CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO
PATROCÍNIO
Graduação em Psicologia

O ACOLHIMENTO E A ESCUTA HUMANIZADA COMO PRÁTICA PSICOLÓGICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: visão da equipe multidisciplinar

Eliza Assis Souza

PATROCÍNIO
2017

ELIZA ASSIS SOUZA

O ACOLHIMENTO E A ESCUTA HUMANIZADA COMO PRÁTICA PSICOLÓGICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: visão da equipe multidisciplinar

Trabalho de conclusão de curso apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Psicologia, pelo Centro Universitário do Cerrado Patrocínio - UNICERP.

Orientadora: Profa. Esp. Maria Helena Cabral.

PATROCÍNIO
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Assis, Eliza Souza
O acolhimento e a escuta humanizada como prática psicológica na Unidade de Terapia Intensiva: visão da equipe multidisciplinar / Eliza Assis Souza. – Patrocínio: Centro Universitário do Cerrado Patrocínio, 2017.

Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário do Cerrado-Patrocínio UNICERP, curso de Psicologia.

Orientadora: Profa. Esp. Maria Helena Cabral.

1.Acolhimento. 2.Humanização. 3.Atuação do Psicólogo na UTI.

Centro Universitário do Cerrado Patrocínio
Curso de Graduação em Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "*O acolhimento e a escuta humanizada como prática psicológica na Unidade de Terapia Intensiva: visão da equipe multidisciplinar*", de autoria da graduanda Eliza Assis Souza, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Esp. Maria Helena Cabral – Orientadora
Instituição: UNICERP

Profa. Ma. Tatiane Coutinho Vieira de Melo
Instituição: UNICERP

Profa. Esp. Tereza Helena Cardoso
Instituição: UNICERP

Data de Aprovação: 06/12//2017.

Patrocínio, 06 de dezembro de 2017.

DEDICO *este estudo ao meu namorado Gil, meu amor e cúmplice a quem sou eternamente grata, que esteve ao meu lado sempre me incentivando nesta minha trajetória. Você é a minha referência de sucesso e conquista, partilhou comigo do meu sonho de me tornar uma psicóloga, sua presença me faz sentir invencível. Às minhas lindas filhas que tanto amo, Roanny e Lorenny, vocês são pessoas excepcionais que ganhei de presente, minhas inspirações nas horas boas e ruins, sou fã incondicional de vocês, como eu as admiro e me orgulho por tê-las em minha vida, guerreiras e poderosas, vocês são demais!*

AGRADECIMENTOS

À Deus e à Nossa Senhora, por guiarem meus caminhos e fazer com que eu me torne uma pessoa melhor e mais humana a cada dia, por me proporcionarem coragem e fé nos momentos difíceis e de angústias, acredito que sem a proteção destas forças superiores nada seria possível.

Ao meu pai (*in memoriam*), exemplo de vida e coragem, quem me ensinou a ser forte e batalhadora, acreditar que sempre consigo, basta correr atrás, queria que você estivesse presenciando minhas vivências e lutas. Você sempre me disse que eu conseguiria porque era forte e que a vida era feita para sermos felizes, naquela época não me sentia tão forte como me sinto hoje, cresci muito com tudo que vivi, sempre me lembrando das suas palavras, que eu posso tudo que me proponho, e foi o que fiz, posso lhe dizer que me sinto muito mais forte e mais feliz hoje, gostaria que você estivesse na minha formatura para ver o sorriso estampado em nossos rostos. Pai, como tenho saudades de você!

Às minhas irmãs que tanto amo, vocês são minhas amigas, confidentes e estiveram sempre torcendo para que meu sonho se tornasse realidade, acreditaram em mim e isso me deixa muito feliz, família, amo cada um de vocês, em especial você, Dinda, que para mim tem uma representação especial, foi quem me amou com amor de mãe e não somente de irmã, referência de amor, minha conselheira, com você me sinto amparada e mais forte. Márcia e Paulo como não citar seus nomes, acreditaram em mim e estiveram sempre fazendo parte de tudo que me propus fazer, foram parceiros nas horas que mais precisei de ajuda, não tenho nem palavras para lhes agradecer.

Às minhas eternas meninas, que se tornaram mulheres maravilhosas. Nany, você é fantástica, corajosa, batalhadora, destemida, inteligente, tem firmeza no que quer, não tem medo, me surpreende a cada dia com sua forma de ver a vida. Você vai longe menina, você consegue tudo que quiser, admiro infinitamente você. Leny, minha romântica e sonhadora menina, você é doce, amiga, prendada, criativa, inteligente, está sempre estendendo a mão tentando ajudar a todos, tem fibra, é poderosa, você é admirável, maravilhosa, sonhe e corra atrás pois você pode tudo que você quiser. Obrigada pelo apoio incondicional de vocês duas, obrigada por partilharem comigo dos meus sonhos e lutas, por estarmos juntas mesmo estando longe, a distância nunca nos separará. Amarei vocês para sempre, Minhas filhas!

Ao meu namorado Gilberto, pelo carinho, apoio e companheirismo dedicados a mim durante esta caminhada, você é simplesmente inacreditável, obrigada pelo apoio.

Aos meus colegas, Larissa, Josué, Suzi e Jander, foi muito bacana conhecer vocês e tê-los na minha vida durante este tempo, jamais esquecerei vocês.

À minha orientadora Maria Helena Cabral pela paciência e sabedoria, aceitou-me e compartilhou com minha ideia, acreditou que o trabalho seria rico, você é excepcional, ética, um exemplo de profissionalismo, me fez superar medos e obstáculos confiando em mim, seus conhecimentos é que são riquíssimos.

À todos os professores que durante este tempo contribuíram para o meu crescimento, á você, Vanessa Alvarenga às supervisoras de estágio Vanessa costa, Aldine, Daniela e Tatiana, aprendi muito com seus ensinamentos, merecem elogios pela paciência e dedicação.

À todos os funcionários, colegas e direção da Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio, vocês são especiais, os meus sinceros agradecimentos por terem me acolhido.

Enfim agradeço a todos que contribuíram para a concretização deste sonho.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl G. Jung

RESUMO

Atualmente no Brasil apenas 24% dos estabelecimentos de saúde do país contam com leitos de UTI-Unidade de Terapia Intensiva, totalizando 41.741 mil leitos, 8% do total de leitos hospitalares, 27.709 correspondem a leitos adultos, 8.723 a leitos neonatais. São caracterizados por unidades específicas dentro de um hospital onde são internados e monitorados pacientes em estado grave, que requerem uma equipe multidisciplinar altamente treinada. Caracterizam-se por procedimentos rápidos que não permeiam reflexões, o que dificultam as ações de humanização dentro deste arcabouço tecnológico. As questões pertinentes aos benefícios terapêuticos da presença do psicólogo na UTI estão relacionadas tanto ao acolhimento quanto a escuta humanizada, como ferramenta de intervenção no processo de adoecimento e cura para todos os participantes deste cenário. Os objetivos deste estudo foram: Conhecer os benefícios terapêuticos do acolhimento e escuta humanizada do psicólogo na unidade de terapia intensiva sob a ótica da equipe multidisciplinar; Verificar junto a equipe de saúde as contribuições do psicólogo na elaboração do diagnóstico, tratamento e recuperação do paciente internado na UTI; Identificar sob o entendimento da equipe multidisciplinar, as ações do psicólogo na UTI e averiguar quais sentimentos são vivenciados pelo doente em tratamento intensivo, na visão da equipe multidisciplinar. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e de campo realizado através de uma entrevista semiestruturada com questões objetivas para o reconhecimento do perfil sociodemográfico dos participantes e questões descritivas para a constituição das categorias temáticas. Participaram deste estudo nove profissionais da equipe multidisciplinar da UTI adulto da instituição Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio/MG. Foi possível através da análise de conteúdo abstrair os seguintes temas, Sob o olhar da equipe multidisciplinar os sentimentos vivenciados pelos pacientes na UTI; Reconhecimento das atribuições do psicólogo sob a ótica da equipe multidisciplinar (Diagnóstico; Tratamento; Recuperação do paciente internado na UTI); A equipe multidisciplinar legitimando as funções do psicólogo na humanização; Compreendendo os benefícios terapêuticos do acolhimento e escuta psicológica na UTI (Equipe Multidisciplinar; Doente; Família); Humanização sob o olhar da equipe multidisciplinar: elo de ligação. Como resultado relevante que permite reflexões sobre a importância do psicólogo na UTI, este estudo salienta uma efetiva comunicação que reconheça a singularidade e subjetividade dos envolvidos neste contexto, ainda destaca o reconhecimento da presença do psicólogo como um profissional que atua como um elo de ligação entre equipe de saúde, pacientes e familiares. Pode-se concluir com base neste estudo, que à atuação do psicólogo em uma UTI é uma necessidade preconizada pela própria equipe e tem o caráter de ser positiva, benéfica, humanizando uma assistência para além do domínio puramente organicista.

Palavras-Chave: Acolhimento. Humanização. Atuação do Psicólogo na UTI.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos participantes..... 27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual das idades dos participantes 28

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes quanto ao estado civil 29

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes quanto ao sexo 29

Gráfico 4 - Apresenta a distribuição dos participantes quanto a escolaridade 30

Gráfico 5 - Apresenta a renda dos participantes 31

Gráfico 6 - Apresenta o tempo de trabalho dos participantes na UTI 32

LISTA DE SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
GRAF	GRÁFICO
GUTIS	Guia da UTI Segura
GM	Gabinete do Ministério
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICERP	Centro Universitário do Cerrado Patrocínio
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 REVISÃO DE LITERATURA 15

2.1 Unidade de Terapia Intensiva – UTI 15
2.2 A equipe multidisciplinar 16
2.3 A importância da humanização na UTI 17
2.4 O acolhimento e Escuta psicológica 18
2.5 A complexidade dos sentimentos vivenciados pelos pacientes na UTI 19
2.6 A atuação do psicólogo na UTI 20

3 OBJETIVOS 22

3.1 Objetivo geral 22
3.2 Objetivos específicos 22

4 METODOLOGIA 23

4.1 Tipo de pesquisa 23
4.2 Cenário do estudo 23
4.3 Sujeitos do estudo 24
4.4 Instrumento para coleta de dados 24
4.5 Procedimento de análise de dados 25
4.6 Questões Éticas 25

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 27

5.1 Perfil sóciodemográfico 28
5.2 Apresentação dos temas 32
5.3 Sob o olhar da equipe multidisciplinar os sentimentos vivenciados pelos pacientes na UTI 33
5.4 Reconhecimento das atribuições do psicólogo sob a ótica da equipe multidisciplinar 34
5.4.1 Diagnóstico 35
5.4.2 Tratamento 36
5.4.3 Recuperação do paciente internado na UTI 37
5.5 Equipe multidisciplinar legitimando as funções do psicólogo na humanização da UTI 38
5.6 Compreendendo os benefícios terapêuticos do acolhimento e escuta psicológica no cenário da UTI 40
5.6.1 Para equipe multidisciplinar 41
5.6.2 Para o doente 42
5.6.3 Para a família 43
5.7 Humanização sob o olhar da equipe multidisciplinar: elo de ligação 44

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 47

REFERÊNCIAS 49

APÊNDICES 54

ANEXOS 58

1 INTRODUÇÃO

No bojo do avanço tecnológico na assistência a saúde, destaca-se o conhecimento da medicina intensiva no cuidado com o indivíduo, com equipamentos de última geração, o que originou as unidades de terapia intensiva (UTI), que são locais em um hospital, onde são levados e tratados os indivíduos criticamente enfermos que demandam atenção concentrada, procedimentos complexos e eficazes com o auxílio da tecnologia (PREGNOLATTO, AGOSTINHO, 2010).

As UTIs, são unidades específicas dentro de um hospital onde são internados e monitorados pacientes em estado grave, que requerem equipe altamente treinada com habilidades de ações intensivas e equipamentos de grande resolução e de última geração, que por sua especificidade montam valores elevados para se manterem em ativa, assim como a criação de novos leitos (GONÇALVES, PONTES, 2012).

