



# Urgência Subjetiva na UTI da Santa Casa de BH: contribuições da Psicologia Hospitalar

*Subjective urgency in the ICU of Santa Casa de BH: contributions of hospital psychology*

Lucas Reis Machado<sup>1</sup>  

Andréa Regina Marques Chamon<sup>2</sup>  

Cristina Barbosa Oliveira<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Faculdade Anhanguera, Curso de Psicologia. Belo Horizonte, BH, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade da Cidade de São Paulo – UNICID, Curso de Psicologia. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Santa Casa de Misericórdia, Residência Multiprofissional, Eixo Psicologia. Belo Horizonte, MG, Brasil.

## Correspondência:

Lucas Reis Machado  
lucasmachado451@gmail.com

Recebido: 13/10/2023

Revisado: 20/05/2024

Aprovado: 26/05/2024

## Como citar (APA):

Machado, L. R., Chamon, A. R. M., Oliveira, C. B. (2024). Urgência subjetiva na UTI da Santa Casa de BH: contribuições da psicologia hospitalar. *Revista da SBPH*, 27, e001. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.589>

## Financiamento:

Bolsa de residência multiprofissional na área da Saúde concedida pelo Ministério da Educação.

## Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



## Resumo

O ambiente hospitalar é composto por profissionais de diferentes áreas e especialidades, de modo que há uma variedade de nomeações para as formas de atuação em equipe, destacando-se as seguintes: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Este trabalho tem por objetivo identificar a percepção de profissionais intensivistas da equipe multidisciplinar de uma UTI da Santa Casa, acerca da urgência subjetiva de pacientes e familiares neste contexto. Para tal, foi utilizado como metodologia a revisão crítica da literatura articulada à Análise de Conteúdo dos dados coletados por meio de entrevista semiestruturada. A Urgência Subjetiva é caracterizada por uma situação traumática vivenciada pelo sujeito que se encontra na instituição hospitalar ou que é conduzido até esse ambiente, tais como: incorrências corporais dolorosas, disfunções orgânicas nos sistemas cardiovascular, cerebral ou respiratório, patologias psicossomáticas, atos de violência, tentativas de autoexterminio, acidentes de trânsito, doméstico e outros. Conclui-se pontuando a relevância de que as ações e intervenções no âmbito da saúde pública sejam articuladas com base em diferentes saberes, considerando a integralidade, princípio doutrinário do SUS.

**Descritores:** Plantão psicológico; Comunicação; Psicologia hospitalar; Humanização da assistência; Unidades de terapia intensiva.

## Abstract

The hospital environment is composed of professionals from different areas and specialties, so there is a variety of definitions for the modalities of team work, highlighting the following: multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary. This study aims to identify the perception of intensive care professionals from the multidisciplinary team of an ICU at Santa Casa about the subjective urgency of patients and family members in this context. To this end, a critical literature review was used as a methodology, linked to the Content Analysis of the data collected through semi-structured interviews. Subjective Urgency is characterized by a traumatic situation experienced by the subject who is in the hospital institution or who is taken to this environment, such as: painful bodily incursions, organic dysfunctions in the cardiovascular, cerebral or respiratory systems, psychosomatic pathologies, acts of violence, attempts at self-extermination, traffic and domestic accidents, among others. It concludes by pointing out the importance that actions and interventions in the field of public health are articulated based on different knowledge, considering comprehensiveness, which is a doctrinal principle of the SUS.

**Descriptors:** Psychological duty; Communication; Hospital psychology; Humanization assistance; Intensive care units.

## INTRODUÇÃO

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003 (Ministério da Saúde [MS], 2008), tensiona efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus diversos níveis de assistência, objetivando qualificar a saúde pública no Brasil, estabelecendo diretrizes para as intervenções dos trabalhadores dessa área quanto à sua comunicação com a sociedade civil e os usuários (Deslandes, 2004). Embora não haja uma definição rígida de humanização, as práticas profissionais se implicam no caráter geral desse conceito: benevolência, afabilidade, empatia e consideração do humano como ser complexo, dotado de razão e emocionalidade. Para que as práticas exercidas no contexto do SUS sejam humanizadas, é necessário investimento na formação continuada, melhoria das condições de trabalho, implementação de um modelo de assistência pautado na integralidade do cuidado, avaliação regular e manutenção dos direitos dos usuários (Moreira *et al.*, 2015).

No contexto hospitalar, o modelo biomédico centra a atenção nos aspectos orgânicos do processo de adoecimento, enquanto o modelo biopsicossocial foca em medidas de promoção da saúde, considerando o paciente a partir de uma perspectiva holística (Souza & Pegoraro, 2009). Uma atuação baseada na integralidade do cuidado pode melhorar a compreensão e a efetividade das ações de trabalhadores, gestores e facilitar a vida de usuários do SUS.

