial e, assim, contribuindo para a assistência integral dos indivíduos. A alta prevalência de alterações emocionais em pacientes internados em UTIs

ressalta a importância de um olhar mais atento para esses pacientes, que muitas vezes se sentem desconectados do que acontece ao seu redor. A preocupação com o ambiente, o acolhimento e a comunicação são fatores importantes no tratamento das alterações emocionais decorrentes da experiência na UTI. Além disso, é necessário estimular a ampliação dos horários de visitação, a adoção da política de UTI aberta e a atenção à ansiedade dos familiares, entre outras ações.

Diante do exposto, este trabalho se justifica pela busca de compreensão do papel do psicólogo como agente facilitador da humanização por meio de suas intervenções e dos impactos que essas ações geram no ambiente de UTI. O objetivo é obter um conhecimento mais profundo sobre sua atuação nesse contexto. Com isso, este estudo pretende esclarecer as estratégias utilizadas pelo psicólogo hospitalar e os impactos da atuação no cuidado humanizado oferecido aos pacientes em UTIs, além de contribuir significativamente para a compreensão das contribuições do psicólogo intensivista na implementação da PNH e para o fortalecimento da produção científica na área.

## **4 METODOLOGIA DA PESQUISA**

### **4.1 Caracterização da pesquisa**

Com o objetivo de analisar minuciosamente a produção científica sobre o tema do trabalho em questão, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo e exploratório, em formato de revisão integrativa. Yin (2016) caracteriza a pesquisa qualitativa como uma abordagem interpretativa que busca entender o significado das ações dos seres humanos e suas interações dentro de contextos específicos. Nesse sentido, valoriza a perspectiva dos indivíduos na pesquisa e enfatiza a importância do contexto, do significado e do propósito na compreensão do que está sendo estudado. Creswell (2010) corrobora com essa concepção e complementa pontuando o caráter não estruturado dos métodos de coleta de dados, e a possibilidade de múltiplas fontes para coleta dos dados, como entrevistas, documentos e observações.

Optou-se por este método em razão do acesso a quantidade considerável de saberes construídos acerca do tema. Além disso, conforme Severino (2017), a pesquisa exploratória se propõe a levantar informações sobre o objeto, na medida em que delimita um campo de trabalho, e mapeia as condições de manifestação desse objeto.

Com referência à natureza das fontes utilizadas para a abordagem e tratamento do objeto deste estudo, adotou-se a pesquisa bibliográfica. Severino (2017) caracteriza a pesquisa bibliográfica como o exame de registros de outros pesquisadores, nos quais houve levantamento de dados ou de categorias teóricas, como livros, artigos e teses. A partir disso, o pesquisador trabalha e propõe estudos analíticos constantes nos textos.

Dentre os meios de se operacionalizar a pesquisa bibliográfica, está a revisão integrativa. Por meio dessa metodologia, investigou-se o papel do psicólogo como agente facilitador da humanização na UTI, explorando suas estratégias e os impactos dessa atuação no ambiente hospitalar e no cuidado oferecido na percepção dos pacientes. A questão norteadora desta revisão é “Como o psicólogo atua como facilitador da humanização na UTI e quais são os impactos dessa atuação no ambiente hospitalar e no cuidado oferecido aos pacientes e suas famílias?”. A revisão integrativa, como método de pesquisa, possibilita a busca, a análise crítica e a síntese das evidências sobre o assunto investigado, o agrupamento de intervenções eficazes na assistência à saúde, além da identificação da necessidade de pesquisas que preencham lacunas da área (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

## 4.2 Procedimentos de coleta de dados

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), PubMed, o portal de banco de dados EBSCOhost e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Por meio do cruzamento de palavras-chave selecionadas a partir da terminologia e da base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados, para a busca dos materiais, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Psicologia Hospitalar”, “Humanização”, e “Unidade de Terapia Intensiva”. As bases de dados foram escolhidas em consonância com a área trabalhada nesta pesquisa.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos materiais foram: textos publicados em português, inglês e espanhol; trabalhos disponíveis na íntegra que retratam a temática referente ao papel do psicólogo como promotor da humanização na UTI e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos (2019 - 2024). Excluíram-se documentos duplicados entre as bases, trabalhos que não abarquem o objetivo proposto neste estudo e que não estiverem disponíveis na íntegra.

Em relação ao processo de triagem dos estudos, procedeu-se à leitura inicial dos títulos e resumos dos artigos para verificar sua adequação aos critérios da pesquisa. Quando necessário, realizou-se a leitura integral do material. Os dados extraídos incluíram informações sobre o contexto do estudo, métodos, resultados e conclusões.

## 4.3 Procedimentos de análise de dados

A análise de dados seguiu uma abordagem qualitativa com síntese dos resultados por meio de categorização temática. O processo de revisão integrativa dos dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que consiste em um conjunto de procedimentos sistemáticos para interpretação de materiais textuais. Essa escolha justificou-se pela adequação do método a pesquisas que envolvem a interpretação de discursos e significados.

A análise dos dados seguiu uma abordagem qualitativa fundamentada na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), adotando-se as três etapas metodológicas preconizadas pela autora. Inicialmente, realizou-se a pré-análise, fase em que se procedeu à leitura flutuante do material selecionado para familiarização com o conteúdo, constituindo-

se o corpus de análise de forma a garantir sua representatividade e pertinência aos objetivos da pesquisa.

Na etapa de exploração do material, codificaram-se os dados mediante identificação de unidades de registro (trechos significativos) e unidades de contexto (elementos que conferiam sentido aos registros). Posteriormente, agruparam-se os dados em categorias temáticas a partir de critérios semânticos e lexicais, utilizando-se um sistema de enumeração baseado na frequência de aparição dos temas nos materiais analisados. Esse processo permitiu a organização sistemática do conteúdo para interpretação posterior.

A fase final de interpretação e inferência consistiu em relacionar as categorias identificadas com o referencial teórico adotado, identificando-se padrões, convergências e divergências nos dados. Para assegurar o rigor metodológico, manteve-se um diário de pesquisa com registros das decisões analíticas e triangulou-se as interpretações com citações diretas dos materiais. Os resultados desta análise sistemática encontram-se detalhados no tópico resultados e discussões, onde foram confrontados com a literatura especializada, permitindo uma compreensão aprofundada do papel do psicólogo como facilitador da humanização em UTIs..



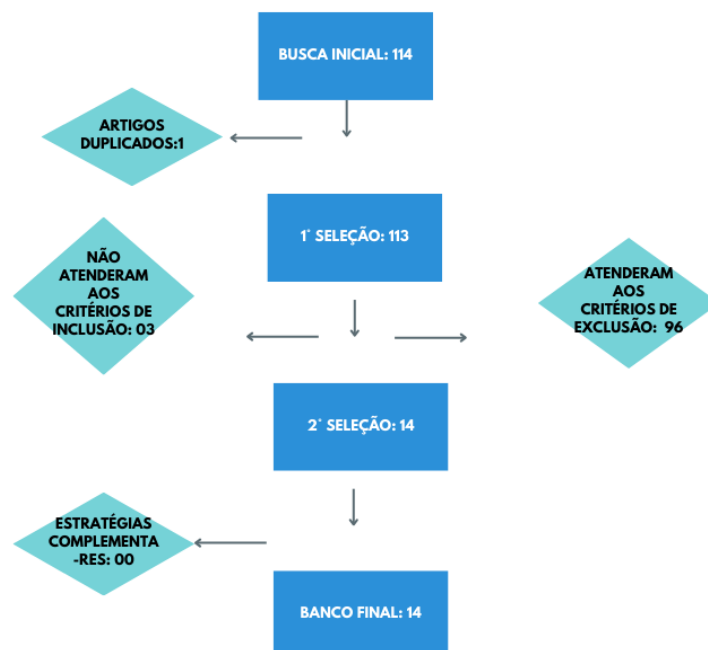
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Caracterização dos dados

A busca inicial nas bases de dados resultou em 114 materiais (BVS: 5; PUBMED: 75; EBSCO: 3; BDTD: 31). Após a exclusão de 1 trabalho duplicado, 113 artigos foram avaliados, dos quais 3 não atenderam aos critérios de inclusão e 95 foram excluídos devido a: duplicação entre bases, indisponibilidade de texto completo ou inadequação aos objetivos do estudo (ex.: ausência do papel do psicólogo na UTI, foco em outras áreas profissionais ou temática divergente da humanização). O banco final foi composto por 14 artigos (BVS: 3; PUBMED: 8; EBSCO: 2; BDTD: 1), conforme ilustrado na Figura 1.