Para um cenário de alta complexidade e especificidades, o Ministério da Saúde adotou como critério de qualificação das UTIs das instituições hospitalares que possuem Portas de Entrada de Urgência, uma taxa de ocupação média mensal de no mínimo, 90% (BRASIL, 2011). Já em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde estabeleceu como meta uma taxa de ocupação superior a 87% (Governo do Estado de Minas Gerais, 2009).

Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Censo AMIB,2016), atualmente no Brasil, apenas 24% dos estabelecimentos de saúde do país contam com leitos de UTI-Unidade de Terapia Intensiva, totalizando 41.741 mil leitos, 8% do total de leitos hospitalares, 27.709 mil correspondem a leitos adultos, 8.723 mil a leitos neonatais.

Na composição do corpo clínico das Unidades de Terapia Intensiva, onde são alocados os melhores recursos tecnológicos da medicina, exige que a equipe multidisciplinar disponha de recursos humanos com especificidades diversas, com qualificação superior e com disponibilidade de equipamentos de última geração. (CASTRO, 1990, LIMA ,1993). Nessa perspectiva este estudo tem o objetivo e a relevância de salientar a importância de se tratar o indivíduo em sua integralidade, considerando o grande fluxo de ocupação de leitos nas UTIs, exemplificado nesse estudo, com a alternância de alta rotatividade, o que solidifica a impessoalidade.

Segundo Castro (1990) e Lima (1993), as Unidades de Terapia Intensiva, compõe-se de um núcleo de especialização com recursos materiais e humanos, com finalidade de dar assistência médica de caráter multidisciplinar para recuperação de pessoas em estado crítico. Fossi e Guareschi (2004), sugerem que a equipe considere a vida do sujeito e suas subjetividades e rotinas para além do muro de um hospital, a fim de poder inseri-lo neste novo contexto de tratamento de sua doença

Para Boemer (1989), as UTIs, têm uma dinâmica própria que se caracteriza em atitudes e procedimentos rápidos que não permitem reflexões, o que dificultam as ações de humanização diante dos arcabouços tecnológicos, e o que deve ser priorizado é o pronto restabelecimento da saúde orgânica.

O trabalho em equipe multidisciplinar auxilia o indivíduo a elaborar melhor atitudes e comportamentos que contribuam na terapêutica de recuperação.

> A intervenção do psicólogo pode auxiliar o tratamento médico na medida em que sensibiliza a equipe para aspectos psicossociais que dificultam a comunicação com o paciente, facilita a implicação do paciente em seu tratamento e reabilitação e oferece um acolhimento para a família (VIEIRA 2010, p. 515).

O psicólogo no contexto hospitalar tem como objetivo precípuo, minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, salientando que o processo de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas principalmente, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e sua implicação na vida do paciente (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Diante deste quadro de qualificação humana e recursos técnicos, como prioritários, há evidencias da ausência dos procedimentos humanizados, que precisam ser aferidos e autenticados pela própria equipe, e este é o objetivo precípuo deste estudo, que é dar voz e conhecer a realidade desta equipe sobre o acolhimento e a escuta humanizada, realizada pelo psicólogo como prática de assistência personalizada a cada interno da UTI adulto, transformando o número de um leito em um ser humano personalizado, com demandas que devem ser atendidas em sua integralidade.

Questiona-se: o acolhimento e a escuta técnica e humanizada, realizada pelo psicólogo contribuem para o restabelecimento da pessoa doente? Acredita-se que o psicólogo em suas atribuições, minimiza o sofrimento provocado pela patologia e internações nas UTIs, contribuindo para um bom prognóstico propiciando o retorno do paciente para seu grupo social e para suas atribuições.

Para Morais, Garcia, Fonseca (2004) a humanização é compreendida como uma medição que busca trazer o respeito à vida dos indivíduos em circunstâncias éticas, psíquicas e sociais dentro das ligações afetivas e posicionamentos éticos e respeito mútuo. Neste contexto, o acolhimento e a escuta humanizada como prática do fazer do psicólogo nas UTIs, são imprescindíveis para uma assistência centrada nas necessidades socioafetivas das pessoas, que necessitam de tratamento intensivos. Portanto, para que se conheça as funções do Psicólogo na assistência humanizada da pessoa internada nas UTIs, a importância deste estudo, recai sobre o entendimento da equipe multidisciplinar sobre assistência humanizada com enfoque nas necessidades socioafetivas das pessoas que necessitam de cuidados intensivos.

Ao participar da disciplina de estágio supervisionado compreendi que o acolhimento e escuta humanizada realizada pelo Psicólogo contribuem de forma eficaz na melhora psíquica e física do indivíduo em situação de enfermidade e de fragilidade. No meu exercício profissional em um hospital, pude perceber que o ambiente hospitalar despersonaliza o indivíduo que é tratado como um corpo a ser estudado e medicado, o que me instigou a focar no meu curso de psicologia, essa lacuna ainda presente na assistência a pessoa doente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Para montar o arcabouço científico deste estudo, faz-se necessário uma revisão literária sobre as UTIs, o acolhimento e a escuta humanizada como prática psicológica.

Para Fonseca, Fonseca (2010), a UTI é um lugar ímpar em uma estrutura hospitalar que oferece ao intervencionista a oportunidade de executar ações planejadas individualmente e imediata, de acordo com a necessidade de cada paciente.

Ainda recomendado a Fonseca, Fonseca (2010), na UTI, para a manutenção da vida humana, usa-se do aparato tecnológico e equipe de especialistas para acompanhamento permanente em área específica, dentro de um hospital, destacando o acompanhamento permanente e ininterrupto dos pacientes em estado crítico, necessitando de um espaço físico separado das enfermarias.

Para entendermos o que é uma UTI, torna-se necessário a compreensão do surgimento das UTIs em sua essência, o que nos leva aos anos de 1854 e 1856 quando ocorreu a guerra da Crimeia (FONSECA, FONSECA, 2010).

Nesta guerra e em um ambiente de hospital em guerra, surgiu a figura da enfermeira Florence Nightingale, que foi uma lenda viva no seu tempo, principalmente por seu pensamento inovador e inédito de fazer a recuperação de cirurgia em unidade separada, dentro do hospital (SALUM, 2013).

Já no Brasil, o registro histórico, data de 1967 da criação da primeira UTI no hospital dos servidores do estado do Rio de Janeiro, com uma infraestrutura para tratar dos pacientes críticos acometidos por deficiência de respiração (ULLER, 2007).

A partir deste marco pioneiro, houve uma repercussão positiva da iniciativa em vários hospitais públicos em diversos estados da união com destaque para os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e de forma exponencial para todo o país (ULLER, 2007).

Mediante a importância das UTIs dentro de um hospital, o Ministério da Saúde editou a Portaria de nº 3.432/MS/GM, de 12/8/1998, que adota e Estabelece Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTIs (BRASIL, 1998).

Buscando também monitorar o funcionamento das UTIs, a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, publicou a resolução ANVISA-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 que afere o desempenho e padrão de funcionamento mensal das UTIs (BRASIL, 2010).

Réa-Neto et al. (2010), destaca no Guia da UTI Segura (GUTIS da AMIB, 2010), a qualificação multidisciplinar da equipe de forma quantitativa e qualitativamente capacitada para atender os indivíduos internados, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais concatenado por um médico intensivista sênior com expertise comprovada.

A partir daí e principalmente considerando os resultados obtidos da adoção deste procedimento e conjuminado com a falta de enfermarias, as UTIs irradiou-se para todos os hospitais ao redor do mundo, como sendo um local por meio do qual se faz a prestação de cuidados especializados a indivíduos em estado crítico (SIMMONS, NIGHTINGALE, 2004).

Para Santos et al. (2012), a UTI é um setor específico, especial e seguro dentro de um hospital para tratar pacientes em estado grave, buscando um sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis com foco na manutenção da saúde do indivíduo por equipe especializada e dotada de equipamentos específicos, recursos materiais e tecnológicos.

Para Silva, (2011), a UTI é uma unidade restrita que reúnem profissionais heterogêneos, capacitados, no intuito de prestar assistência aos pacientes em estado crítico.

De acordo com Orlando et al (2004), as UTIs foram de forma gradativa e crescente se destacando com a mitigação de índice de óbitos em casos críticos, com possibilidades de sobrevida mediante a utilização de tecnologia de última geração e profissionais de saúde altamente qualificados, transformando estas ilhas de excelência em espaços de manutenção da vida dentro dos hospitais.

2.2 A equipe multidisciplinar

A equipe multidisciplinar e a interdisciplinaridade é constituída por diversos profissionais tais como: médicos, residentes, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais tornando possível unir todos os conhecimentos em prol do bem-estar do paciente (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Os trabalhos multidisciplinares fazem parte da atenção integral aos usuários e está em constante crescimento, pois configura um olhar direcionado à totalidade que se baseia em ações de cuidado e bem-estar de cada pessoa (CECILIO; MERHY, 2003).

Estes mesmos autores falam da importância da interação entre profissionais respeitando os limites da prática e com isso beneficiando o sujeito. Tendo em vista estas considerações, constata-se que o acolhimento é uma prática fundamental a ser usada nos diferentes níveis de saúde, já que a hospitalização torna o indivíduo, em condições de enfermidade, vulnerável tanto emocionalmente, quanto fisicamente (PROCHONOW et al. 2009).

Tonetto e Gomes (2007), afirmam que o direcionamento da prática multidisciplinar deu início pelo fortalecimento do modelo de saúde direcionado a questão biopsicossocial, buscando com essa nova estrutura ver a saúde não somente como a ausência de doença, ressaltam ainda que, o trabalho em equipe produz novas estratégias para desempenhar o trabalho positivamente e promover excelência no atendimento prestado e objetivando qualidade nas atividades e acolhimentos realizados.

2.3 A importância da Humanização na UTI

O processo de humanização é compreendido como uma medida que visa o resgate e o respeito à vida em ocasiões éticas, psíquicas e sociais dentro da relação humana, e essa necessidade de resgatar os aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos parte para uma assistência humanizada que possibilite o respeito mútuo (MORAIS, GARCIA, FONSECA, 2004).

Recorrendo ainda a Morais, Garcia e Fonseca (2004), salientam que é inaceitável pensar que humanização dentro de uma instituição hospitalar esteja ligada a compra de equipamentos modernos e adequados, mas está ligado ao tratamento que a equipe oferece, como o respeito ao ser humano, em que as alterações e práxis do ambiente, medo do desconhecido não produza comprometimento psicoemocional.

Entretanto, para Medina e Backes (2002), o processo vivencial que envolve a humanização procura dar ao paciente o tratamento como pessoa humana que merece, dentro de cada circunstância peculiar que se encontra, em cada momento, cada indivíduo.

Deslandes (2005), preconiza a humanização como temática central na atualidade e a configura como um dos elementos que perpassa ao cuidado humano do indivíduo que vivencia o estar enfermo e o estar doente.

Silva (2000), destaca em seus estudos que pacientes internados em UTIs demonstram que um simples toque nas mãos é aceito como afeto, ocorrendo alterações nos ritmos cardíacos, o que mostra a necessidade de humanizar o ambiente da UTI onde os doentes são privados da companhia de pessoas da família e amigos.

Dentro deste contexto em prestar uma assistência humanizada na área de saúde, reforça-se a necessidade de manejo de forma a se adequar aos aspectos emocionais do adoecer, desta forma os profissionais se sentem impelidos a aperfeiçoarem seus conhecimentos, (Almeida, 2000; Belkiss,1999; Sebastiani, 2003). Dentre as funções do psicólogo, está a de contribuir com os aspectos biopsicossociais na compreensão desta demanda.

2.4 O Acolhimento e Escuta psicológica

A palavra acolhimento segundo o Dicionário Aurélio Ferreira (1999), é uma palavra que tem a sua origem no latim, do verbo acolher que significa receber ou seja dar acolhida ou dar ouvidos e atender, e no contexto hospitalar, UTI significa atender o paciente em sua plena subjetividade e completude.

Segundo Espínola (2016), o acolhimento deve permear todo o hospital a partir da recepção e tem poder para interferir de maneira decisiva e de forma positiva na melhoria geral do indivíduo por completo, ou seja, corpo e mente de forma conjuminada.