A urgência médica demanda cuidados fisiológicos específicos. Mas há uma urgência de caráter subjetivo que não pode ser ignorada. Esta compreende o acolhimento especializado dos sujeitos em situação de crise psíquica. Esta crise caracteriza-se pelo esgotamento de recursos psíquicos de enfrentamento, e pode se apresentar por meio de falas e comportamentos repetitivos endereçados a um outro, alguém da equipe ou mesmo do núcleo familiar (Estellita-Lins *et al.*, 2006). Esse momento é marcado por experiências em que a tomada de decisão é feita de modo impulsivo, desorganizado e atitudes disruptivas (Estellita-Lins *et al.*, 2006).

Há várias situações nas quais psicólogos são convocados a intervir, como nos processos do luto, no suporte emocional aos pacientes com diagnóstico desfavorável, além de se disporem a acompanhar médicos na comunicação de notícias difíceis aos familiares e enfermos (Silva, 2007; Santos *et al.*, 2012). A função da ciência psicológica é auxiliar na identificação e validação dos recursos de enfrentamento dos pacientes e seus familiares para lidar com menos sofrimento diante da hospitalização.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tendo como metodologias a revisão crítica da literatura e a análise de conteúdo. Foram pesquisadas referências bibliográficas no campo das ciências humanas, articuladas às ciências da saúde. A pesquisa qualitativa ocupa-se dos níveis relacionais e subjetivos de determinada realidade social, interpelando significados, narrativas, discursos, crenças e valores dos sujeitos envolvidos (Taquette & Minayo, 2016). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte sob o CAAE nº 45405621.6.0000.5138, após submissão realizada na Plataforma Brasil.

No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), as questões se atravessam de modo complexo, o que impõe dificuldades ao cuidado integral. Profissionais advindos de formações diversas não necessariamente se articulam entre si. No intuito de contribuir

para essa aproximação, este estudo objetivou identificar as percepções de profissionais intensivistas sobre as urgências subjetivas manifestadas por pacientes e seus familiares. A pesquisa revelou certa incompreensão por parte de alguns membros da equipe acerca do que seja urgência subjetiva, ainda que tenham se destacado falas em reconhecimento do valor da presença do profissional de psicologia no ambiente hospitalar. Também identificou algumas possibilidades de atuação para o psicólogo nesse campo.

A coleta de dados se deu através da aplicação de um questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada de elaboração própria, a fim de dimensionar a percepção do público acerca das ocorrências da urgência subjetiva na UTI. O questionário foi composto por: idade, gênero, estado civil, formação profissional, tempo de formação, pós-graduação, tempo de experiência na função atual, carga horária na instituição e possíveis outros vínculos trabalhistas. A entrevista ocupou-se de cinco questões abertas:

1. Para você, o que é a urgência subjetiva?
2. O que diferencia a urgência subjetiva da urgência clínica?
3. Você já se deparou com uma situação de urgência subjetiva na UTI? Se sim, descreva.
  - a. Você acionou outros profissionais da equipe para auxiliá-lo? Quais?
4. Para você, como deve ser a condução de uma situação de urgência subjetiva no setor?
5. Como você percebe a inserção da psicologia hospitalar na equipe multidisciplinar da UTI?
  - a. Na sua opinião, como ela pode contribuir no manejo das situações de urgências subjetivas no setor?

Minayo (1992) entende a entrevista como um instrumento que mobiliza a fala do participante para levantar informações, identificar sistemas de valores, aspectos estruturais, normas, simbologias, além de repassar representações sobre certos grupos. Enquanto técnica de pesquisa qualitativa, deve estar norteadas por critérios como:

1. A busca pela representatividade dos significados extraídos;
2. A flexibilidade no roteiro;
3. O compartilhamento das interpretações levantadas com o intuito de garantir a legitimidade dos dados (Fraser & Gondim, 2004).

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Belo Horizonte-MG. Os participantes são membros da equipe multidisciplinar: enfermeiros, médicos, psicólogas, fisioterapeutas e nutricionista. Foram entrevistados nove profissionais intensivistas, para os quais adotou-se o emprego de nomes fictícios. A unidade dispõe de 50 leitos para o atendimento aos pacientes, com quatro equipes divididas entre três alas. Alguns profissionais de cada equipe (psicologia e nutrição) estendem sua atuação para os 50 leitos.