Os resultados serão apresentados de forma descritiva, tendo como base a análise de elementos relativos ao ano de publicação dos trabalhos, periódicos responsáveis pelas publicações, natureza dos estudos, aspectos metodológicos e temáticas abordadas.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos revisados



Fonte: autoria própria, 2025.

Na análise metodológica dos 14 artigos selecionados, observou-se predominância de abordagens qualitativas (n=10), seguidas por quantitativas (n=2) e mistas (n=2). Dentre os estudos qualitativos, identificaram-se: 2 estudos exploratórios; 2 relatos de experiência; 1 análise temáticas; 1 estudo longitudinal; 1 análise de conteúdo; 1 análise de estrutura; 1 revisão sistemática qualitativa; 1 estudo com método não especificado. Nos estudos quantitativos, predominaram: 1 estudo quase-experimental; e 1 estudo descritivo-comparativo. Quanto às abordagens mistas, foram incluídos: 1 estudo de intervenção pré-pós; e 1 estudo transversal online com componentes qualitativos e quantitativos.

Quanto à distribuição temporal das publicações, observou-se que 2022 e 2023 foram os anos com maior produção, cada um correspondendo a aproximadamente 29% do total (5 materiais por ano). O ano de 2020 apresentou cerca de 17% das publicações (3 estudos), percentual idêntico ao verificado em 2024. Em contraste, 2021 registrou a menor prevalência, com apenas 5% (1 material). Não foram encontradas publicações elegíveis para o estudo referentes ao ano de 2019. Essa distribuição cronológica, combinada com a diversidade metodológica identificada, reflete o crescente interesse acadêmico pelo tema da atuação psicológica na humanização de UTIs, particularmente nos últimos três anos.

Esta revisão integrativa, fundamentada em 14 estudos publicados entre 2020 e 2024, evidencia as múltiplas dimensões da atuação do psicólogo hospitalar como agente facilitador do processo de humanização em UTIs. A predominância de abordagens qualitativas (71,5% dos estudos) revela a natureza complexa do fenômeno investigado, que requer análises contextualizadas capazes de captar suas nuances. Na sequência, apresentam-se as principais categorias e subcategorias temáticas identificadas na análise do corpus documental.

Quadro 2 – Identificação do Papel do Psicólogo na Promoção da Humanização na UTI (2025)

<b>Subcategoria Temática</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência (n=14)</b>	<b>Artigos Relacionados</b>
<b>Mediação de comunicação</b>	Facilitação do diálogo entre equipe, pacientes e famílias, incluindo conflitos, expectativas e decisões compartilhadas.	8/14	Domingues & Melo (2023), Leong et al. (2023), Langer et al. (2022), Garcia et al. (2022), Souza (2023), Duong et al. (2024), Kolachi et al. (2020), Tripathy et al. (2020)

<b>Suporte emocional</b>	Aconselhamento individual ou em grupo para pacientes, familiares e equipe, com foco em enfrentamento de estresse, luto e trauma.	7/14	Domingues & Melo (2023), Leong et al. (2023), Casarini et al. (2022), Haines et al. (2022), Garcia et al. (2022), Duong et al. (2024), Neri et al. (2022)
<b>Atuação em cuidados paliativos</b>	Acompanhamento psicológico em terminalidade, comunicação de más notícias, suporte ao luto e decisões sobre fim de vida.	5/14	Garcia et al. (2022), Duong et al. (2024), Souza (2023), Langer et al. (2022), Kolachi et al. (2020)
<b>Capacitação da equipe</b>	Treinamentos e educação continuada para profissionais da UTI em humanização, comunicação e cuidados centrados no paciente/família.	4/14	Toivonen et al. (2020), Garcia et al. (2022), Haines et al. (2022), Tripathy et al. (2020).
<b>Intervenções institucionais</b>	Implementação de protocolos (PAC/DAV, diários da UTI) e políticas (visitação, cuidados paliativos) para humanização.	4/14	Souza (2023), Duong et al. (2024), Toivonen et al. (2020), Neri et al. (2022)
<b>Apoio pós-alta</b>	Acompanhamento psicológico pós-UTI para pacientes e familiares (ex.: trauma, reintegração).	3/14	Haines et al. (2022), Duong et al. (2024), Langer et al. (2022)

Fonte: Dados organizados pela pesquisadora, 2025.

## 5.2 Mediação da comunicação

A análise dos 14 artigos incluídos nesta revisão integrativa permitiu identificar a Mediação da Comunicação como a função mais prevalente do psicólogo na promoção da humanização em UTIs, presente em 57,1% dos estudos analisados (8/14). Esta categoria revela-

se fundamental para compreender o papel do psicólogo como facilitador do diálogo em situações críticas, atuando na interface entre pacientes, familiares e equipe multiprofissional.

Os estudos demonstram que a mediação psicológica ocorre em múltiplos contextos dentro do ambiente de terapia intensiva. Domingues e Melo (2023) destacaram especificamente a atuação em UTIs neonatais, onde os psicólogos mediram tanto visitas de irmãos quanto discussões delicadas sobre prognósticos, além de coordenarem grupos de apoio estruturados. Langer et al. (2022) ampliam esta perspectiva ao documentarem o papel crucial do psicólogo na adaptação às restrições pandêmicas, com aumento de 10% no apoio à comunicação remota - modalidade que se mostrou essencial para manter os vínculos familiares e mediar crises durante reuniões virtuais.

A complexidade desta mediação é ainda mais evidente nos achados de Kolachi, Becker e Crepaldi (2020), que descrevem a facilitação de rodas de conversa sobre temas diversos como autocuidado, trabalho em equipe e processos reflexivos. Paralelamente, Leong *et al.* (2023) enfatizam a mediação de conflitos durante visitas familiares, enquanto Garcia *et al.* (2022), Souza (2023) e Langer *et al.* (2022) convergem ao destacar o suporte à comunicação remota entre médicos e familiares, bem como a mediação sistemática do diálogo na tríade paciente/família/equipe.

A predominância desta categoria (57,1%) encontra sólido embasamento teórico na obra de Muniz, Vieira e Oliveira (2024), que concebem o psicólogo hospitalar como mediador de significados em ambientes complexos. Como os autores destacam, este profissional possui a capacidade singular de desvelar os atravessamentos subjetivos que permeiam a experiência da UTI, auxiliando pacientes, familiares e equipe a elaborarem sentimentos de perda, frustração e impotência característicos destes contextos.

Na prática, esta mediação se concretiza através do restabelecimento do fluxo comunicacional - elemento fundamental para o êxito do trabalho terapêutico em terapia intensiva. O psicólogo atua como tradutor de linguagens técnicas e emocionais, facilitando a compreensão mútua e prevenindo rupturas na rede de cuidados. Contudo, como limitação relevante, observa-se que apenas 2 dos 14 estudos analisados (14,3%) adotaram abordagens quantitativas, o que restringe a capacidade de generalização dos achados e aponta para a necessidade urgente de desenvolver métricas padronizadas que avaliem sistematicamente a eficácia destas intervenções. Esta lacuna metodológica não diminui, porém, a importância central da mediação comunicacional como eixo estruturante da humanização em UTIs. Pelo contrário, reforça a necessidade de investimentos em pesquisas que articulem as dimensões qualitativas e quantitativas deste fenômeno complexo. Os dados disponíveis, ainda que

predominantemente qualitativos, oferecem evidências consistentes de que a mediação psicológica representa um dos pilares fundamentais para a construção de práticas humanizadas em ambientes de terapia intensiva.

### 5.3 Suporte emocional

A subcategoria Suporte Emocional foi identificada em 50% dos estudos analisados (7/14), configurando-se como uma das principais dimensões da atuação psicológica em UTI's. Esta abordagem compreende intervenções estruturadas de aconselhamento individual e em grupo, voltadas para pacientes, familiares e equipe multiprofissional, com foco específico no enfrentamento de estresse, luto e trauma no contexto de cuidados intensivos.

Os estudos revisados demonstram a efetividade de diferentes modalidades de suporte emocional. Duong et al. (2024) apresentaram resultados particularmente expressivos com a implementação de um programa estruturado de seis sessões para trauma pós-UTI, que alcançou redução de 65% nos sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) entre os pacientes. Na esfera da saúde ocupacional, Kolachi *et al.* (2020) destacaram o impacto positivo de rodas de conversa como estratégia para redução do burnout entre profissionais da equipe multiprofissional, evidenciando o caráter abrangente do suporte emocional.

O trabalho com familiares emergiu como eixo central em várias pesquisas. Leong *et al.* (2023) e Domingues e Melo (2023) desenvolveram intervenções específicas voltadas para estratégias de enfrentamento familiar, incluindo desde abordagens psicoeducativas até psicoterapia breve em casos de maior complexidade. Estas iniciativas mostraram-se particularmente relevantes considerando o alto nível de estresse vivenciado por familiares no ambiente de UTI.