Para Beck e Minuzi (2008), o acolhimento quando é feito com qualidade e dedicação gera uma acessibilidade e um canal continuo de reciprocidade entre o paciente e a equipe de saúde do hospital, proporcionando o acolher, a atenção e a escuta, permitindo ao indivíduo a certeza do compromisso de atuação dos profissionais.

De acordo com Espínola (2016), para a prática de um excelente acolhimento é necessário centrar na escuta do paciente, para ler no seu semblante o que está demonstrando em seu íntimo, verbalizada ou não, e com este procedimento buscar formas de mitigar o seu acometimento físico e psíquico.

Como o acolhimento é composto por uma série de procedimento que inclui dar ouvidos, ou seja, a escuta personalizada que segundo Arruda e Silva (2012), deve ser delicada o bastante para sensibilizar-se com os sintomas psicossociais do indivíduo.

A escuta tem a missão de transmitir o que está acontecendo com o indivíduo e proporcionar um canal de comunicação com duas vias de conversas, ou seja, dar ao paciente a certeza da importância de sua doença e o interesse em auxilia-lo e ao mesmo tempo, o conhecimento pleno pela equipe de saúde da sua dor (ESPINOLA, 2016).

Para Velasco (2012), a escuta tem que ser personalizada e individualizada e com isto se transformar em uma importante ação do entendimento do indivíduo no contexto do seu problema de saúde, e principalmente para o mesmo se sentir abraçado e com isto assumir uma atitude de cuidar de si mesmo.

Para Braga et al (2012), a escuta é uma ferramenta importante de observação do indivíduo, que dá uma visão subjetiva que informa as inquietações verbalizadas ou não, irá ajudá-lo a compreender o que não está manifesto na fala e por isso o psicólogo precisa ter a sensibilidade e acuidade para escutar o indivíduo por completo.

Para Jugend e Jurkiewicz (2012), o trabalho do Psicólogo em pacientes internados é feito de sobre maneira por meio da escuta o que pode de forma positiva superar ou diminuir as complicações psíquicas que podem contribuir para o completo restabelecimento e com isto reduzir o tempo de internação na UTI.

2.5 A complexidade dos sentimentos vivenciados pelos pacientes na UTI

O período de internação e o adoecer sinalizam uma ruptura com o curso da vida, quanto às formas de relação com o trabalho, entes queridos, vida produtiva e sentimentos, uma ruptura que pode ter iniciado há bastante tempo especificamente no caso de doenças crônicas (LAZZARETTI et al; 2007).

A questão vai muito além, pois não se trata somente de uma ruptura, mas também de uma inserção há uma nova realidade sem possibilidade de tempo para adaptar-se à mesma, terá que ser inserido na rotina hospitalar aonde a vida se converte em tratar da doença e os sentimentos de angústia e medo se instalam (LAZZARETTI et al; 2007).

Concordando com esta afirmação, Angerami et al (1996), relata que o paciente precisa se adaptar à rotina ordenada, com horário estabelecido, estranhas e assustadoras experiências, tratamentos invasivos, adaptar-se ao fato de que suas necessidades mais íntimas

serão cuidadas por pessoas desconhecidas e em função disso o paciente se vê perdendo sua identidade tornando-se fragilizado emocionalmente.

A doença passa a ser sentida pelo indivíduo como uma agressão, abalando sua condição de ser, alterando seu futuro e seus sentimentos, a doença se instala abruptamente e não permite a adaptação gradativa da facticidade (ANGERAMI et al., 1996).

Segundo Jaramillo (2006), o curso de uma enfermidade grave que supostamente conduz a morte pode ser vivido e percebido de maneiras diferentes dependendo circunstancialmente dos momentos emocionais de cada indivíduo.

A autora sugere ainda uma complexidade de sentimentos, onde haverá dias em que o indivíduo sentirá medo da morte e a angústia de sentir interiormente o processo destrutivo que o levará a aniquilação e a percepção inocultável da deterioração física.

2.6 A atuação do psicólogo na UTI

A inserção do psicólogo no contexto hospitalar é recente e ainda pouco valorizada ou compreendida. De acordo com Chiattone (2011), a Psicologia Hospitalar é um método de atuação utilizado na Psicologia da Saúde.

Dentro da Psicologia da Saúde um dos focos de atuação do psicólogo está destinado a prestação de serviços dentro das UTIs, estabelecendo vínculos de cooperação entre equipe e paciente. Teixeira (2004), salienta que a atuação do psicólogo neste cenário contribui na qualidade de vida dos indivíduos favorecendo no processo de humanização.

Amarante (1999), afirma que o trabalho do psicólogo pode prover à pessoa doente um olhar que coloque entre parênteses sua doença e faça com que ele veja que, além de um corpo enfermo, existe um sujeito desejante, dono de sua própria história. O olhar que faz a doença se deslocar sem menosprezá-la, ampara o sujeito na construção de recursos emocionais para lidar com sua dor no seu processo de adoecimento.

A presença do psicólogo soma junto à equipe uma imprescindível ajuda na ação de identificar as angústias, medos, incertezas, expectativas, assim como facilita o diálogo eficazmente entre equipe/paciente, médico/equipe, paciente/família (SEBASTIANI , 1984).

Deste modo, o psicólogo dentro de uma UTI, em especial, é um mediador, que compreende as relações entre profissionais/paciente, profissionais/família, pois, muitas vezes o medo da internação e o prolongamento da mesma, pode gerar conflitos entre estes. (SEBASTIANI, SANTOS,2003).

Ainda recomendado a Sebastiani e Santos (2003), reforçam a necessidade e a importância de um profissional capacitado no ambiente hospitalar para lidar e considerar o sujeito dentro de suas limitações físicas, psíquicas e /ou sociais, visando a recuperação dentro da nova condição de ser em que está vivendo, trazer-lhe alívio e uma condição próxima ao normal.

O profissional de psicologia tem por objetivo vivenciar junto ao indivíduo portador de uma doença crônica seus conflitos e problemas na tentativa de interpretar suas questões pessoais e ressignificá-las, Sebastiani e Santos (2003). Portanto, o psicólogo tem como finalidade vivenciar todas as questões que envolve o sujeito em situação de sofrimento de forma empática para que ele infira a sua facticidade e até mesmo sua finitude.

A vida que agoniza em um hospital, seguramente tem na atuação do psicólogo, o bálsamo capaz de curar todas as suas dores, sejam elas internas ou externas e até mesmo avigorá-la e é inegável o alívio que o psicólogo traz aos pacientes hospitalizados com sua performance de atuar. (ANGERAMI-CAMON, 1984).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer os benefícios terapêuticos do acolhimento e escuta humanizada do psicólogo na unidade de terapia intensiva sob a ótica da equipe multidisciplinar.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar junto a equipe de saúde as contribuições do psicólogo na elaboração do diagnóstico, tratamento e recuperação do paciente internado na UTI;
- Identificar, sob o entendimento da equipe multidisciplinar as ações do psicólogo na UTI;
- Averiguar quais sentimentos são vivenciadas pelo doente em tratamento intensivo na visão da equipe multidisciplinar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e de campo, no qual, buscou identificar a percepção da equipe multidisciplinar de saúde hospitalar sobre as contribuições e práticas do psicólogo no contexto da UTI adulto.

Segundo Rampazzo (2002), a pesquisa é compreendida como um estudo que pretende resolver uma problemática que está em destaque e que através de um método de cunho científico, investigativo, verifica-se os meios e condutas mais adequadas que poderão subsidiá-lo.

A pesquisa qualitativa ajuda na busca de informações e na capacidade de entender a ordem interpretativa e aprofundamento de seus significados e não na ordem quantificável, pois ela se baseia na busca da compreensão das relações e obras humanas e não a dar explicações aos fenômenos a serem estudados (MINAYO, 2007).

Para Rampazzo (2002), o estudo descritivo tem caráter de análise e descrição das particularidades e propriedades de um fenômeno, investigando as diversas relações entre um grupo ou comunidade a serem estudadas sem a interferência direta do pesquisador.

Gonsalves (2001), reputa que a pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada, exigindo do pesquisador um encontro mais direto. Sendo assim o pesquisador necessitará ir de encontro ao espaço onde o fenômeno ocorre ou ocorreu para reunir um conjunto de informações a serem documentadas.

4.2 Cenário do estudo

Este estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva UTI – adulto da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio/MG, situada na região do Alto Paranaíba.

De acordo com documentos obtidos pela instituição a Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio/MG é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, mantida

pela Irmandade Nossa Senhora do Patrocínio. É credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para todas as cidades do Estado de Minas Gerais e atende também convênios e particular.

A UTI adulto é classificada em grau II composta por dezoito (18) leitos credenciados pelo SUS, possui sala de chefia de enfermagem, sala de espera, copa, vestiário masculino e feminino para os funcionários, quarto de plantão médico, rouparia, sala de materiais esterilizados, sala de estoque de medicamentos e materiais, banheiro para pacientes, posto de enfermagem e sala de espera com banheiros.

A equipe é formada por 14 médicos (as), quatro (4) enfermeiras(os) padrão, uma (1) secretária, um (1) supervisor, 34 técnicos de enfermagem, cinco (5) fisioterapeutas, uma (1) nutricionista, uma (1) psicóloga, uma (1) assistente social e uma (1) fonoaudióloga. Esses dados referem-se a toda equipe multidisciplinar que atua na UTI de acordo com informações fornecidas pela instituição hospitalar, sendo o total de 63 funcionários.

4.3 Sujeitos do estudo

Em um universo de 63 profissionais desta UTI, objetivou-se colher dados com 10 profissionais desta equipe de saúde que atua na UTI adulto da Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio/MG e que são formados por diversas especificidades na área de atuação, gêneros e idades distintas formando uma equipe multidisciplinar, respeitando a liberdade de cada um em participar da pesquisa. Assim um participante se recusou a participar, no momento da entrevista, portanto a coleta de dados foi realizada apenas com 9 profissionais que se dispuseram em consentimento livre a participarem da pesquisa no período de junho a agosto de 2017.

4.4 Instrumento para coleta de dados

A técnica de coleta de dados foi guiada por um roteiro em forma de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e adequado com perguntas objetivas, para traçar o perfil sociodemográfico e questões descritivas para análise de conteúdo que direcionaram o objetivo da pesquisa.

A entrevista semiestruturada, segundo Duarte (2002), tem como objetivo, direcionar o método de acordo com os moldes da pesquisa, apontando aos objetivos propostos. Desvela-se sobre uma técnica que auxilia na compreensão das crenças, expressões originadas pelos entrevistados, o que propiciou enriquecimento e contribuiu na sua interpretação.

As entrevistas foram realizadas individualmente, sendo antecedidas as explicações e esclarecimentos dos objetivos e a finalidade do estudo proposto, com liberdade de participação. Quanto ao dia, horário e local das entrevistas foram definidos pelos participantes. Mediante a aceitação dos entrevistados, os mesmos leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e assinaram o Termo de Consentimento Livre após Esclarecimento (APÊNDICE B). Com o consentimento dos participantes foram gravadas as entrevistas.

4.5 Procedimento de análise de dados

Após a realização das entrevistas foram transcritos o conteúdo que emergiram das mesmas na íntegra para o computador, após, foram feitas a leitura e releitura do material, o qual foi interpretado de acordo com os objetivos do presente estudo e sua análise foi feita de acordo com o referencial teórico adotado na presente pesquisa.

Segundo Gil (2002), os estudos de campo podem ser de forma eminentemente qualitativos, com destaque a obtenção de uma sequência de atividades dentre as quais, a produção de dados, sua organização de forma categórica e que possam proporcionar sua interpretação e como consequência um relatório com as suas conclusões. A referência destaca que essa forma qualitativa de análise é menos formal do que a análise quantitativa e que desta forma pode-se enumerar os passos da pesquisa de forma relativamente simples.

4.6 Questões Éticas

Este estudo está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o qual estabelece as diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos. O mesmo foi submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNICERP (COEP/UNICERP) e a coleta de dados somente foi realizada após aprovação do COEP/UNICERP (ANEXO A) e da

assinatura do Termo de Consentimento Livre após Esclarecimento garantindo o sigilo dos participantes.