Como critério de seleção e exclusão da amostra utilizou-se o ponto de saturação e seleção de amostra intencional (Fontanella *et al.*, 2008). O fechamento amostral por saturação teórica compreende a interrupção da inclusão de outros participantes no momento que o pesquisador percebe redundância nas informações levantadas. Optou-se por focar na qualidade da representatividade da amostra, ao invés da quantidade final dos elementos.

Os dados coletados foram coligidos através da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Esse método busca a interpretação de maneira sistematizada, amparando-se na inferência; é composto por três fases: pré-análise, codificação e interpretação. Na primeira fase, definem-se protocolos e documentos a serem analisados, baseando-se nas hipóteses elaboradas, nos objetivos delimitados pelo estudo e nas falas dos participantes da entrevista (Castro & Sarriera, 2011). Na segunda fase, dados são traduzidos em categorias de sentido apropriadas a cada questão respondida (Castro & Sarriera, 2011). Na última fase, ocorre a interpretação, inferindo e analisando com enfoque no referencial teórico da pesquisa (Castro & Sarriera, 2011).

## RESULTADOS

A amostra contou com a participação de nove profissionais de saúde com formação de nível superior, sendo um do sexo masculino (11%) e oito do sexo feminino (89%), constituindo uma média de 37 anos. Quanto ao estado civil, prevalecem os casados (56%), seguidos dos solteiros (44%). Em relação à especialidade, foi priorizado um número proporcional de profissionais que atuam na assistência direta daquela UTI, sendo dois médicos, dois psicólogos, dois fisioterapeutas, dois enfermeiros e uma nutricionista. Essa escolha metodológica justifica-se com base na formulação de amostra intencional (Fraser & Gondim, 2004). No que se refere ao tempo de formação, obteve-se a média de 11,2 anos. A respeito das especializações, cinco relataram especialização na área intensivista; cinco informaram ter de dois a cinco anos de experiência na função atual, dois responderam ter de seis a 10 anos, enquanto dois afirmaram ter mais de 10 anos de experiência.

O campo científico da Psicologia Hospitalar é relativamente novo, demandando a utilização de recursos metodológicos e aporte teórico de diferentes áreas, como a psicoeducação, a psicologia organizacional e de aspectos sócio-históricos (Fossi & Guareschi, 2004; Schneider & Moreira, 2017). A escassez de estudos científicos baseados na percepção de membros da equipe multidisciplinar sobre a urgência subjetiva na área intensivista aponta a relevância dessa pesquisa. Esta afirmação ampara-se nas consultas às seguintes bases de dados: SciELO, MEDLINE e LILACS, utilizando-se as palavras-chave: urgência subjetiva, unidades de terapia intensiva e equipe multidisciplinar; aplicando os operadores booleanos “AND” e “OR”.

O ambiente da UTI satura os órgãos de sentido com estímulos (luminosos, auditivos, táteis). Isso somado à falta de privacidade e ao contato direto com o sofrimento pode redundar no desenvolvimento de humor ansioso e fantasias intensas, como o medo da morte, a sensação de desamparo e o sentimento de solidão. Diretrizes oficiais foram implementadas no sentido de prover ao ambiente hospitalar profissionais de psicologia capacitados para lidar com estas questões (Schneider & Moreira, 2017). Em 2003 foi lançada a PNH, cujo intuito é unificar os processos de gestão do SUS entre os sujeitos, as coletividades e analisadores sociais. Em 2004, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) regulamentou o Departamento de Psicologia Aplicada à

Medicina Intensiva. Em 2005, a Portaria Ministerial nº 1.071 (MS, 2005) estabeleceu a obrigatoriedade de que cada UTI disponha de, no mínimo, um psicólogo (Schneider & Moreira, 2017).

Como na UTI costuma-se receber pacientes em estado crítico, as urgências subjetivas são recorrências naturais, expressas muitas vezes por crises de choro de familiares visitantes, demanda para visitas religiosas aos pacientes em processo de morte, presença de acompanhante para idosos, crianças ou adolescentes etc. Desse modo, a atuação em equipe multidisciplinar favorece a efetivação de aspectos basais dispostos na PNH.

As categorias foram agrupadas segundo a fala dos participantes e consulta da literatura científica, sendo dividida em três tópicos: 1) Distinções entre Urgência Subjetiva e Urgência Clínica; 2) Equipe Multidisciplinar na UTI; e 3) O Fazer e o Lugar da Psicologia Hospitalar e da Saúde. Os entrevistados contaram sobre suas percepções quanto aos desafios no atendimento às famílias e pacientes em situação de crise psíquica. A categorização permitiu aprofundar sobre as vantagens da atuação em equipe, a troca de saberes e o cuidado integral e humanizado, considerando os aspectos orgânicos, psicológicos, sociais e espirituais concernentes ao adoecimento e à hospitalização.