A dimensão individual do cuidado também foi amplamente documentada. Leong *et al.* (2023), em consonância com Casarini, Prado e Cardoso (2022) e Souza (2023), demonstraram a importância do apoio psicológico direto ao paciente durante a internação, através de técnicas de aconselhamento e gerenciamento de estresse. Estas intervenções não apenas promovem alívio sintomático, mas contribuem para processos mais profundos de manutenção da autonomia e reformulação de projetos de vida, mesmo em condições críticas de saúde.

Estes achados alinham-se com os princípios da PNH, que estabelece o acolhimento como pilar fundamental da assistência em saúde. Como destacam Araújo, Souza e Bezerra (2025), a atuação psicológica em UTIs transcende o âmbito individual, assumindo papel estruturante na humanização global do cuidado. Em ambientes marcados por alta complexidade e intensidade emocional, o suporte psicológico qualificado mostra-se essencial para mitigar os

impactos negativos que podem comprometer tanto o bem-estar dos envolvidos quanto a própria evolução clínica dos pacientes.

A necessária atenção aos profissionais de saúde, evidenciada nos estudos analisados, encontra eco nas observações de Monteiro (2013) sobre os desafios psicossociais enfrentados pelas equipes de terapia intensiva. Fatores como sobrecarga emocional, confronto frequente com situações limite e dificuldades no manejo de perdas exigem intervenções sistemáticas de suporte, capazes de promover resiliência e prevenir o desgaste profissional. A presença qualificada do psicólogo neste contexto mostra-se, portanto, não apenas desejável, mas indispensável para a sustentabilidade de práticas humanizadas em UTIs.

#### **5.4 Atuação em Cuidados Paliativos**

A subcategoria Atuação em Cuidados Paliativos foi identificada em 35,7% dos estudos analisados (5/14), revelando-se como uma dimensão qualitativamente relevante da prática psicológica em UTIs, mesmo com sua menor frequência relativa. Os resultados demonstram que a intervenção psicológica neste contexto produz impactos significativos, especialmente quando implementada de forma precoce e sistemática.

Duong et al. (2024) evidenciaram que a participação do psicólogo em interconsultas realizadas nas primeiras 72 horas de internação está associada a uma redução mensurável nos níveis de ansiedade familiar. Este achado é particularmente relevante considerando o caráter crítico das primeiras horas de internação em UTI, quando as famílias enfrentam maior vulnerabilidade emocional. Paralelamente, Souza (2023) destacou o papel fundamental do psicólogo como disseminador de práticas paliativas essenciais, com ênfase especial no Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) e nas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Estas ferramentas emergem como instrumentos cruciais para preservar a autonomia do paciente mesmo em contextos de extrema vulnerabilidade, permitindo que suas preferências e valores sejam respeitados ao longo de todo o processo assistencial.

A relevância desta atuação encontra sólido embasamento nos princípios fundamentais da bioética, particularmente no que concerne ao respeito à autonomia do paciente. Como observam Aceti, Teixeira e Braz (2022), a prática psicológica em cuidados paliativos exige um conjunto específico de competências que transcendem a formação básica em psicologia hospitalar. As autoras destacam que o psicólogo paliativista deve desenvolver habilidades interprofissionais sofisticadas, capacitando-o para atuar simultaneamente em três dimensões complementares: na esfera assistencial, com atendimento direto a pacientes, familiares e equipe em situações de terminalidade e luto; no âmbito institucional, mediando conflitos éticos e

fortalecendo a equipe interdisciplinar; e no nível sistêmico, contribuindo para a formulação de políticas públicas que ampliem o acesso a cuidados paliativos de qualidade.

A relativa baixa frequência desta subcategoria (35,7%) evidencia os desafios históricos na implementação de cuidados paliativos em UTIs, que agora encontram respaldo na recém-instituída Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) através da Portaria GM/MS nº 3.681/2024. Esta política representa um avanço significativo ao formalizar a integração dos cuidados paliativos no SUS, oferecendo um marco regulatório para superar as resistências culturais e o tabu da morte ainda presentes no sistema de saúde. A PNCP reforça especificamente a necessidade de atuação interprofissional - incluindo psicólogos - desde o diagnóstico de doenças graves, com ênfase na implementação precoce de abordagens como o PAC e DAV, além da formação continuada das equipes. A PNCP surge assim como uma oportunidade estrutural para ampliar e qualificar a atuação do psicólogo em UTIs, transformando as barreiras identificadas em práticas institucionalizadas e sistêmicas. A política prevê ainda a necessidade de avaliação sistemática dessas práticas, incluindo indicadores psicológicos, o que abre caminho para futuras pesquisas que possam mensurar o impacto das intervenções em diferentes contextos de cuidado intensivo (Brasil, 2024).

Portanto, o impacto qualitativo demonstrado pelos estudos sugere que esta é uma área prioritária para investimentos futuros. A integração sistemática do psicólogo nas equipes de cuidados paliativos em UTIs mostra-se como estratégia fundamental para garantir que os princípios da humanização sejam efetivamente implementados, mesmo nos contextos mais desafiadores da prática em terapia intensiva. Esta abordagem não apenas beneficia pacientes e familiares, mas também contribui para a qualificação global da equipe multiprofissional no manejo de situações complexas envolvendo finitude e sofrimento psíquico.

### **5.5 Capacitação da equipe**

A subcategoria Capacitação da Equipe foi identificada em 28,57% dos estudos analisados (4/14), demonstrando ser uma abordagem fundamental para a implementação de práticas humanizadas no contexto intensivista. Esta dimensão da atuação psicológica engloba iniciativas de treinamento e educação continuada voltadas para profissionais da UTI, com foco específico em humanização, comunicação eficaz e cuidados centrados no paciente e família.

Os programas educacionais estruturados mostraram-se particularmente eficazes, conforme evidenciado por Toivonen *et al.* (2020) com a implementação do programa Close Collaboration with Parents™. Esta intervenção resultou em aumento significativo da confiança da equipe nos familiares, além de promover uma valorização mais ampla da percepção parental

através da prática sistemática de escuta ativa. Garcia *et al.* (2022) ampliam esta perspectiva ao destacar a importância da educação continuada não apenas para a equipe multiprofissional como um todo, mas especificamente para o próprio profissional de psicologia, ressaltando o caráter contínuo e dinâmico da qualificação necessária neste contexto.

Haines *et al.* (2022) aprofundaram esta abordagem ao desenvolverem programas específicos sobre a Síndrome Pós-Terapia Intensiva, capacitando os profissionais para reconhecer e manejar adequadamente esta condição complexa. Complementando estas iniciativas, Tripathy *et al.* (2020) implementaram palestras educativas para a equipe sobre a utilização de diários da UTI como ferramenta de humanização, demonstrando como estratégias aparentemente simples podem ter impacto significativo na qualidade do cuidado.

A capacitação da equipe configura-se como poderoso multiplicador de práticas humanizadas, alinhando-se com o conceito contemporâneo de cuidado centrado no paciente. No entanto, como alerta Oliveira (2010), persistem desafios estruturais significativos na implementação efetiva destas iniciativas. A escassez de serviços de saúde organizados como espaços coletivos de discussão e compartilhamento de experiências, somada a problemas como condições de trabalho desgastantes, precarização das relações laborais e gestão centralizada, cria um ambiente que frequentemente contraria os princípios da humanização.

Neste contexto, o dispositivo da PNH - Programa de Formação em Saúde e Trabalho - emerge como estratégia promissora. Esta iniciativa visa desenvolver, em conjunto com os trabalhadores, modos mais saudáveis de ser e trabalhar no SUS, fortalecendo os coletivos de trabalho e criando espaços institucionais para a circulação e desenvolvimento destes saberes. A atuação do psicólogo na capacitação das equipes de UTI mostra-se, portanto, não apenas como estratégia de qualificação técnica, mas como ferramenta de transformação das culturas organizacionais em saúde, promovendo ambientes mais acolhedores tanto para profissionais quanto para pacientes e familiares.

## **5.6 Intervenções institucionais**

A subcategoria Intervenções Institucionais, presente em 28,5% dos estudos analisados, evidenciou o papel estratégico do psicólogo na implementação de protocolos estruturados para humanização em UTIs. Os artigos revisados demonstraram atuações em três frentes principais. Em primeiro lugar, no Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) e Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), com Souza (2023) destacando que os psicólogos hospitalares atuam como agentes-chave na operacionalização desses instrumentos, garantindo que as preferências do paciente sobre tratamentos futuros sejam documentadas e respeitadas.