Uma solicitação de autorização da pesquisa foi enviada à superintendente da instituição hospitalar contendo esclarecimentos e finalidades da mesma para aprovação e posterior a sua aprovação (ANEXO B).

Os sujeitos da pesquisa serão resguardados quanto a sua identidade e para garantir o seu anonimato serão identificados por nomes fictícios e classificados por nomes de anjos por simbolizarem os guardiões das pessoas doentes em estado de vulnerabilidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para nortear as análises dos dados gerados pela pesquisa semiestruturada e de campo composta por 9 participantes, todos funcionários da Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio e pertencentes ao quadro da Unidade de Terapia Intensiva-UTI, há mais de 10 meses. Inicialmente, será apresentado um quadro com os dados para a identificação do perfil sóciodemográfico.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos participantes.

Participantes	Idade	Estado Civil	Sexo	Escolaridade	Renda	Função	Tempo de trabalho na UTI
Dara	34	União Estável	F	Superior Completo Especialista	2,55 SM	Assistente Social	6 anos
Rafael	32	Casado	M	Superior Completo Especialista	6,00 SM	Enfermeiro	2,7 anos
Ariel	24	Solteira	F	Superior Completo	2,12 SM	Fisioterapeuta	1,5 anos
Dina	34	Casada	F	Superior Completo	3,20 SM	Fonoaudióloga	1,5 anos
Miriel	26	Solteira	F	Superior Completo	3,20 SM	Nutricionista	3 anos
Muriel	21	Solteira	F	Técnico Enfermagem	1,00 SM	Técnico Enfermagem	0,8 anos
Uriel	39	Casado	F	Superior Completo	1,50 SM	Auxiliar Administrativo	7 anos
Gabriel	35	Casado	M	Superior Completo Especialista	2,00 SM	Coordenador da UTI	3 anos
Natanael	30	Casado	M	Superior Completo Médico Especialista	2,77 SM	Medico	0,9 anos

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.1 Perfil sociodemográfico

Os gráficos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 apresentam o perfil sóciodemográfico dos participantes deste estudo.

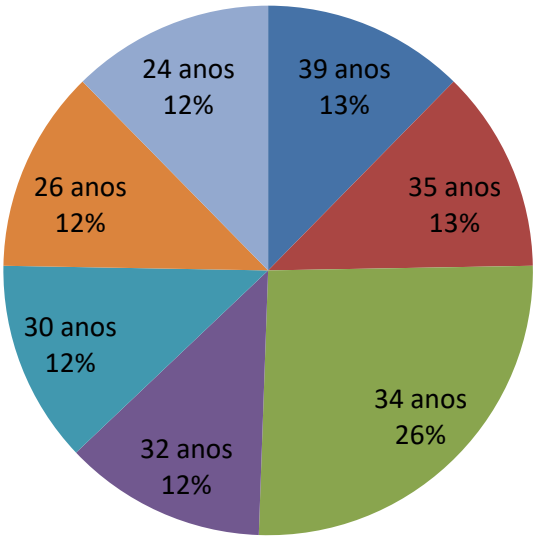

Gráfico 1 - Percentual das idades dos participantes
Fonte: Dados da pesquisa.

No que tange a idade, verifica-se que a faixa etária dos participantes está no intervalo de 21 a 39 anos o que representa uma amostra essencialmente de adultos jovens em plena produtividade. Observa-se que a idade média do conjunto da pesquisa é de 35,5 anos e que a prevalência da idade dos participantes é de 34 anos com 23% do total e as outras idades equivalem a 11% cada uma sobre o total, o que representa uma equipe em fase de vida de maior produtividade conforme demonstrado no GRAF. 1.

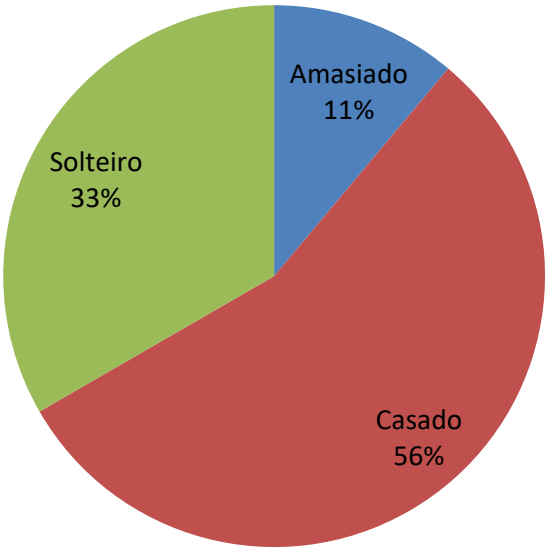

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes quanto ao estado civil
Fonte: Dados da pesquisa.

Para o estado civil, constata-se que 55,56% dos entrevistados são casados, 33,33% são solteiros e 11,11% união estável, o que demonstra uma superioridade dos casados conforme o GRAF. 2.

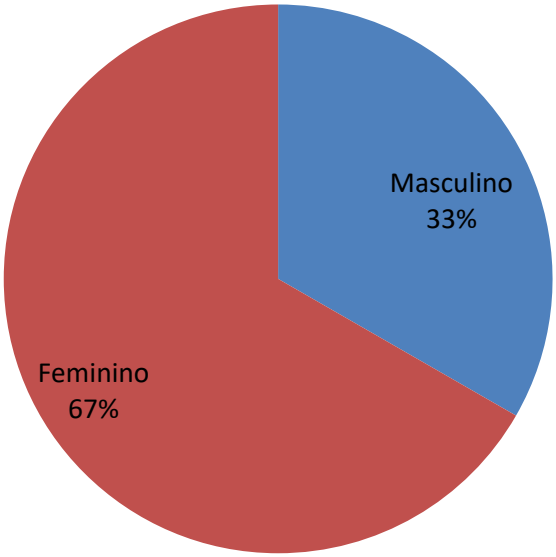

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto ao sexo
Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao sexo, apresentado no GRAF. 3, verifica-se que o sexo feminino é amplamente dominante com 66,70% e somente 33,30% dos entrevistados são masculinos. Martins (2003), ressalta que a atuação feminina na área da saúde tem aumentado consideravelmente ocupando lugar de destaque no mercado de trabalho.

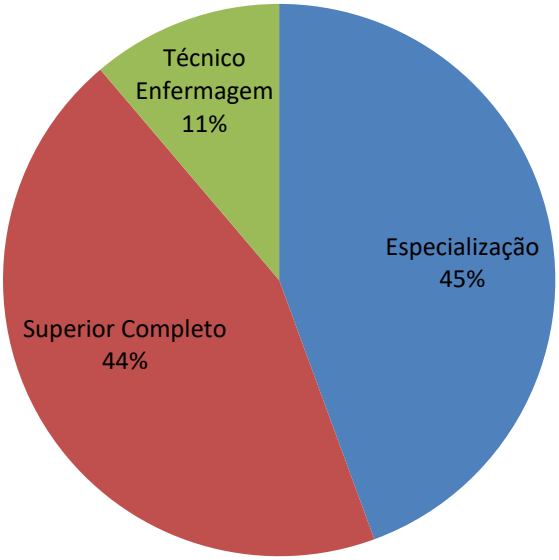

Gráfico 4 – Apresenta a distribuição dos participantes quanto a escolaridade
Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme GRAF 4, 44,44% dos entrevistados tem especialização nas práticas exercidas dentro da UTI e 44,44% com superior completo e 11,22% com técnico em enfermagem, o que qualifica a equipe multidisciplinar da UTI pesquisada de forma impar pois 88,88% possui os requisitos necessários de acordo com Réa-Neto et al. (2010), para o qual a equipe multidisciplinar tem que ser formada de forma quantitativa e qualitativamente com capacitação técnica diferenciada tanto na formação como na especialização.

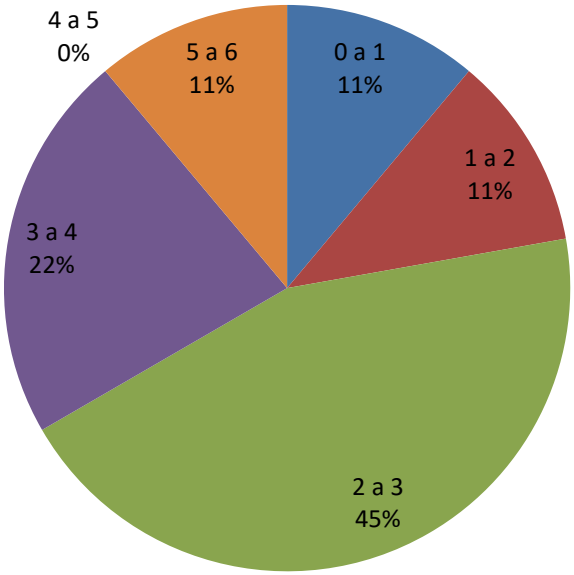

Gráfico 5 – Apresenta a renda dos participantes
Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação a renda e de acordo com o GRAF. 5, a remuneração da equipe está na faixa de 1 a 6 salários mínimos – SM, sendo que 44,45% está entre 2 e 3 salários mínimos e 22,25% se encontra na faixa de 3 a 4 salários mínimos, o que demonstra que 66,70% da equipe tem remuneração entre 2 e 4 salários mínimos o que configura uma baixa remuneração que segundo Shimizu et al. (2011), pode gerar desvalorização, perda de qualidade no atendimento assim como esgotamento físico e mental advindo de dupla jornada de trabalho, fatores estes geradores de problemas de saúde da equipe multidisciplinar na UTI.

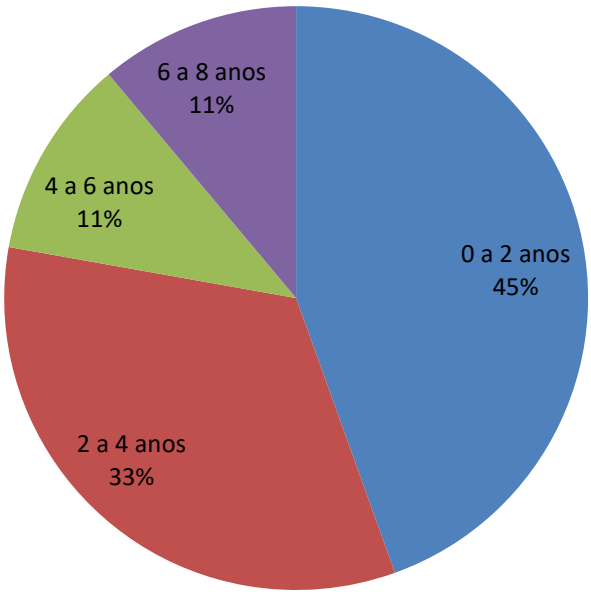

Gráfico 6 - Apresenta o tempo de trabalho dos participantes na UTI
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao tempo de atividades desempenhadas na UTI, 44,50% trabalha de zero há dois anos na UTI, 33,30% de dois a quatro anos, 11,10% estão entre quatro e seis e de seis a oito anos no mesmo setor da instituição.

5.2. Apresentação dos temas

Após a leitura minuciosa dos depoimentos foram apresentadas 5 categorias e 6 subcategorias com o intuito de relacionar as falas dos participantes e abstrair destas os temas relevantes para a construção das categorias temáticas e as subcategorias das quais surgiram os seguintes temas: 1 Sob o olhar da equipe multidisciplinar os sentimentos vivenciados pelos pacientes na UTI; 2 Reconhecimento das atribuições do psicólogo sob a ótica da equipe multidisciplinar (2.1 Diagnóstico; 2.2 Tratamento; 2.3 Recuperação do paciente internado na UTI); 3 A equipe multidisciplinar legitimando as funções do psicólogo na humanização; 4 Compreendendo os benefícios terapêuticos do acolhimento e escuta psicológica no cenário da UTI (4.1 Equipe Multidisciplinar; 4.2 Doente; 4.3 Família); 5 Humanização sob o olhar da equipe multidisciplinar: elo de ligação.