Em segundo lugar, os estudos revelaram a importância dos Programas de Treinamento Multiprofissional. Toivonen et al. (2020) demonstraram o impacto do programa *Close Collaboration with Parents™*, onde psicólogos atuam como mentores da equipe multiprofissional, capacitando-os para incluir famílias no processo decisório. Por fim, as Intervenções Sensoriais e Avaliação Psicométrica emergiram como estratégia inovadora, com Neri et al. (2022) introduzindo intervenções baseadas em perfis psicossensoriais, como a seleção de imagens para ambientação da UTI, combinadas com avaliações pré e pós-intervenção por meio de escalas de sofrimento. Os resultados dessas intervenções apontaram uma melhora na percepção de acolhimento pelos pacientes, demonstrando seu potencial transformador no ambiente de terapia intensiva.

Os achados desta revisão sobre intervenções institucionais em UTIs dialogam diretamente com os princípios da Clínica Ampliada, conforme estabelecido nas Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) no SUS. A implementação de protocolos como PAC e DAV pelos psicólogos hospitalares materializa justamente o conceito de saúde integral, ao garantir que as dimensões psicossociais e de autonomia do paciente sejam consideradas nas decisões clínicas (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Além disso, as intervenções ambientais revelam ainda outro aspecto crucial da Clínica Ampliada: a compreensão dos determinantes biopsicossociais da saúde. Ao modificar aspectos físicos da UTI que impactam o bem-estar psicológico, essas ações operacionalizam na prática a visão integral do cuidado preconizada pelo modelo.

## 5.7 Apoio pós-alta

Embora presente em apenas 3 dos 14 estudos analisados (21,4%), a subcategoria Apoio Pós-Alta revelou-se como uma dimensão importante para a humanização do cuidado em UTI, demonstrando a necessidade de acompanhamento psicológico contínuo após a alta hospitalar. Os estudos destacaram diferentes modalidades de intervenção e seus impactos. Haines et al. (2022) evidenciaram a importância do apoio psicológico precoce e contínuo para cuidadores, os quais relataram maior capacidade de enfrentamento quando recebiam acompanhamento especializado. Esse achado reforça a premissa de que a humanização deve estender-se além dos limites físicos da UTI, contemplando as demandas psicossociais pós-hospitalização.

Duong et al. (2024) ofereceram dados contrastantes: embora ligações telefônicas de acompanhamento com psicólogos não tenham apresentado diferenças significativas nos níveis de ansiedade ou depressão em 3 e 6 meses após a alta, intervenções estruturadas focadas no trauma e nas sequelas da hospitalização mostraram redução estatisticamente significativa nos

sintomas de ansiedade, depressão e TEPT entre os sobreviventes. Esse resultado sugere que a efetividade do apoio pós-alta está diretamente vinculada à especificidade da intervenção psicológica.

Por fim, Langer et al. (2022) destacaram um modelo indireto de aconselhamento, no qual psicólogos atuaram como supervisores da equipe médica, orientando a comunicação com familiares no período pós-internação. Em comparação ao período pré-pandêmico, os médicos relataram maior segurança ao lidar com questões emocionais dos pacientes e familiares quando tinham suporte psicológico especializado, mesmo que indireto. Em concordância com esses achados, Sandri, Nogueira e Casanova (2024) concluíram que a integração de serviços de diferentes níveis de atenção e estratégias específicas com capacitação dos profissionais para oferta de cuidado integral, durante e após-alta da UTI e do hospital, é uma importante estratégia a ser fortalecida.

A baixa prevalência dessa subcategoria (21,4%) reflete um desafio estrutural: a falta de políticas que assegurem a transição entre UTI e comunidade. Conforme as Referências Técnicas para Atuação no SUS, a humanização deve ser um processo contínuo, exigindo protocolos de seguimento para pacientes e familiares, com foco em sequelas psicológicas, integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo que casos graves recebam acompanhamento especializado, além da capacitação multiprofissional, incluindo profissionais da atenção primária no manejo de sequelas pós-UTI.

Embora os achados sejam promissores, a escassez de pesquisas nessa área indica a urgência de investimentos em modelos de pós-alta que efetivamente concretizem os princípios da humanização além dos limites hospitalares.

Quadro 3 – Estratégias Utilizadas pelo Psicólogo para Promover a Humanização na UTI (2025)

Subcategoria Temática	Descrição	Frequência (n=14)	Artigos Representativos
Comunicação Humanizada	Protocolos e práticas para melhorar a transparência e empatia na comunicação com pacientes/famílias.	6/14	Langer et al. (2022), Haines et al. (2022), Paul et al. (2024), Silva; Almeida; Corrêa (2023); Duong et al. (2024),Souza (2023),

<b>Visitação Flexível</b>	Políticas que ampliam o acesso de familiares, adaptando-se a contextos específicos.	5/14	Duong et al. (2024), Leong et al. (2023), Paul et al. (2024), Silva; Almeida; Corrêa (2023); Domingues; Melo (2023)
<b>Envolvimento Familiar Ativo</b>	Estratégias para integrar familiares nos cuidados e decisões.	5/14	Toivonen et al. (2020), Leong et al. (2023), Paul et al. (2024), Haines et al. (2022), Duong et al. (2024)
<b>Ferramentas de Registro</b>	Uso de diários da UTI ou outros métodos para documentar e compartilhar informações emocionais/clínicas.	3/14	Tripathy et al. (2020), Duong et al. (2024), Haines et al. (2022)
<b>Intervenções Ambientais</b>	Modificações físicas ou sensoriais no espaço da UTI para reduzir estresse e promover conforto.	3/14	Neri et al. (2022), Leong et al. (2023), Casarini; Prado; Cardoso (2022).

Fonte: Dados organizados pela pesquisadora, 2025.

## 5.8 Comunicação humanizada

A subcategoria Comunicação Humanizada emergiu como a estratégia mais predominante na atuação do psicólogo para promover a humanização em UTIs, estando presente em 6/14 dos estudos analisados. Essa abordagem caracteriza-se pela implementação de protocolos e práticas que visam ampliar a transparência e a empatia na comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Nesse viés, Silva, Almeida e Corrêa (2023) destacam que a comunicação humanizada envolve o estabelecimento de relações interpessoais pautadas no respeito e na empatia, com ações que potencializam o cuidado integral. Segundo os autores, essa prática requer não apenas clareza na transmissão de informações, mas também eficiência da equipe no manejo de situações críticas, como o alívio da dor e o suporte emocional. Em consonância, Casarini, Prado e Cardoso (2022) reforçam que a humanização da comunicação está intrinsecamente ligada à capacidade dos profissionais de saúde em vivenciar cada momento do cuidado com plena atenção, garantindo que as interações ocorram de forma empática e digna. Essa postura,

segundo os pesquisadores, é fundamental para promover a reabilitação psíquica dos pacientes em ambientes de alta complexidade, como as UTIs.

Complementando a perspectiva supracitada, Souza (2023) demonstra que ferramentas como PAC e as DAV podem ser empregadas para otimizar o processo comunicativo. Esses instrumentos não apenas facilitam a compreensão do paciente sobre seu quadro clínico e tratamento, mas também asseguram a continuidade do diálogo com familiares, especialmente em situações de prognóstico reservado. A autora ressalta que a equipe multiprofissional deve dedicar momentos específicos para esclarecer dúvidas, explicar procedimentos e discutir expectativas, fortalecendo assim a autonomia e a confiança no cuidado recebido.

Os achados desta revisão corroboram a perspectiva de Oliveira (2025) sobre a comunicação em serviços de saúde, destacando que, em UTIs, a transmissão de informações deve articular clareza técnica e sensibilidade emocional. A implementação de protocolos estruturados – como registros padronizados em prontuários e sistematização de passagens de plantão – emerge como estratégia fundamental para garantir que a comunicação transcenda o nível instrumental, tornando-se ferramenta terapêutica efetiva. A alta prevalência desta subcategoria (42,8%) não apenas reforça sua centralidade no processo de humanização, como explicita seu alinhamento com os eixos da PNH, que concebe a qualidade da interação como fator determinante para cuidado integral.

Contudo, como alertam Campos *et al.* (2017), a implementação dessas práticas esbarra em obstáculos estruturais e culturais. A ausência de ambientes reservados para diálogos, a rotina sobrecarregada que desprioriza momentos de escuta qualificada e a formação insuficiente dos profissionais para manejar dimensões emocionais da comunicação criam um paradoxo: mesmo reconhecida como vital, a humanização da comunicação frequentemente sucumbe às demandas operacionais da terapia intensiva. Este cenário é agravado pela desarticulação entre os protocolos teóricos e sua aplicação prática, com equipes frequentemente despreparadas para converter diretrizes em ações cotidianas. Apesar dos avanços, a persistência de desafios indica a necessidade de maior investimento em pesquisas que avaliem sistematicamente o impacto das diferentes estratégias comunicacionais nos desfechos em terapia intensiva.

## **5.9 Visitação flexível**

A subcategoria Visitação Flexível emergiu como outra importante estratégia na promoção da humanização em UTIs, estando presente em 5/14 dos estudos analisados. Esta abordagem caracteriza-se pela implementação de políticas que ampliam e adaptam o acesso de

familiares ao ambiente de terapia intensiva, considerando contextos específicos como pandemias ou particularidades de unidades especializadas (neonatais, pediátricas, etc.). Silva, Almeida e Corrêa (2023), em consonância com Duong et al. (2024), destacaram que a flexibilização de horários de visita em UTIs neonatais demonstrou associação significativa com a redução dos níveis de ansiedade familiar. Estes achados sugerem que a maior proximidade entre pais e recém-nascidos contribui para a diminuição do estresse emocional característico dessas situações.

Paralelamente, Domingues e Melo (2023) abordaram a adaptação desta estratégia em contextos de restrição sanitária, descrevendo a implementação de visitas virtuais como alternativa eficaz para manutenção do vínculo afetivo entre pacientes e familiares. Os autores ressaltaram que esta modalidade não compromete a segurança clínica, ao mesmo tempo em que mitiga os efeitos psicológicos negativos do isolamento. Complementando estas evidências, Paul et al. (2024) identificaram que políticas de visita aberta - permitindo que familiares acessem a UTI em horários convenientes - atuaram como fator protetivo para os pacientes. Segundo os pesquisadores, esta abordagem proporcionou suporte emocional contínuo, redução significativa dos níveis de ansiedade, diminuição da sensação de isolamento e, conseqüentemente, melhora na adesão ao tratamento.

Os resultados encontrados alinham-se com os princípios da PNH, particularmente no que concerne ao direito à visita aberta e acompanhamento (Oliveira, 2010). A visita flexível opera como elemento transformador em múltiplas dimensões do cuidado intensivo. Do ponto de vista clínico, seus benefícios se manifestam na redução da ansiedade e melhora da adesão terapêutica. Na esfera organizacional, exige e promove mudanças nos fluxos hospitalares, como evidenciado nos estudos sobre adaptação às restrições pandêmicas.

Wrzesinski (2019) alerta, contudo, que a implementação bem-sucedida desta estratégia demanda processos psicoeducativos abrangentes, envolvendo não apenas familiares e pacientes, mas também as equipes assistenciais. A resistência de profissionais à flexibilização de visitas, frequentemente relatada na literatura, reflete preocupações legítimas com controle de infecções e sobrecarga de trabalho, mas também revela a necessidade de mudanças culturais profundas nas instituições de saúde.

A média de implementação relativamente baixa (35,7% dos estudos) sugere que, apesar dos benefícios comprovados, persistem desafios significativos. Entre eles, destacam-se as limitações físicas das unidades, a escassez de protocolos institucionais claros e a carência de indicadores padronizados para avaliar os impactos das diferentes modalidades de visita. O psicólogo emerge neste contexto como agente fundamental de transformação, atuando

simultaneamente em três frentes: como mediador dos conflitos entre equipe e família, como educador no processo de mudança institucional e como avaliador dos impactos psicossociais das políticas de visitação. Seu papel transcende, portanto, a esfera clínica individual, contribuindo para a construção de sistemas de cuidado holístico.

### **5.10 Envolvimento familiar ativo**

A subcategoria Envolvimento Familiar Ativo foi identificada em 35,7% dos estudos analisados (5/14), demonstrando ser uma abordagem relevante para a humanização do cuidado em terapia intensiva. Esta estratégia compreende iniciativas que visam integrar efetivamente os familiares nos processos de cuidado e tomada de decisão, promovendo sua participação ativa no ambiente da UTI.

Nesse viés, Duong et al. (2024) destacaram que os profissionais de saúde, em colaboração com a liderança da UTI, podem implementar oportunidades estruturadas para que os familiares participem de tarefas básicas de cuidado, como alimentação e higiene dos pacientes. Esta abordagem não apenas facilita o vínculo entre paciente e família, mas também contribui para a humanização.

Um dos estudos mais relevantes nesta temática foi desenvolvido por Toivonen et al. (2020), que implementaram um programa educacional em quatro fases para promover o cuidado centrado na família em UTIs neonatais. O programa consistiu em: (1) observação cuidadosa do bebê, (2) desenvolvimento de planos de cuidado compartilhados, (3) valorização da história parental, e (4) tomada de decisão conjunta. Os resultados demonstraram melhora significativa no apoio aos pais e à família, com aumento na pontuação média de 2,61 para 2,82 ( $p=0,0001$ ), evidenciando o impacto positivo desta intervenção. O programa foi complementado com a distribuição de folhetos educativos, que fortaleceram ainda mais o envolvimento familiar.

Por sua vez, Haines et al. (2022) abordaram especificamente o período pré-alta, desenvolvendo um programa de treinamento para cuidadores que incluía: melhor acesso a suporte psicológico, orientações sobre reabilitação física e educação direcionada sobre as mudanças cognitivas e comportamentais que os pacientes podem apresentar após a UTI, com ênfase especial no delírio pós-UTI. Os autores ressaltaram a importância da supervisão dos cuidadores ainda durante a internação, preparando-os adequadamente para os desafios do cuidado pós-alta.

Estes achados convergem para a compreensão de que o envolvimento ativo da família não se limita à presença física na UTI, mas sim a uma participação qualificada e orientada nos cuidados vista em Souza *et al.* (2020). A integração dos familiares como parceiros da equipe multiprofissional mostra-se como uma estratégia eficaz para humanizar o ambiente de terapia intensiva, beneficiando pacientes, familiares e profissionais de saúde.

A análise dos estudos revela que, embora presente em apenas 35,7% da amostra, esta subcategoria apresenta resultados consistentes quanto à sua eficácia. A implementação de programas estruturados de envolvimento familiar, com objetivos claros e avaliação sistemática dos resultados, mostra-se como caminho promissor para a consolidação de práticas humanizadas em UTIs.

### **5.11 Ferramentas de registro**

A subcategoria Ferramentas de Registro foi identificada em 21,4% dos estudos analisados (3/14), referindo-se à utilização de diários da UTI e outros métodos de documentação para registrar e compartilhar informações emocionais e clínicas durante o período de internação. Embora menos frequente na amostra, esta abordagem demonstrou potencial significativo como instrumento de humanização no ambiente de terapia intensiva.

Haines et al. (2022) identificaram que a utilização de diários durante a internação na UTI pode auxiliar no processo de recuperação pós-alta, conforme relatado por sobreviventes e cuidadores. Os participantes do estudo sugeriram que esses registros funcionam como um importante recurso para "reconectar-se" com a experiência da UTI, facilitando a elaboração psicológica do período crítico de internação.

Por sua vez, Duong et al. (2024) investigaram especificamente os diários da UTI escritos por familiares e profissionais de saúde, constatando que, embora essa prática não tenha demonstrado diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de TEPT, ela pode proporcionar alívio mental e emocional para os envolvidos. Este achado sugere que o valor terapêutico dos diários pode transcender seus efeitos mensuráveis em escalas clínicas específicas.

Ademais, Tripathy et al. (2020) destacaram o papel multidimensional dos diários na humanização do cuidado em UTIs. Segundo os autores, esses registros atuam como pontes de comunicação, conectando pacientes, familiares, profissionais de saúde e a comunidade através da partilha de emoções, informações e esperanças. A pesquisa enfatizou que essas intervenções,

por serem de baixo custo e fácil implementação, merecem ser incentivadas e testadas em diferentes contextos institucionais à medida que novas evidências forem sendo produzidas.

Os achados desta revisão encontram ressonância nos trabalhos de Mussart (2024), que identificou três eixos principais de atuação das ferramentas de registro: (1) fortalecimento da conexão entre pacientes, familiares e equipes; (2) organização e preservação de informações relevantes; e (3) reflexão sobre aspectos éticos inerentes ao processo de documentação. Esta tríade demonstra como os diários podem operar simultaneamente em níveis emocionais, práticos e reflexivos. Além disso, a referida pesquisa cita que a implementação bem-sucedida dessas ferramentas, conforme evidenciado pelos estudos, depende fundamentalmente da criação de fluxos de trabalho claros e da construção de uma cultura de colaboração entre todos os envolvidos. A resistência inicial de profissionais, muitas vezes relacionada à sobrecarga de trabalho ou à preocupação com aspectos legais, pode ser superada através de processos de capacitação que enfatizem os benefícios comprovados desta prática (Mussart 2024).