5.3 Sob o olhar da equipe multidisciplinar os sentimentos vivenciados pelos pacientes na UTI

Dentre todos os seres humanos que convivem com a doença, os profissionais de saúde são os que mais presenciam as vivências dos sentimentos expressos pelos pacientes em UTIs. Os sentimentos de angústia, tristeza, solidão, insegurança e medo da morte são os mais significativos nas falas da equipe multidisciplinar.

> É, normalmente a gente vê as pessoas que estão na UTI são bastante tristes né, elas ficam tristes por não ter contato com a família elas entram em depressão elas querem saber o que está acontecendo com elas (Dara).
>
> É medo, as vezes revolta, constrangimento, é abandono as vezes, insegurança. (Rafael).
>
> Medo, angústia, estresse, medo da morte [...] o sentimento de estar longe da família, algumas pessoas a gente percebe que tem algo inacabado, que tem medo de não... medo de morrer antes de resolver (Ariel).
>
> O maior que eu vejo é o sentimento de medo de morte, a solidão que eles sentem, medo de ser abandonado pela família, a questão da impotência né, se sentem incapazes de poder fazer alguma coisa e uma angústia muito grande (Dina).
>
> Aqui dentro da UTI o que a gente mais evidencia né, é o medo da morte [...] e também a auto estima muito baixa, angústia, muita solidão também, os doentes sentem bastante tristeza (Miriel).
>
> Acho que medo pela doença, solidão pelo ambiente, ficar restrito da família, eu acho que as vezes revolta pelo que está acontecendo, as vezes até desespero, já vi (Uriel).
>
> Tristeza, solidão, angústia, depressão, ansiedade (Gabriel).

Di Biaggi (2002), crê em uma possível ruptura entre a normalidade psíquica anterior e a provável alteração pós-internação em UTI, considerando que uma pessoa quando está em estado de adoecimento grave, algo em seu sentimento de inviolabilidade se rompe, fragilizando não somente seu corpo como também suas referências emocionais.

A doença para o paciente é como uma agressão gerando um choque na sua condição de ser, tornando o futuro indefinido. Instala-se na vida deste indivíduo situações de morte iminente somado à dimensão individual do sofrimento da pessoa (ANGERAMI-CAMON, 1984).

O sofrimento físico e psíquico do paciente precisa ser entendido como uma unidade pois os dois fatores estão interligados. Simonetti (2004), reitera que diante da doença, o ser humano manifesta suas subjetividades. Sentimentos, desejos, comportamentos, lembranças, crenças, sonhos e conflitos eclodem como sendo uma maneira peculiar do adoecer.

Deste modo, a complexidade do processo de vivências do sujeito dentro da UTI é vista por algumas pessoas como sendo “um local de morte”, surgindo então sentimentos que relacionam com a desagregação e desamparo, o paciente inserido dentro de um ambiente impessoal, distante dos familiares, ligados a aparelhos, poderá desencadear emoções e sentimentos negativos (ISMAEL, 2005).

Freitas e Barbosa (2009), dá ênfase aos sentimentos gerados pela própria morte como sendo os mais significativos: temor de sofrer e tornar-se dependente, medo do castigo divino, medo da rejeição transcendente caracterizada pela rejeição de uma vida plena e eterna. Ainda que a morte seja uma condição imposta pela própria vida ela é temida e por vezes retirada pelo fato de ser um transtorno psíquico causador de angústia e dor.

Ainda segundo Freitas e Barbosa (2009), apresentam um modelo para conceituar os tipos de medos perante a morte, em primeiro plano ele evidencia o medo do desconhecido ou seja, o vazio após a morte, em segundo foco ele caracteriza o próprio evento da morte, é ela em si acontecendo e em última instância ele expressa o medo da inexistência, da própria pessoa deixar de existir, portanto os autores por meio deste modelo apresentam as reações proporcionadas pela mente do paciente frente a frente com a morte.

Pode-se dizer, então que as dificuldades no enfrentamento do medo da morte estão relacionadas com a incapacidade psíquica de lidar ou representar a morte e percebê-la, assim seria como enfrentar a possibilidade da própria limitação ou fim. O ser humano é contra a morte e luta veemente contra a ideia do seu desaparecimento, esforçando-se para adiar esta etapa que é morrer (LIMA et al, 2009).

5.4 Reconhecimento das atribuições do psicólogo sob a ótica da equipe multidisciplinar

Por meio dos direcionamentos da pesquisa, observa-se que os profissionais conseguem ressaltar as atribuições do psicólogo na UTI e sua efetividade na recuperação do paciente.

> Eu penso que a abordagem com o paciente é muito importante né, só o diálogo a conversa que o psicólogo a oportunidade que o paciente tem do diálogo é muito importante (Dara).

> É, o papel do psicólogo dentro da UTI no meu ponto de vista ele é extremamente importante porque de certa forma ele vai facilitar a compreensão do paciente em relação aquilo que ele tá, aquela doença que ele tá sendo acometida, e muita das vezes vai diminuir esse medo, diminuir o receio do problema que ele tem (Rafael).

Corroborando com a visão exposta pela equipe da UTI que valoriza e reconhece as contribuições do psicólogo de forma geral na recuperação do paciente, Angerami-Camon et al. (1996), destacam que a atuação do psicólogo no hospital renova a esperança do entendimento da dor, seja entendido pela equipe da UTI de forma mais humana com foco de escutar a angústia, o sofrimento, a ansiedade, o medo e que o sofrimento emocional pode determinar alterações físicas.

Para Campos (1995), o psicólogo deve ir aonde o paciente está e com a sua atuação ajudar a equipe a vivenciar de forma mais clara esta relação com os sentimentos expostos pelo paciente e dar suporte ao paciente para que ele possa lidar com suas emoções.

De acordo com Romano (2002), o psicólogo hospitalar é suporte para o paciente que em sua dor e em seu sofrimento pode ocorrer a perda de suas certezas e que neste momento de tropeço buscar em alguém as suas certezas perdidas.

Considerando a visão da equipe da UTI com relação a importância da presença do psicólogo na equipe multidisciplinar, faz-se necessário mencionar Campos (1995), onde discorre que o psicólogo deve não só ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente como também deve entender o que não está manifesto, assim como fazer uma ponte de comunicação entre a equipe e o paciente.

Lazzaretti et al. (2007), pondera as especificidades desta mediação embora destaca as dificuldades encontradas no exercício profissional decorrentes do ambiente encontrado em um hospital e de modo particular em uma UTI, onde a rotatividade dos pacientes é grande e os atendimentos são feitos de imediato e de forma completa e abrangente.

5.4.1 Diagnóstico

Considerando as afirmativas dos participantes pode-se creditar a importância do psicólogo na elaboração do diagnóstico dos pacientes internados na UTI.

> Às vezes é a equipe multiprofissional né, o enfermeiro, o médico, fisioterapeuta, as vezes não tem, não, não está tão preparado pra, esclarecer isso daí pro paciente quanto o psicólogo está, né, então acho extremamente importante em relação ao diagnóstico (Rafael).

> Acho que com relação ao diagnóstico a importância que ele, o psicólogo, ele consegue já identificar traumas ou sentimentos que nós não conseguimos identificar e ou as vezes identificamos, mas a gente não sabe como (Ariel).

> Então primeiro pro diagnóstico né, a própria escuta né, a entrevista também a conversa com a família pra tá vendo os antecedentes familiares né, pra auxiliar no diagnostico como também algumas internações anteriores, também já pra saber quais setores que o paciente esteve hospitalizado pra conhecer melhor o doente pra tá auxiliando no seu diagnóstico (Miriel).

Para Di Biagi e Sebastiani (2007), é importante ter no diagnóstico o cuidado psicológico pois o estresse e o impacto da doença gera sensação de desamparo que é a condição psíquica que pode desencadear reações depressivas, reduzindo a motivação e com isto retardando o enfrentamento da doença por parte do paciente.

Haberkorn (2004), relata a necessidade de se ter um atendimento diferencial para o recebimento do paciente na UTI, na forma de mitigar a ansiedade gerada no paciente diante da possibilidade de ficar/permanecer na UTI separado de entes queridos e do seu território.

As evidências ditas pela equipe sobre a presença do psicólogo no momento da composição do diagnóstico são relevantes, com foco na pessoa do paciente sendo um agente facilitador da extração dos sentimentos e estado emocional e com esta atitude reduzir a ansiedade imposta dentro da UTI.

5.4.2 Tratamento

Diante do exposto pode-se inferir que a atuação do psicólogo é relevante para efetivar o tratamento, pois esta atuação visa o resgate do sentimento de utilidade do paciente para consigo mesmo e para com o mundo.

> A conversa com o psicólogo é a oportunidade que o paciente tem, este diálogo é muito importante no processo de tratamento dele (Dara).

> Em relação ao tratamento acho que é a mesma coisa, né, facilita bastante o tratamento do paciente uma vez que ele tá tendo algum tipo de apoio psicológico, né, tirar algumas dúvidas (Rafael).

> Com o tratamento é o psicólogo, ele ajuda o paciente a se a, a interpreta o que ele tá vivenciando dentro da UTI, a interpretar o que ele está sentindo e saber lidar melhor com aquilo que ele está sentindo (Ariel).

De acordo com Angerami-Camon (1994), a função do psicólogo na UTI é criar as condições e promover o favorecimento para que as manifestações possam externar na forma de medos e fantasias do paciente e com isto incentivar a participação do paciente no tratamento, fazendo a escuta e colocações acerca de suas angústias.

Portanto, o psicólogo tem que ouvir e observar com paciência as palavras e os silêncios, já que dentro do campo da terapêutica humana é o profissional mais indicado para oferecer possibilidades de confronto do paciente com sua angústia e dor no período de tratamento, buscando sempre superar os momentos de crises (SEBASTIANI, SANTOS, 2003).

5.4.3 Recuperação do paciente internado na UTI

Na visão da equipe pode-se extrair que a recuperação está ligada as demandas e prioridades de cada indivíduo, embora a questão “doença” seja o foco, observa-se que uma série de fatores são desencadeados durante o processo, entendendo que cada doente tem uma história de vida com necessidades diferenciadas e subjetivas e o psicólogo é o profissional mais indicado para se fazer a leitura destas necessidades.

> Eu imagino que essa abertura que ele tem de poder contar as vivências dele, o que ele tem, os sentimentos dele é muito importante para recuperação dele, que a partir daí a gente descobre e o psicólogo descobre muitas coisas que pode ter influenciado até na doença dele. (Dara).

> O paciente ele estando esclarecido ele aceita o tratamento e a recuperação dele vai ser mais fácil, então acho que o psicólogo entra ai para esclarecer, para tirar os medos, para facilitar a comunicação (Rafael).

> A psicologia também tem um papel sim eu acredito que mais na questão de recuperação (Natanael).

> Recuperação do paciente internado na UTI, que ai engloba tudo, o diagnóstico, o tratamento, tudo...o diálogo, a atenção que dá, o recebimento as vezes o paciente tá precisando de um abraço o psicólogo vai lá tenta transmitir um abraço, um carinho, dá mais atenção, tira um tempo pra ele né (Muriel).

Sebastiani e Campos (2003), ressaltam que o psicólogo atua junto ao ser doente no sentido de resgatar sua essência de vida, que foi interrompida pelo que ocorreu diante do fenômeno da doença e se baseia na visão humanística com redobrada atenção pois considera o ser em sua globalidade e integridade, sendo únicos em suas condições pessoais e com direitos humanamente definidos e respeitados.

Ainda segundo Sebastiani e Campos (2003), o psicólogo tem por função compreender e entender o que está envolvido nas queixas, nos sintomas, nas patologias, para ter a dimensão do que está se passando com o doente e assim auxiliá-lo no enfrentamento e oferecer subsídios para uma compreensão melhor do momento o qual está vivendo.

Deste modo, é extremamente importante escutar o problema do paciente de forma empática e oferecer conforto para que o mesmo tenha uma boa recuperação.

5.5 Equipe multidisciplinar legitimando as funções do psicólogo na humanização da UTI

A intervenção psicológica vem se tornando totalmente necessária e ganhando reconhecimento por parte da equipe multidisciplinar para que se tenha um atendimento humanizado na UTI.