A relativa escassez de estudos sobre o tema (apresentando-se em apenas 21,4% da amostra analisada) aponta para uma área promissora de investigação futura. Pesquisas longitudinais que comparem diferentes modelos de registro (escritos, digitais ou multimodais) e seu impacto em variáveis como adesão ao tratamento, incidência de delirium e satisfação familiar poderiam trazer contribuições valiosas para o campo.

### **5.12 Intervenções ambientais**

A subcategoria Intervenções Ambientais foi identificada em 21,4% dos estudos analisados (3/14), demonstrando ser uma estratégia relevante, embora ainda subutilizada, para promover a humanização em UTIs. Estas intervenções consistem em modificações físicas e sensoriais no espaço da UTI, com o objetivo de reduzir o estresse e promover conforto para pacientes, familiares e equipe multiprofissional.

No contexto neonatal, Neri et al. (2022) implementaram com sucesso intervenções pictóricas em uma UTIN, utilizando imagens selecionadas para transformar o ambiente físico. Esta abordagem mostrou-se particularmente eficaz para auxiliar na redução do sofrimento parental e melhorar a percepção afetiva do espaço hospitalar. Os resultados sugerem que tais modificações podem mitigar significativamente os efeitos negativos da hospitalização prolongada em unidades neonatais.

Leong *et al.* (2023) revelaram uma importante lacuna no ambiente das UTIs convencionais: a predominância de espaços clínicos frios e barulhentos, com pouca atenção às



áreas de apoio para familiares. Seu estudo, realizado em um hospital terciário na Malásia, destacou a necessidade urgente de repensar não apenas os leitos de terapia intensiva, mas também os espaços adjacentes, como salas de espera e áreas de convivência.

Complementando estas descobertas, Casarini, Prado e Cardoso (2022) propuseram uma abordagem holística para o design de UTIs, argumentando que a organização do espaço físico deve facilitar a construção de significados positivos durante a experiência hospitalar. Segundo os autores, a ambientação adequada vai além da estética, influenciando diretamente os processos psicológicos de pacientes e acompanhantes.

Os achados desta revisão encontram sólido respaldo nos princípios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010), que reconhece a ambiência como componente essencial para a qualidade do cuidado. A PNH enfatiza que os espaços de saúde devem ser organizados considerando tanto aspectos técnicos quanto subjetivos, criando ambientes que promovam conforto físico e emocional para todos os usuários.

Apesar dos benefícios comprovados, a implementação de intervenções ambientais ainda enfrenta desafios significativos. Muitas UTIs mantêm um modelo arquitetônico ultrapassado, priorizando a densidade de equipamentos em detrimento do conforto humano. Esta realidade reflete, em parte, uma cultura hospitalar que tradicionalmente separa as dimensões técnicas das humanísticas no cuidado intensivo.

A relativa escassez de pesquisas sobre o tema (apenas 21,4% da amostra) indica a necessidade de maior investimento nesta área. Pesquisas futuras deveriam explorar, com maior rigor metodológico, como diferentes tipos de intervenção ambiental afetam variáveis específicas como níveis de estresse, incidência de delirium e satisfação dos usuários.

Portanto, compreende-se que o psicólogo hospitalar tem papel estratégico neste processo, atuando como mediador entre as necessidades humanas e as possibilidades técnicas de transformação dos espaços. Sua contribuição é particularmente valiosa na avaliação dos impactos emocionais das intervenções ambientais e na articulação entre os diversos atores envolvidos no redesign das UTIs.

Quadro 4 – Impacto da Atuação do Psicólogo na Percepção dos Envolvidos

Subcategoria Temática	Descrição	Frequência (n=14)	Artigos Representativos
<b>Bem-estar psicológico de pacientes</b>	Redução de sintomas como ansiedade, TEPT e depressão, além de fortalecimento da autonomia.	11/14	Domingues; Melo (2023), Silva; Almeida; Corrêa (2023), Casarini; Prado; Cardoso (2022), Souza (2023), Haines et al. (2022), Duong et al. (2024), Paul et al. (2024), Tripathy et al. (2020); Neri et al. (2022), Langer et al. (2022), Toivonen et al. (2020)
<b>Empoderamento das famílias</b>	Melhora na compreensão do quadro clínico, participação ativa e sensação de segurança.	8/14 (57,14%)	Domingues; Melo (2023), Kolachi; Becker; Crepaldi (2020), Souza (2023), Duong et al. (2024), Paul et al. (2024), Tripathy et al. (2020)., Leong et. al. (2023), Langer et al. (2022)
<b>Integração e capacitação da equipe</b>	Aprimoramento da comunicação interprofissional, coesão e alinhamento ético.	8/14 (57,14%)	Domingues; Melo (2023), Casarini; Prado; Cardoso (2022); Kolachi; Becker; Crepaldi (2020), Souza (2023), Haines et al. (2022), Paul et al. (2024), Toivonen et al. (2020), .Leong et. al. (2023), Langer et al. (2022)

Fonte: Dados organizados pela pesquisadora, 2025.

### 5.13 Bem-estar psicológico de pacientes

A subcategoria Bem-estar Psicológico de Pacientes emergiu como a mais significativa na análise dos impactos da atuação do psicólogo em UTIs, presente em 78,57% dos estudos revisados (11/14). Os resultados demonstram que a intervenção psicológica especializada está associada a: (1) redução de sintomas como ansiedade, depressão TEPT; (2) fortalecimento da autonomia do paciente; e (3) melhoria na qualidade global da experiência de hospitalização.

Domingues e Melo (2023) destacaram especificamente o contexto neonatal, onde o trabalho psicológico possibilitou maior conhecimento das características dos bebês por parte dos familiares. Esta compreensão aprofundada gerou sensação de proximidade e participação

ativa durante a internação, fortalecendo significativamente o vínculo família-bebê mesmo em condições críticas de saúde. Tal achado é particularmente relevante, pois sugere que o bem-estar psicológico transcende a comunicação verbal.

Ademais, Silva, Almeida e Corrêa (2023), em consonância com Souza (2023), identificaram que a atuação psicológica promove sentimentos de segurança e proteção nos pacientes adultos, além de fortalecer sua autonomia e dignidade durante o processo de hospitalização. Estes resultados são especialmente significativos no contexto de UTI, onde a perda de controle e autonomia é frequente fonte de sofrimento psíquico.

Complementando estas evidências, Casarini, Prado e Cardoso (2022) observaram que o acompanhamento psicológico facilitou a reformulação de projetos de vida e o fortalecimento do self por parte dos pacientes, fatores estes identificados como elementos-chave para resiliência e recuperação. Este aspecto é crucial, pois sugere que a intervenção psicológica em UTI não se limita ao manejo sintomático, mas contribui para processos identitários mais profundos durante e após a experiência crítica de saúde.

Estes achados coletivamente sugerem a efetiva concretização da clínica ampliada, princípio fundamental da Política Nacional de Humanização (PNH). Como destacado por Oliveira (2010), esta abordagem reconhece que, além das características patológicas comuns, cada paciente apresenta singularidades em suas atitudes, sentimentos e manifestações sintomáticas. A atuação psicológica em UTI opera precisamente nesta intersecção entre o universal e o singular, permitindo que as respostas emocionais individuais sejam validadas e trabalhadas, os processos de subjetivação sejam mantidos mesmo em condições extremas, a dignidade e autonomia sejam preservadas frente à vulnerabilidade.

A alta prevalência desta subcategoria (78,57%) corrobora a tese de que o bem-estar psicológico não é mero coadjuvante, mas componente central do cuidado integral em terapia intensiva. Esta evidência é particularmente relevante considerando o paradigma tradicional das UTIs, frequentemente centrado em indicadores biomédicos.

#### **5.14 Empoderamento da família**

A subcategoria Empoderamento Familiar emergiu como o segundo impacto mais prevalente da atuação psicológica em UTIs, estando presente em 57,14% dos estudos analisados (8/14). Os resultados demonstram que a intervenção profissional promove transformações significativas na experiência dos familiares no ambiente de terapia intensiva, particularmente no que diz respeito à melhoria na compreensão do quadro clínico, participação ativa nos processos decisórios e desenvolvimento de uma sensação de segurança. Estes elementos

combinados constituem-se como eixo fundamental para a humanização do cuidado em seu sentido mais amplo.

Diversos estudos convergem na identificação dos benefícios específicos desta atuação. Duong *et al.* (2024), Domingues e Melo (2023) e Langer *et al.* (2022) destacam que o trabalho psicológico proporciona maior clareza informacional aos familiares, resultando em redução mensurável do estresse familiar. Este efeito se manifesta concretamente através da diminuição dos níveis de ansiedade, melhoria nos indicadores de saúde mental dos cuidadores e aumento significativo da satisfação com o cuidado recebido.

Em contextos particularmente desafiadores, como no enfrentamento de prognósticos negativos, Kolachi, Becker e Crepaldi (2020) demonstraram o papel crucial do psicólogo no fortalecimento emocional das famílias. Os autores observaram o desenvolvimento de estratégias adaptativas eficazes mesmo em situações clínicas limite, onde o suporte psicológico mostrou-se determinante para o enfrentamento da realidade médica. Complementando estes achados, Souza (2023) evidenciou que a utilização sistemática de DAV e PAC na prática psicológica proporciona clareza sobre as preferências e valores do paciente, reduzindo a ocorrência de conflitos familiares.

Outras dimensões do empoderamento familiar foram igualmente destacadas na literatura revisada. Leong *et al.* (2023) identificaram que as intervenções psicológicas geram nos familiares uma sensação de segurança ampliada, decorrente tanto do melhor entendimento dos processos clínicos quanto do estabelecimento de vínculos mais sólidos com a equipe de saúde. Paul *et al.* (2024), por sua vez, evidenciaram o desenvolvimento de marcada sensação de acolhimento entre os familiares que receberam acompanhamento psicológico sistemático. Tripathy *et al.* (2020) acrescentam a estas descobertas a constatação de que tais práticas resultam em redução significativa do medo e da ignorância sobre os processos característicos do ambiente de UTI, com diminuição de relatos de "medo do desconhecido" após a implementação das intervenções psicológicas.

Estes resultados encontram sólido respaldo teórico nas proposições de Muniz e Silveira (2020) sobre o papel mediador do psicólogo hospitalar. Os autores destacam que este profissional atua na interface dinâmica entre paciente, família e equipe de saúde, otimizando os fluxos comunicacionais e transformando as dinâmicas relacionais características do ambiente de terapia intensiva. A presente revisão amplia essa compreensão ao demonstrar que o empoderamento familiar constitui um processo multidimensional complexo, que engloba desde aspectos puramente informacionais - como o entendimento adequado do quadro clínico - até dimensões emocionais profundas - como o desenvolvimento de segurança e acolhimento - e

aspectos práticos decisórios - exemplificados pela participação ativa nos processos de cuidado. Particularmente relevante é a transformação observada no papel da família no contexto da UTI, que evolui de uma posição tradicionalmente passiva e espectadora para uma atuação como parceira ativa no processo de cuidado, conforme claramente evidenciado nos estudos sobre a aplicação de PAC e DAV (Souza, 2023).

A significativa prevalência desta subcategoria - presente em mais da metade dos estudos analisados - consolida o empoderamento familiar como pilar fundamental para modelos de UTI verdadeiramente centrados no paciente e na família. Seus efeitos positivos transcendem o período agudo de internação, influenciando de maneira duradoura todo o processo de recuperação e adaptação pós-alta, o que reforça a importância da integração do psicólogo como membro essencial das equipes multiprofissionais em terapia intensiva.

### **5.15 Integração e capacitação da equipe**

A subcategoria Integração e Capacitação da Equipe emergiu em 57,14% dos estudos analisados (8/14), demonstrando impactos significativos na dinâmica de trabalho em UTIs através do aprimoramento da comunicação interprofissional, aumento da coesão grupal e fortalecimento do alinhamento ético nas práticas de cuidado. Estes achados revelam que a atuação psicológica transcende o atendimento direto ao paciente, influenciando positivamente a estrutura e funcionamento das equipes multiprofissionais.

Domingues e Melo (2023), Kolachi, Becker e Crepaldi (2020) e Souza (2023) convergem em seus resultados ao identificarem transformações marcantes nas equipes após a inserção sistemática do psicólogo no contexto intensivo. Os estudos relatam melhoria sensível na qualidade das comunicações interpessoais, desenvolvimento de maior coesão grupal e aprimoramento na capacidade de resolução de conflitos. Particularmente relevante é a observação de que esta intervenção promove simultaneamente maior alinhamento ético e técnico nos cuidados prestados, sugerindo que a atuação psicológica contribui para harmonizar as dimensões humanística e tecnológica do trabalho em UTIs.

Paul et al. (2024) e Casarini, Prado e Cardoso (2022) complementam esta perspectiva ao destacarem especificamente a melhoria na comunicação interprofissional como fator catalisador de resiliência e recuperação. Os autores enfatizam que o estabelecimento de vínculos mais sólidos entre os membros da equipe, mediado pela atuação psicológica, cria um ambiente propício tanto para o cuidado humanizado quanto para o suporte mútuo entre profissionais. Esta constatação é reforçada pelos achados de Toivonen et al. (2020), que

identificaram melhoria mensurável nas habilidades de colaboração com familiares, particularmente no aumento da confiança dos pais nos profissionais da UTI neonatal.

No que concerne à adesão às diretrizes de humanização, Haines et al. (2022) registraram melhorias significativas nos serviços de saúde a partir dos relatos de pacientes e cuidadores sobre a qualidade do acolhimento profissional durante a hospitalização. Langer et al. (2022) acrescentam a esta perspectiva a importante constatação de que o apoio psicológico sistemático resulta em redução da sobrecarga percebida pela equipe. Contudo, Leong et al. (2023) apresentam dados que equilibram esta visão ao identificarem que a supervisão de familiares pela equipe pode gerar aumento pontual da carga de trabalho, evidenciando a necessidade concomitante de ampliação dos quadros profissionais para sustentar práticas verdadeiramente humanizadas.

Estes achados encontram sólido respaldo nas Referências Técnicas para Atuação do Psicólogo em Saúde (Conselho Federal de Psicologia, 2019), que destacam a importância da abordagem interdisciplinar no contexto hospitalar. Como o documento enfatiza, o psicólogo atua como mediador privilegiado entre as demandas subjetivas do paciente e as práticas técnicas da equipe de saúde, posicionando-se como agente integrador em três frentes simultâneas: (1) atendimento direto ao paciente, (2) suporte familiar e (3) articulação institucional.

A alta prevalência desta subcategoria (57,14%) corrobora a tese de que a atuação psicológica em UTIs produz efeitos sistêmicos que ultrapassam a esfera individual. Os dados sugerem que o psicólogo, ao trabalhar com as dinâmicas emocionais e relacionais da equipe, contribui para a criação de um ambiente terapêutico mais integrado e coeso. Esta transformação é particularmente relevante considerando os desafios inerentes ao trabalho em terapia intensiva, onde a complexidade dos casos e a pressão por resultados frequentemente tensionam as relações interprofissionais.

Os resultados analisados apontam para um modelo de atuação em que o psicólogo hospitalar assume papel ativo na construção de culturas organizacionais mais saudáveis e humanizadas, alinhando-se assim com os princípios da PNH. Contudo, como evidenciado por Leong et al. (2023), esta transformação requer investimentos estruturais concomitantes, particularmente no que diz respeito à adequação de quadros profissionais e à criação de espaços institucionais para reflexão e crescimento coletivo.

## 6 CONCLUSÃO

Esta monografia buscou investigar o papel do psicólogo como facilitador da humanização em UTI's a, com ênfase nas estratégias utilizadas e seus impactos sobre pacientes, familiares e equipe multiprofissional. A análise dos estudos revelou que a atuação psicológica na UTI estrutura-se em seis dimensões fundamentais: (1) mediação da comunicação, (2) suporte emocional, (3) cuidados paliativos, (4) capacitação da equipe, (5) intervenções institucionais e (6) apoio pós-alta. Dentre as estratégias mais eficazes, destacam-se a comunicação humanizada, a visita flexível, os programas educativos institucionais, o envolvimento familiar ativo, as ferramentas de registro e as intervenções ambientais, que demonstram impactos significativos no bem-estar psicológico dos pacientes, no empoderamento das famílias e na integração das equipes multiprofissionais.

A principal contribuição deste estudo reside no mapeamento sistemático de intervenções validadas empiricamente, oferecendo um panorama abrangente das práticas mais eficazes para humanização em UTIs. Os resultados reforçam a necessidade urgente de integração plena do psicólogo nas equipes de terapia intensiva, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização, não como profissional facultativo, mas como elemento central para a qualidade do cuidado.

Como limitações do estudo, destacam-se dois aspectos principais: a predominância de pesquisas qualitativas (85,7% da amostra), que restringe a generalização dos achados, e o fato de a maioria dos estudos analisados ter sido conduzida em contextos internacionais, o que pode limitar a aplicabilidade imediata dos resultados à realidade do sistema de saúde nacional. Essa lacuna na literatura brasileira aponta para a necessidade de pesquisas que investiguem especificamente a atuação psicológica em UTIs do SUS.