> Então, acho que a presença do psicólogo, tanto para equipe quanto para os pacientes eu acho que é muito importante [...] acho que mais na participação, numa participação ativa desse profissional dentro da unidade, acho que ele não vai tratar somente o paciente, vai tratar os profissionais também né, que na maioria das vezes precisa de algum tipo de ajuda e não sabe pra onde recorrer, não sabe o que pode fazer pra que isso aconteça, então o psicólogo tem extrema importância nessa transformação do ambiente, acolher a família, acolher o profissional , acolher o paciente... (Rafael).

> Eu acredito que seja dar atenção não só para o paciente, mas também para a família do paciente que as vezes muitos problemas que trouxeram o indivíduo pra cá pra UTI vem da família... importante o psicólogo dar atenção tanto para o paciente, quanto para a família quanto para os funcionário (Ariel).

> Eu acho que ouvir a opinião dos funcionários em relação uns aos outros, tentar entender alguns conflitos que sempre tem em relação um funcionário ou outro, ou médico versos funcionário, ajudar a solucionar essas questões... (Dina).

> Então, primeiro essa questão de conhecer as queixas do paciente e também pra ter essa melhor conversa com a equipe, pra equipe também conhecer melhor o doente e com isso ter um melhor vínculo entre equipe e doente, também trabalhar com a própria equipe que muito as vezes eu vejo que tá

> muito estressado ou já com problemas anteriores que acaba afetando no paciente, não era o certo mas as vezes acontece de passar, então também conversar com a equipe, sempre tentar ajudar o máximo pra que tenha um trabalho em equipe, pra gente sempre buscar o melhor para o paciente (Miriel).

> A psicologia também tem um papel sim, eu acredito que mais na questão da recuperação [...] o elo de ligação entre o sofrimento do paciente aqui dentro, o sofrimento do familiar ai fora, as vezes a gente não tem essa sensibilidade, não esse toque que vocês vão ter, que a psicologia vai ter pra abordar isso, eu aprendi que todo bom médico tem que ser um bom psicólogo mas a gente não aprende, não tem cadeira disso na faculdade... (Natanael).

Nicoletti, Chiattone e Angerami (1996) asseguram em suas falas que a assistência psicológica oferecida durante a reabilitação do paciente traduzida como terapêutica psicológica, apoia e esclarece ao paciente, equipe e famíliares sobre suas condições emocionais, levando-os a uma conscientização dos problemas, apoiando-os na dilatável valorização e aceitação para melhor enfrentarem a realidade que o adoecimento impõe.

Campos, (1995), refere que no processo de humanização o principal elo é o da comunicação no sentido de identificar dificuldades e promover planos para solução dos impasses e o psicólogo é qualificado para detectar estas situações mesmo quando ainda não estão claras ou não foram verbalizadas e ou simplificadas e destaca que o psicólogo deve observar e escutar pacientemente as palavras e os silêncios para que haja entendimento e interpretação.

O papel do psicólogo não é o de desconsiderar ou mistificar os fatos e sim auxiliar de forma clara para que as situações se tornem menos dolorosas. Quando equipe e paciente se sentem compreendidos e assistidos conseguem entender as implicações emocionais e se sentem amparados, conscientizando-se do que é real e o que é fantasia (CAMPOS, 1995).

Para Bruscato et al.(2004), o psicólogo hospitalar disponibiliza o saber psicológico que vem resgatar a singularidade dos sujeitos, suas emoções, crenças, valores sabendo lidar com todas as dimensões emocionais não somente do paciente internado, mas também, dos profissionais e familiares.

5.6 Compreendendo os benefícios terapêuticos do acolhimento e escuta psicológica no cenário da UTI

Trata-se da questão norteadora do trabalho e tem como cerne a extração por meio da voz da equipe pesquisada, a concepção dos benefícios advindos da ação do psicólogo para os atores em ação: equipe multidisciplinar, doente e família.

> Acredito que os benefícios sejam essa escuta que o paciente pode ter [...] os benefícios para a equipe é porque as vezes a equipe tá com tanto trabalho, trazendo algum tipo de problema de casa para o trabalho, as vezes também quer conversar, então o psicólogo tá ali para escutar o que a equipe tem para falar...o psicólogo também está ali para ouvir o que a família tem para falar, as vezes a família também quer desabafar (Dara).

> Com relação ao paciente é fazer com que ele compreenda melhor a situação que ele se encontra no momento e tentar resolver possíveis traumas que possam interferir na doença do paciente, a família compreender a doença do paciente, compreender que é necessário que ele esteja afastado da família nesse período e talvez se vier a óbito a compreensão da família nesse momento, com a equipe, acho que o psicólogo ele tanto nos ajuda com relação ao nosso trabalho que as vezes é muito tenso, muito pesaroso e como já aconteceu comigo rsrs, com situações que não envolvem trabalho, mas que de certa forma interfere no nosso rendimento (Ariel).

O propósito do psicólogo hospitalar, bem como na UTI é trabalhar com o doente, a família e a equipe multidisciplinar. Dentro deste contexto, Silva (2010), relata que o psicólogo deve dar acolhimento, deixar o indivíduo falar, manifestar suas dores, chorar, acolher as fantasias dos familiares como culpa, raiva, acolher também a equipe, estabelecendo vínculos.

Diante do adoecimento e fragilidade desta tríade família/equipe/doente, torna-se fundamental a presença do psicólogo que muitas das vezes evidenciam o despreparo da equipe para lidar com a dor e a angústia do outro, principalmente com seus próprios conflitos. Para Medeiros e Lustosa (2011), o psicólogo tem preparação para possibilitar a expressão da dor e dissipar essa dor psíquica, para que isso aconteça é necessário que ela seja falada, sentida para posteriormente ser elaborada.

5.6.1 Para equipe multidisciplinar

Diante do que será exposto nas entrevistas, pode-se afirmar que os benefícios terapêuticos estão condicionados às atividades rotineiras desempenhada pelo profissional de psicologia na forma de um cuidado disponibilizado ao paciente de maneira personalizada com foco no relacionamento interpessoal, destacando o acolhimento e escuta humanizada, fazendo e produzindo uma efetiva comunicação para a compreensão e ajuda também com a equipe multidisciplinar.

> Grande parte dos profissionais eles precisam de algum tipo de ajuda psicológica, pelo seu dia a dia, pelo seu trabalho, pelas suas funções, pela correria, então alguém precisa ouvir esse profissional, para descarregar as emoções né, e o psicólogo ele tem esse papel fundamental de as vezes fazer essa escuta desses profissionais (Rafael).
>
> Para a equipe é passar um pouco mais de paciência para a pessoa saber trabalhar e lidar com o paciente, com a família e com todos que entram aqui na UTI (Muriel).
>
> Para a equipe multidisciplinar a meu modo de ver talvez numa ajuda na orientação de conduta de acolhimento com o paciente, como tratar o paciente, a família quando chegam, acho que o profissional ajudaria nesse sentido, ouvir também o problema da própria equipe mesmo, de cada funcionário que é humano e tá sempre errando, acertando e merece atenção do profissional de psicologia e vai ajudar tanto no profissional quanto na vida pessoal (Uriel).
>
> Eu acho que ajuda no dia a dia na questão de convivência, acho que ajuda em questão de resolver problemas gerados dentro da própria equipe como convívio entre os próprios profissionais [...] então acho que se for pensar em questão de equipe multiprofissional, essa proximidade, essa segurança vamos dizer assim, essa segurança que dá de você ter um profissional que vai tentar, vamos dizer assim, resolver o problema de maneira mais fácil de da maneira mais certa possível no meu ponto de vista seria o psicólogo (Gabriel).

Moro (2007), conclui que no contexto hospitalar a atuação do psicólogo deve visar o bem-estar físico e psicológico dos pacientes e equipe propiciando condições de trabalho em equipe e qualidade nas relações interpessoais e humanização.

Reportando ao que foi exposto nas falas, Sebastiani e Campos (2003), atribuem ao psicólogo a responsabilidade de zelar pela manutenção da higidez da identidade da equipe, perceber os focos de conflitos, tornar fácil a comunicação e interação, criar espaços de

reflexão e mediação pois é inegável que uma boa relação entre equipe/paciente traz benefícios para ambas as partes.

5.6.2 Para o doente

Em um lugar isolado, separado por uma porta, onde se pode ler: “entrada permitida somente para pessoas autorizadas” onde tudo parece aterrorizante e proibido, onde o paciente deixa de ser “pessoa” com identidade própria para se tornar um “número de leito” o qual estará vulnerável, submisso e dependente.

> Para o doente eu acredito que o psicólogo contribui de forma avassaladora, se é que a gente pode usar esse termo [...] doente dentro de uma unidade de terapia intensiva ele fica muito, ele já é, já está numa condição debilitada, ele fica muito sozinho [...] o psicólogo entra nesse ponto de ir lá escutar, tentar tirar pra fora as angústias, os medos que esses pacientes estão tendo, esclarecer o que está acontecendo, as vezes colocar eles a par de como que que tá , o que tá acontecendo lá fora, muita das vezes a gente como profissional de enfermagem não consegue [...] o psicólogo vai contribuir nesse aspecto, as vezes só de escutar o paciente na maioria das vezes ele já apresenta uma melhora muito grande, muito significativa, eu acho que o psicólogo por estar mais bem preparado, por saber lidar com a situação, acho que é mais pelo preparo do psicólogo em saber como conduzir (Rafael).

> Para o doente passar calma, passar um entendimento do que está havendo aqui dentro, o paciente vai ficar mais calmo, não vai ficar tão ansioso, o tratamento vem mais rápido do que ele imagina. (Muriel).

> A abordagem do psicólogo diretamente com o doente é essencial nessa hora de dúvidas, hora de angústia, de ansiedade, o paciente fica muito ansioso né, acho que uma conversa do psicólogo numa abordagem para esclarecer dúvidas (Gabriel).

> A gente fala em acolhimento, mas não é só vir aqui e pôr o paciente para sentar ali, tem que explicar os cuidados, explicar a rotina, explicar o quadro do paciente, ajudar a dar uma notícia que em algumas vezes infelizmente não é aquilo que o paciente e a família quer ouvir né [...] por mais que a gente tenha boa vontade, tem umas coisas que a gente não sabe fazer, eu não sei fazer psicologia (Natanael).

Alguns objetivos para serem alcançados pelo psicólogo na UTI, segundo Di Biaggi (2002), é trabalhar terapeuticamente, a relação emocional do paciente com sua doença e/ou momentos de crise pela necessidade de se manter internado na UTI, orientar o paciente durante sua permanência na mesma, avaliar o quadro psíquico e intercorrências emocionais,

favorecer a expressão não verbal do paciente entubado ou sem possibilidade de comunicação verbal por meio de técnicas adaptativas a cada situação chamada de psicoterapia breve.

O autor visa com a psicoterapia breve a readaptação na mais ampla escala possibilitando a melhora dos mecanismos de adaptação e enfrentamento de modo que o fundamental é a motivação e a utilização de técnicas de aprendizagem para fortalecimento da auto-estima e uma maior tolerância a frustração do paciente para entender os regulamentos e regras.

5.6.3 Para a família

A família é um fator fundamental no processo de internação. Esperando por notícias, angustiados se sentem impotentes e fragilizados. Necessitam de um amparo psicológico, um olhar que volte também para suas necessidades, fortalecendo-os, munindo-os de informações para que dêem suporte e motivação para o ente querido que ali se encontra enfermo.

> Para a família eu acho que é essencial também um suporte psicológico porque a família ela fica angustiada né, ninguém quer ficar longe de um ente querido, a maioria dos pacientes que estão aqui dentro da UTI são pacientes graves, então a família as vezes fica perdida, as vezes não sabe como agir, não sabe o que vai fazer e o psicólogo ele é importante para poder passar esse alívio, muita das vezes a família está desesperada querendo saber uma notícia, querendo saber as condições que o familiar dele está aqui dentro, o ente dele, então acho que é assim... (Rafael).