Para avançar no campo, recomenda-se a realização do desenvolvimento de protocolos padronizados para avaliação sistemática das intervenções de humanização, bem como a condução de pesquisas longitudinais comparando diferentes modelos de atuação. Investigações futuras deveriam priorizar também a articulação entre as práticas de humanização e os indicadores clínicos objetivos, como tempo de internação e incidência de complicações.

Os resultados desta revisão consolidam a compreensão de que a humanização em UTIs transcende a mera assistência complementar, configurando-se como eixo estruturante do cuidado integral. A psicologia, ao mediar relações complexas, promover ambientes terapêuticos e qualificar as interações profissionais, revela-se disciplina imprescindível para a construção de

uma terapia intensiva verdadeiramente centrada na dimensão humana das pessoas. Este trabalho reforça, portanto, não apenas a relevância científica da atuação psicológica em UTIs, mas sua urgente necessidade como prática institucional regular no âmbito do sistema de saúde brasileiro.



## REFERÊNCIAS

- ACETI, D.; TEIXEIRA, H. A; BRAZ, M.S. **Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo paliativista**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1.ed, São Paulo, 2022.
- ASSIS, F. E. de.; FIGUEIREDO, S. E. F. M. R de. A Atuação da Psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. **Psicologia Argumento**, v. 37, n. 98, p. 501–512, 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/26130>. Acesso em: 24 maio. 2025.
- ARAUJO, E. A. de .; SOUZA, S. C.; BEZERRA, V. M. de S. . Apoio emocional em ambientes de alta complexidade: O papel do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 14, n. 1, 2025. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/48048>. Acesso em: 18 mai. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3. reimp. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, 13 DE AGOSTO DE 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 ago. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 37, p. 71-72, 25 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 88, seção 1, p. 148, 8 maio 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-554702356>. Acesso em: 10 mai 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas** - 1. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmen; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida (Orgs.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo**: novas páginas de uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 189-194.

CASARINI, K.; PRADO, A. P. C.; CARDOSO, C. L.. Psychological Recovery after Critical Illness and Stay in Hospital ICU. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e235960, 2022.

CAMPOS, C. A. C. A. *et al.* Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. **Saúde Debate**, v. 41, p. 165-174, jun 2017.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília, 2019.

DOMINGUES, S. M.; MELO, E. P.. Atuação da Psicologia em Unidade Neonatal no Contexto da Pandemia da Covid-19. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e255195, 2023.

DUONG, J. *et al.* Family-centered interventions and patient outcomes in the adult intensive care unit: a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of Critical Care**, v. 83, p. 154829, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2024.154829>. Acesso em: 14 fev. 2025.

ESPINHA, T. G.; AMATUZZI, M. M.. O cuidado e as vivências de internação em um hospital geral. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 477-485, out. 2008.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH [online]**. 2004, vol.7, n.1, pp.29-43.

GARCIA, A.S. *et al.* Intervenções do psicólogo hospitalar na unidade de terapia intensiva do sistema único de saúde (sus) no hospital geral. **Connection Line - Revista Eletrônica Do Univag**, n. 27, 2022. Disponível em: <https://periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/1941>. Acesso em: 10 mar. 2025.

GOMES, A. M. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y.; ZANEI, S. S. V. (orgs.). **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 21-26.

HAINES, K. J. *et al.* Patient and caregiver-derived health service improvements for better critical care recovery. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 50, n. 12, p. 1778-1787, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9671858/>. Acesso em: 02. jan. 2025.

KNOBEL, E. *et al.* **Psicologia e Humanização: Assistência aos Pacientes Graves**. São Paulo, Ateneu, 2008.

KOLACHI, S.H.; BECKER, A.P.S.; CREPALDI, M.A. Humanizando sentidos entre a psicologia e a enfermagem: relato de intervenção em uma U.T.I. **Aletheia**, Canoas, v. 53, n. 2, p. 142-153, jul./dez. 2020.

LANGER, T. *et al.* Communication and visiting policies in Italian intensive care units during the first COVID-19 pandemic wave and lockdown: a nationwide survey. **BMC Anesthesiology**, v. 22, n. 1, p. 187, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01726-1>. Acesso em: 14 fev. 2025.

LEONG, E. L. *et al.* The needs and experiences of critically ill patients and family members in intensive care unit of a tertiary hospital in Malaysia: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, p. 627, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09660-9>. Acesso em: 14 fev. 2025.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P.C.M.; MARCO, M.A. De. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH**, v.11, n.1, pp.19-30, 2008.

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

MOURA MIRANDA, L. *et al.* Aspectos psíquicos do paciente internado na uti de um hospital geral: a importância da Psicologia Hospitalar no manejo e cuidado. **Revista Científica Mais Pontal**, v. 1, n. 1, p. 22–31, 2022. Disponível em: <https://revistas.facmais.edu.br/index.php/maispontal/article/view/3>. Acesso em: 12 nov. 2024.

MONTEIRO, J. K. *et al.* Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 366–379, 2013.

Muniz, M.S.; Silveira, B.B. Atuação da Psicologia em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Mosaico**, v.11, n.2, p. 95 - 100, 2020.

MUNIZ, T. S. R. VIEIRA, V. N. OLIVEIRA, T. R. A. Comunicação de más notícias: o psicólogo como mediador entre o médico e a família do paciente na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). **Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades**, Vassouras, v. 15, n. 3, p. 354-364 set./dez. 2024.

MUSSART, K. M. *et al.* Implementação de diário em terapia intensiva: percepção de familiares e da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, 28, 2024. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0172pt>.

NERI, E. *et al.* Parental distress and affective perception of hospital environment after a pictorial intervention in a neonatal intensive care unit. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 15, p. 8893, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19158893>. Acesso em: 14 fev. 2025.

OLIVEIRA, E. G. de. **Comunicação entre profissionais de saúde durante a assistência a pacientes críticos em UTI de um hospital do Triângulo Mineiro**. 2025. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2025. DOI <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.552>.

OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. Política Nacional de Humanização: o que é, como implementar: uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização, 2010.

PAUL, G. et al. Voices from the ICU: perspectives on humanization in critical care settings. *Indian Journal of Critical Care Medicine*: Peer-reviewed. **Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine**, v. 28, n. 10, p. 923-929, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24811>. Acesso em: 14 fev. 2025.

PAIVA, R. DE M. *et al.* Infection factors related to nursing procedures in Intensive Care Units: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, 2021.

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. de. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 2, p. 269–279, abr. 2015.

SILVA, J. D. S.; ALMEIDA, V. C. de.; CORRÊA, E. A. O Mundo Privado na UTI: Análise da Internação de Pacientes Oncológicos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, 2023.

ROPELATO, R.. SEIFERT, A. L. T. P. GIACOMELLI, L. L. (2023). **Intervenções psicológicas em unidade de terapia intensiva: evolução, retrocessos e avanços diante dos desafios atuais**. In Sociedade Brasileira de Psicologia, R. Gorayeb, M. C. Miyazaki & M. Teodoro (Orgs.), PROPSICO Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: Ciclo 7 (pp. 43–68). Porto Alegre: Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

BEZERRA, D. S.; SIQUEIRA, A. C. de. Processo de adoecimento e hospitalização em pacientes de um hospital público. **Revista de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 61–71, 2021. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/60303>. Acesso em: 13 out. 2024.

SEVERINO, A. J.. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, W. P.da; GOMES, I. C.O. Atuação do Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão Integrativa da Literatura. *Rev. Psicol. Saúde e Debate*, v 3, ed. 2, 2017. Disponível em: <<http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/176/111>>. Acesso em: 24 jan 2025.

SOUZA, Cibele Dayana de. Conhecimentos sobre planejamento antecipado de cuidados e diretivas antecipadas de vontade: um estudo com psicólogos/os da saúde do Distrito Federal. 2023. 67, 10, [2], 5 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

SOUZA, D. B. de *et al.* Perspectiva de familiares acerca da Atenção Multiprofissional em UTI. *Saúde (Santa Maria)*, v. 46, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/41733>. Acesso em: 19 maio. 2025.

WRZESINSKI, A. *et al.* Projeto UTI Visitas: ideias e percepções de familiares sobre a visita ampliada. **Rev. SBPH**, v.22, n.2, pp.90-108, 2019.

TOIVONEN, M. *et al.* Close Collaboration with Parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: a pre-post study. **Pediatric Research**, v. 88, n. 3, p. 421–428, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0934-2>. Acesso em: 14 fev. 2025.

TRIPATHY, S. *et al.* Intensive care unit (ICU) diaries and the experiences of patients' families: a grounded theory approach in a lower middle-income country (LMIC). **Journal of Patient-Reported Outcomes**, v. 4, n. 1, p. 63, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00229-2>. Acesso em: 14 fev. 2025.

YIN, R. K. Pesquisa qualitativa: do início ao fim. Porto Alegre: Penso, 2016.