> O psicólogo também está ali para ouvir o que a família tem para falar, as vezes a família também quer desabafar, é intermediar a família com o paciente também que as vezes a família quer falar alguma coisa, algum problema que tem com o paciente e vice e versa, o paciente quer falar algum problema que tem com a família, então acredito que os benefícios são grandes nessa relação (Dara).

> A família compreender a doença do paciente, compreender que é necessário que ele esteja afastado da família nesse período (Ariel).

> Para a família é o apoio emocional, é confortar a família na hora que eles se sentem perdidos né, naquela hora que eles falam e agora o que eu faço com o meu familiar internado na UTI (Dina).

> Conversar com a família, para a família não ficar trazendo notícias ruins aqui dentro da UTI, para eles saber o que conversar com o paciente (Miriel).

> Para a família passar calma e a pessoa poder dormir até mais tranquila em casa, tipo assim, tá ali monitorizada, está com médicos, está com psicólogo, com enfermeiros, tudo cuidando, ai tira a ansiedade também da pessoa, o

> medo, acaba que a pessoa estando na UTI, o que ela pensa é em morte (Muriel).
>
> Tranquilizar a família, o familiar vai sentir seguro, saber que o ente dele está sendo bem cuidado, sendo amparado, a orientação também do comportamento dentro do setor da UTI, o que pode o que não pode, orientar que o setor intensivo é diferente da enfermaria, requer normas diferentes, de condutas, de comportamentos e tudo vai beneficiar o próprio doente (Uriel).
>
> Um dos pontos fortes da psicologia perante a família e a ligação entre família e o doente é a confiança que a família tem na verdade no profissional, acaba que quando o profissional consegue ter uma sequência de acompanhamento da família perante aquele doente ao longo dos dias a família cria um vínculo de confiança com aquele profissional, então eu acho que direciona problemas, direciona dúvidas, solicita serviços, dependendo da família pede o psicólogo até desviar um pouco da sua função em solicitar relatório para o médico, isso assim, acho que é reflexo de uma confiança que a família cria perante o profissional (Gabriel).

De acordo com Souza (2010), infere como família, a unidade social de proximidade ligada ao paciente através do sentimento de amor podendo ter ou não consanguinidade. Admitindo que o paciente seja um seguimento da família e que essa família tem um papel fundamental na sua recuperação, torna-se de extrema importância prover as necessidades destes familiares.

E é neste aspecto também, que entra o olhar do psicólogo, pois instala-se uma crise nos familiares quando o doente está hospitalizado na UII, podendo causar desestruturação familiar, e neste momento de acordo com Souza (2010), torna-se necessário a conscientização da real situação do paciente e a necessidade da hospitalização do mesmo na unidade intensiva, compondo o familiar num contexto de paciente secundário que precisa de cuidados pois se encontra num momento de fragilidade o qual necessita expressar seus medos, fantasias sobre a doença e sanar suas dúvidas.

5.7 Humanização sob o olhar da equipe multidisciplinar: elo de ligação

De forma geral, o conceito formado é de estabelecer uma comunicação eficiente a partir do acolhimento do paciente de forma a ter ou reconstruir o território com os atores, ou seja, o paciente, a sua família e a equipe multidisciplinar com uma escuta efetiva no sentido de exteriorizar os sentimentos, no fortalecimento do enfretamento da doença e principalmente proporcionar o esclarecimento de dúvidas que possam impregnar conotações negativas.

> Acredito que a definição de humanização na UTI é trazer um ambiente de mais conforto para o paciente, pra família, tentar diminuir as dores dele, as vezes aquele paciente que tá em fase terminal trazer um dos últimos dias né de vida pra ele com mais conforto com mais carinho, tentar escutar, tentar se colocar no lugar dele, escutar a família e também pra toda equipe né (Dara).
>
> Acho que humanização é, é você fazer aquilo de coração né, já que é tão difícil a gente lidar com a doença né, e para a família, para paciente, então se a gente não for humano se a gente não usar da nossa humanização fica difícil a gente tá na profissão que a gente tá né, então eu acho que humanização é isso, a gente as vezes ser caridoso, fazer o bem né (Rafael).
>
> A humanização é acolher, saber escutar, saber aconselhar na hora certa, carinho, questão do toque porque isso também a gente pode fazer, o olhar diferenciado né, que só de olhar para paciente ele sabe que a gente tá mostrando carinho pra ele (Dina).
>
> Então na UTI humanização pra mim é saber ouvir, primeiro lugar né, primeiro lugar a gente tem que saber ouvir, não ter preconceito né (Miriel).
>
> Para mim é ter respeito, ética principalmente com o paciente, é transmitir paz pra ele, principalmente pra família (Muriel).
>
> Eu acho que ... eu acho que é ouvir o paciente, ouvir a dor dele que as vezes é muito mais psicológica, do que as vezes física (Uriel).
>
> Eu acho que a humanização seria um dos pontos, a proximidade entre equipe multiprofissional, doente e família, esses três pontos são o elo é a ligação de uma boa humanização no interior da unidade (Gabriel).
>
> Então acho que é isso humanização na UTI, tratar o paciente com dignidade de paciente, de ser humano enquanto pessoa, enquanto consciência, não é simplesmente deixar de lado, eu acho que é isso (Natanael).
>
> Então, no meu ponto de vista né, o ... o profissional psicólogo, enquanto ele é bem atuante diretamente na sua área e diretamente com o paciente, no meu ponto de vista facilita muito a questão da melhora né, do paciente em questão de diminuição da ansiedade, do vínculo entre paciente/ família né, do vínculo entre profissional e paciente né, a equipe multiprofissional e paciente, então assim, o, o psicólogo no meu ponto de vista , ele consegue fazer né, uma ligação entre esses três pontos (Gabriel).

Segundo Evangelista et al. (2016), a UTI é o lugar por excelência para a aplicação dos conceitos de humanização por sua especificidade de cuidados críticos e urgentes já que a humanização passou a ser prioridade e assunto de pauta após a publicação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003.

Para colocar em prática a humanização é essencial o conceito do paciente em um ser singular e ter preservada a sua totalidade dentro da UTI, obtendo com isto, uma escuta ativa que estabeleça um canal de comunicação eficiente e empática, valorizando suas vivencias e resgatando o que lhe é mais representativo (EVANGELISTA et al, 2016).

Deste modo, o psicólogo deve ter em mente que o hospital exige dele um vasto leque de possibilidades de intervenção atentando-se aos sujeitos que compõe este ambiente e que ali colocam suas subjetividades definindo como objeto de trabalho não só a dor do paciente, mas também, a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e geralmente a angústia negada pelos médicos, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, facilitadora nos relacionamentos interpessoais (SIMONETTI , 2004).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização deste estudo, foi necessário, conhecer a dinâmica geral de uma UTI, que por excelência é uma área do hospital que se caracteriza pelas ações tempestivas de rapidez, de impacto imediato, onde vida e morte se alternam com sutilezas e suscetibilidade específicas, envolvendo os três autores: paciente, família e equipe multidisciplinar em saúde. De maneira incisiva destacam as funções do psicólogo como essenciais para uma efetiva escuta humanizada e um acolhimento que compreenda o que não está implícito na fala, mas ao dar ouvidos as vivências e experiências de adoecimento, abrem uma oportunidade para a compreensão da subjetividade de quem vivencia as angústias, o medo da morte, a solidão, tristeza, as incertezas e as expectativas que o espaço da UTI sugere para os autores envolvidos.

Os benefícios terapêuticos apontados pela equipe multidisciplinar de saúde transitam entre uma escuta que ressignifica as representações do adoecer, estabelecimento de vínculo, de cooperação entre equipe de saúde, facilitar a comunicação e o entendimento entre o paciente, a família e os profissionais de saúde.

Pode-se afirmar, que as funções do psicólogo na UTI, legitimadas e reconhecidas pela equipe de saúde indicam um elo de ligação entre a pessoa doente, a família e a equipe multidisciplinar. Compreende-se elo de ligação: acolher, dar ouvidos, aconselhar, aproximar, esclarecer, estabelecer vínculos e facilitar a comunicação e a reciprocidade, proporcionando uma assistência que contemple a integralidade do paciente, tranquilizando a família e harmonizando a equipe de saúde. Fica evidente também que a atuação do psicólogo deve ser estendida para elaboração do diagnóstico, na aplicação do tratamento e por conseguinte na recuperação do paciente.

Com indícios de que as condutas terapêuticas do psicólogo em uma UTI é uma necessidade preconizada pela própria equipe e tem o caráter de ser intermitente e incessante, constituindo um desafio, quebrando paradigmas e extrapolando as fronteiras da psicologia, criando formas de intervenção e ressignificação, fazendo do acolhimento e da escuta humanizada a forma de prover condições emocionais para que o paciente, os familiares e a equipe multidisciplinar realizem esta travessia reaprendendo sobre a vida e a morte nas novas representações e possibilidades de vivências que atenue a dor.

No decurso deste estudo, observou-se que ainda existe pouca literatura direcionada à atuação do psicólogo em UTIs, realidade esta, confirmada pelos profissionais, devido principalmente a esta prática ser pouco vivenciada nas UTIs, que tem como foco emergencial a recuperação física e pelo conceito de atuação do psicólogo em atendimento clínico individual.

Assim sendo, almeja-se que este estudo seja fonte de reflexão para novas políticas públicas que contemplem a presença da psicologia nas milhares de UTIs adulto e neonatais deste pais e que debrucem um olhar pleno, que atenda ao ser humano em sua subjetividade e completude.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. C. Psicólogo no hospital Geral. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 20(3, 24-27), 2000.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; COSTA, E. S. (Org.). **Desinstitucionalização em Saúde Mental**: considerações sobre o paradigma emergente. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, 1999.

ANGERAMI, V. A.; CHIATONE, H. B. C.; NICOLETTI, E. A. **O Doente, a Psicologia e o Hospital**. Pioneira. São Paulo. 1996.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org). **Psicologia Hospitalar**: teoria prática. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, p. 20-24, 2003.

ANGERAMI-CAMON, V. A. Sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, (Org.). **Psicologia Hospitalar:** a atuação do psicólogo no contexto hospitalar. São Paulo: Traço, (Série psicoterapias alternativas) v. 2. Cap. 1. p. 11-14, 1984.

ARRUDA. C, SILVA. D. M. G. V., **Acolhimento e Vínculo na Humanização do Cuidado de Enfermagem**: Pessoas com diabetes Mellitus. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 65, n. 5, out. 2012.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, AMIB, Censo, 2016.

BECK. C. L. C., MINUZI. D., **O Acolhimento como Proposta de Reorganização da Assistência à Saúde**: Uma Análise Bibliográfica. Saúde. 34(1-2).: 37-43, 2008.

BELKISS, W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BOEMER, M. R; ROSSI, L. R; NASTARI, R. R. A ideia de morte em unidade de terapia intensiva – análise de depoimentos. **Revista . Gaúcha Enfermagem**, julho; 10(2):8-14, 1989.

BRAGA. A. A. N. M., DALTRO. M. R., DANON. C. A. F., A escuta Clínica: Um Instrumento de Intervenção do Psicólogo em diferentes Contextos. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, 1(1): p.87-100, 2012.

BRASIL. **Estabelecimentos de critério de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo** – UTI: PORTARIA N 3432 12 DE AGOSTO DE 1998.

BRASIL. Portaria n 2.395, de 11 de outubro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, ANVISA-RDC Nº 7, **Que afere o desempenho e padrão de funcionamento mensal das UTIs**, 2010.

BRUSCATO, W, L. et al. A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CAMPOS, T, C, P. Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais. E. P. U. São Paulo. 1995.

CASTRO, D. S. **Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva**: análise fenomenológica. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1990.

CASSATE, J. C; CORREA, A, K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem. v. 13, n.1,p.105-11, 2005.

CECILIO, L. C. de o.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, 2003.

CHIATTONE, H, B, C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V, A. (Org.). **Psicologia da Saúde**: **um novo significado para a prática clínica**. 2. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

CHIATTONE, H, B, C.; SEBASTIANI, R, W.; FONGARO, M, L, H.; SANTOS, C, T.; ANGERAMI, V, A. **E a Psicologia entrou no hospital**. Cengage Learning. São Paulo. 1996.

DI BIAGGI, T, M. **Relação Médico-família em UTI: a visão do médico intensivista**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade**. Interface-Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n. 17, p. 401-3, 2005.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa,** n. 115, Rio de Janeiro p. 139-154; 2002.

ESPINOLA, H. L., **A Equipe da enfermagem e o Acolhimento ao paciente**: Humanização Hospitalar. Publicado na edição de fevereiro de 2016.

EVANGELISTA. V. C; DOMINGOS. T. S; SIQUEIRA. F. P. C; BRAGA. E. M. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. **Revista Bras Enferm** [Internet]. 69(6):1037-44.DOI, 2016.

FERREIRA, B. H., **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo. Nova Fronteira, 1988, Novo Dicionário século XXI, Editora Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: Dilemas entre o Relacional e o Técnico. Saúde soc, São Paulo, v. 14, n. 3, dez, 2005.

FREITAS, M, H; BARBOSA, K, A. A Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos**. Revista Kairós**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 113-134, jan. 2009.

FONSECA, A, C.; FONSECA M, J, M. – **Cuidados paliativos para idosos na UTI**: realidade factível. Scientia Medica (Porto Alegre), v. 20, n. 4, p. 301-309, 2010.

FOSSI, L, B; GUARESHI, N, M, de F., **A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares**. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v. 7, n. I, jun. 2004.

GIL, A, C**. Como elaborar projetos de pesquisa. S**ão Paulo. Ed. Atlas, 2002.

GONÇALVES, R. M.; PONTES, E. P. **Estudo de taxa de ocupação de leitos de UTI do Estado de Minas Gerais**. V Congresso CONSAD de Gestão Pública. Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, DF,p.18, 2012.

GONSALVES, E. P. **Iniciação à pesquisa Científica**. Campinas, SP: Alínea, 2001.
ISMAEL, S, M, C**. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Governo do Estado de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG , n.592, de 21 de outubro de 2009.

GUILHERME, G, S. Monografia: DIABETE X UTI. AMIB-ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Cuiabá, 2001.

HABERKORN, A. **Atuação psicológica na UTI**. In: BRUSCATO. W. L; BERNEDETTI. C; LOPES. S. R. A. (Org.) A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: Novas páginas em uma antiga história. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. p. 99-107. 2004.

ISMAEL, S. M. C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: S. M. C. (Org.). A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa do Psicólogo; p. 17-36. 2005.

JARAMILLO, I. F. A Experiência Humana de morrer. In : JARAMILO. I. F (Org). **Morrer Bem**. São Paulo: Planeta .2006.

JUGEND. M., JURKIEWICZ. R., **A Assistência Psicológica Através da Escuta Clínica Durante a Internação**. Revista SBPH v. 15 n. 1, Rio de Janeiro. Jun. 2012. Com

LAZZARETTI, C. T. ET AL., Manual de Psicologia Hospitalar. Direitos reservados ao Conselho Regional de Psicologia 8a Região. Curitiba, PR: Unificado, 2007.

LIMA, M, G. **Assistência prestada pelo enfermeiro em unidades de terapia intensiva**. Dissertação (Aspectos afetivos e relacionai) Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP, 1993.

LIMA, G. Q.; PARANHOS, M. E.; WERLANG, B. S.G. Contribuições da tanalogia no processo de morrer. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 2, p. 220-230, Porto Alegre, 2009.

MARTINS, L. A. N. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Med. Trab**., v. 1, n. 1, p. 56-68, Porto Alegre, 2003.

MEDEIROS, L, A.; LUSTOSA, A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. Ver. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v.14, n.02, p. 203-227, 2011.

MEDINA, R, F; BAKES, V, M, S. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Rev . Bras. Enferm.** 2002.

MINAYO, M. C**. Pesquisa Social**: Teoria Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

MORO, S, D. A representação da morte para o profissional da psicologia hospitalar. Psicologia: **Ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 04, p. 123-139, 2007.

MORAIS, J, C.; GARCIA, V, G, L.; FONSECA, A, S. **Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta**: Visão dos clientes. Revista Nursing. v.79, n.7, 2004.

ORLANDO, J.; MOOCK, M. História: o início da terapia intensiva no Brasil e a trajetória da AMIB. In: David CM (editora). **Medicina Intensiva**. Rio de Janeiro: Editora Revinter; p. 1-7, 2004.

PREGNOLATTO, A. P. F.; AGOSTINHO, V. B. M. O psicólogo na unidade de terapia intensiva – adulto. In: BAPTISTA, Makilim N. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PROCHNOW. A. G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30.n, I, p. 11-18, 2009.

RAMPAZZO, L**. Metodologia cientifica**. São Paulo: Editora Loyola, 2002.

RÉA-NETO, A. GUTIS. **Guia da UTI Segura**. Presidente da Associação Médica Intensiva Brasileira. 2010.

ROMANO, B, W. A prática da Psicologia nos hospitais. Pioneira. São Paulo. 2002.

SALUM. A.; NIGHTNGALE, F. **O outro nome da enfermagem**. Revista Ecológico. 2013.

SANTOS. S. J., ALMEIDA. S. A., JÚNIOR. J. R. R**.** A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva (UTI). **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, João Pessoa, v. 1, n.1, p. 11-16, nov. 2012.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento psicológico em UTI. In: ANGERAMI-CAMON, (Org.). **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar**. São Paulo: Traço, 1984 (Série psicoterapias alternativas) v. 2. p. 68-74.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: ANGERAMI-CAMON (Ed.), **Psicologia hospitalar**: **Teoria e prática.** São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

SEBASTIANI. R. W., SANTOS. C. T. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, (Org.). **e a PSICOLOGIA ENTROU NO HOSPITAL**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, v. 4, cap. 3, p. 147- 176, 2003.

SILVA, G..G. **DIABETE X UTI**. AMIB- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Monografia: Cuiabá, 2011.

SILVA, M. J. P. **Humanização em unidade de terapia intensiva**. São Paulo; Atheneu; 2000.

SILVA, A. L.; ANDREOLI, P. B. O trabalho do psicólogo em UTI e UCO. In: S. M. Ismael (Ed.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SIMMONS, J. G, NIGHTINGALE F. **A enfermagem moderna**. In: Simmons JG. Médicos & descobridores: vidas que criaram a medicina de hoje. Rio de Janeiro: Record; p.123-8, 2004.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: **o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

SOUZA, R. P. **Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva.** São Paulo: Atheneu, 2010.

SHIMIZU, H, E.; COUTO, D, T.; MERCHAN-HAMANN. E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. maio-jun 2011.

TEIXEIRA. J. A. C. Psicologia da Saúde. **Rev. Análise Psicológica**. v. 3. Lisboa, p. 441-448, 2004.

TONETTO, A. M; GOMES, W. B. **A** prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Rev. Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 1, Campinas. p, 89-98, 2007.

ULLER, A. R**. Até onde investir no paciente grave?**– Decisões envolvendo a prática médica na UTI. Dissertação de Mestrado, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro-RJ. 2007.

VELASCO, K.; RIVAS. L. A. F.; GUAZINA. F. M. N., **Acolhimento e Escuta como Prática de Trabalho do Psicólogo no contexto Hospitalar**. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 13,, n. 2, p.243-255, 2012.

VIEIRA, M. C. Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência. **Rev. Bras. Clínica Médica**, v. 8, n.6, São Paulo, p. 513-519, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada

1) Identificação (Nome Fictício)

2) Data Nascimento

3) Estado Civil

4) Sexo

5) Escolaridade

6) Renda

7) Função

8) Quanto tempo você trabalha na UTI?

9) No processo de adoecimento e hospitalização o doente se sente fragilizado e pode vivenciar diversos sentimentos. Quais sentimentos você identifica nas pessoas doentes internadas na UTI?

10) Quais as intervenções terapêuticas do psicólogo, contribuem para a construção do:

a) Diagnóstico

b) Tratamento

c) Recuperação do paciente internado na UTI.

11) Quais as condutas do psicólogo que podem transformar o ambiente interpessoal de uma UTI em um ambiente humanizado e acolhedor?

12) Quais os benefícios terapêuticos de um acolhimento e escuta humanizada realizada pelo psicólogo:

a) Para a equipe multidisciplinar

b) Para o doente

c) Para a família

13 Na sua opinião qual é a definição de humanização na UTI?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre após Esclarecimento

UNICERP – CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO - PATROCÍNIO
COEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO UNICERP

O acolhimento e a escuta humanizada como prática psicológica na Unidade de Terapia Intensiva: visão da equipe multidisciplinar.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **“ O acolhimento e a escuta humanizada como prática psicológica na Unidade de Terapia Intensiva – Visão da equipe multidisciplinar”.** Com isso você poderá contribuir com os avanços na área da saúde, já que tais avanços só podem dar-se por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Esta pesquisa tem como propósito ilustrar a atuação do psicólogo dentro de uma UTI, destacando os benefícios terapêuticos gerados por meio do acolhimento e escuta humanizada e caso você aceite, será necessário participar de uma entrevista semiestruturada com perguntas objetivas e descritivas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou constrangimento, mas ao responder a entrevista, caso você se sinta constrangido (a) você poderá encerrar sua participação na pesquisa.

Você poderá obter todas as informações que se fizerem necessárias e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado por meio de nomes fictícios.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o propósito e a relevância deste estudo e o procedimento a que serei submetido. As explicações que recebi esclarecem os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que tenho liberdade para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará nenhum prejuízo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar desta pesquisa.

Patrocínio, .../ ...../.....

_____ _____

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal Documento de identidade

_____ _____

Maria Helena Cabral Eliza Assis Souza

Telefone de contato dos pesquisadores:
Maria Helena Cabral (34) 99902 7450
Eliza Assis Souza (34) 99129 0146

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa do UNICERP, pelo telefone 3831-3721 ou pelo e-mail: pesquisa@unicerp.edu.br

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do COEP

COORDENADORIA DE PESQUISA E EXTENSÃO DO UNICERP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO COEP/UNICERP
PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PARA APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

1. PROJETO DE PESQUISA:

1.1. TÍTULO DO PROJETO: 2017 1450 PSi 002

O ACOLHIMENTO E A ESCUTA HUMANIZADA COMO PRÁTICA PSICOLÓGICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-VISÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

1.2 PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Maria Helena Cabral
Identidade: DF 508649 CPF: 287.703.316-34
Endereço: Rua Joaquim Novato, 712. Patrocínio
Correio eletrônico: helena@unicerp.edu.br
Telefone: (34) 99902-7450 Fax:

1.3. INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO PATROCÍNIO

1.4. PROJETO APROVADO EM

Recebido no COEP/UNICERP em: 30/05/2017 Para o relator em: 07/06/2017

Parecer avaliado em reunião de: 05/07/2017
Aprovado: 05/07/2017
Não aprovado: ____/____/____
Diligência/pendências: 14/06/2017

Profa. Me. Angela M. Drumond Lage
COEP - UNICERP

Diretor(a) da Unidade

ANEXO B – Aprovação Santa Casa

Hospital
SANTA CASA
Patrocínio - MG

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a(s) pesquisador(as) Eliza Assis Souza e Maria Helena Cabral, portador(es) do RG nº MG 14.989.479, DF 508.649; CPF 007.511.946-38 e 287.703.316-34, está(ão) autorizado(as) a realizarem entrevista com os profissionais de saúde da UTI ADULTO, da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio, com a finalidade de realizar seu trabalho de conclusão do curso de Psicologia, do UNICERP – Centro Universitário do Cerrado - Patrocínio.

Declaro ainda ter conhecimento da pesquisa a ser realizada e de ter sido previamente informada de como serão utilizados os dados colhidos nesta instituição.

Patrocínio – MG, 22 de maio de 2017.

Ana Lúcia de Castro
Superintendente

Irmandade Nossa Senhora do Patrocnio Entidade mantenedora da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio
Praça Honorico Nunes, 522 - Centro - Patrocínio - MG - CEP 38.740-000
(34) 3839-1000 - CNPJ: 23.406.564/0001-24 - Insc. Estadual: Isento
contato@santacasadepatrocinio.com.br - www.santacasadepatrociniocom.br
Cód. 1079