## DISCUSSÃO

### CATEGORIA 1: DISTINÇÕES ENTRE URGÊNCIA SUBJETIVA E URGÊNCIA CLÍNICA

No contexto da UTI, a escuta da urgência subjetiva deve objetivar a mitigação do prejuízo imediato a um evento traumático, tais quais as incorrências que afetam o corpo com sensações intensas de dor (Costa & Costa-Rosa, 2018; Calazans & Bastos, 2008). Os exemplos são as disfunções orgânicas nos sistemas cardiovascular, cerebral ou respiratório, as patologias psicossomáticas, os ferimentos que acometem o corpo sem etiologia orgânica diagnosticada, os atos de violência, os acidentes de trânsito ou doméstico, além de tentativas de autoextermínio (Costa & Costa-Rosa, 2018). A participante Leona traz uma percepção sobre o que entende por urgência subjetiva, diferenciando-a da urgência clínica:

*“A Urgência Subjetiva é o que aparece para o sujeito como algo impossível de suportar, de colocar em palavras. É o que faz com que a resposta a essa dificuldade de nomear a angústia ou a dor apareça em ato. Tem relação com o tempo de ver, o tempo de compreender e o tempo de concluir. [...] a pressa importa, mas só na pausa que a palavra pode aparecer. [...] Enquanto na Urgência Clínica espera-se que não haja intervalo entre o chamado e a resposta. A dor tem que ser tratada, tem que ser medicalizada. [...], restabelecer o corpo biológico.” (Leona)*

Matilde pontua sobre os casos em que a Urgência Subjetiva e a Urgência Clínica estão relacionadas, e como isso impacta no tratamento e adesão aos cuidados ofertados pela equipe:

*“A Urgência Clínica [...] é um adoecimento físico, orgânico, que o sujeito precisa de um suporte. [...] suponhamos que o paciente teve uma dor cardíaca, e ele precisa, por exemplo, fazer o cateterismo [...], esse exame invasivo pode gerar uma Urgência Subjetiva, [...] uma crise de ansiedade que vai impedir, inclusive, que o procedimento seja feito. Então eu vou precisar atuar na Urgência Subjetiva primeiro, para depois conseguir atuar na Urgência Clínica. No hospital, a gente vê muito isso.” (Matilde)*

Outros profissionais apontam desconhecer a terminologia *urgência subjetiva* e expressam certa confusão ao refletirem sobre a prática da psicologia na UTI. Isso é exemplificado nas falas que associam temas da subjetividade à ausência de objetivos. Participantes Eva, Laura e Cláudio relatam:

*“Urgência subjetiva? Eu não ouvi falar, mas eu suponho que seja alguma Urgência que não seja iminência de morte. [...] Porque a partir do momento que a gente vê alguma coisa subjetiva, que não tem um objetivo específico, que direciona para alguma coisa diferente, né?” (Eva)*

*“É uma urgência de um paciente, né? Aqui na terapia intensiva [...] chega um paciente, e a gente vai descobriro que ele tem. [...] Então entra aí o médico, né? Se precisar de outro especialista, faz a interconsulta. E tem o enfermeiro [...]. Tem o técnico. Tem o psicólogo também, né? Tem a parte de fisioterapia. E aí a gente vai destrinchando o caso de cada paciente.” (Laura)*

*“A Urgência Médica costuma ter dados do exame físico, dados dos aparelhos, nos quais a gente monitoriza o paciente. [...] Pelo que você me colocou [...] eu entendo que a conversa é um pouco mais ampla [...], já envolve o contexto dele durante a vida. [...] a gente não tem essa preparação. [...] vai aprendendo com os profissionais que estão com a gente [...]. Então o primeiro paciente que a gente atende, ele nem sempre é o que a gente ofereceu o melhor cuidado [...].” (Cláudio)*

O excesso de protocolos no ambiente hospitalar favorece a ênfase no discurso medicalizante, pautado na biopolítica, em detrimento dos outros saberes, excluindo a figura do clínico ao desconsiderar a dimensão da subjetividade do indivíduo (Batista e Rocha, 2013). Essa lógica tende a endereçar para a psicologia intensivista as urgências do paciente que escapam do saber médico centrado. Desse modo, as equipes de saúde costumam demandar soluções rápidas e imediatas para aquilo que traz incômodos frente às normas institucionais e que pode estar relacionado com a história de vida do paciente.

## CATEGORIA 2: EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA UTI

A integração da equipe multidisciplinar se estrutura conforme a demanda do enfermo, e depende da capacidade dos profissionais comunicarem entre si os seus distintos saberes, a fim de otimizar a assistência prestada. Considerando que a formação na área da saúde dá pouca ênfase às relações humanas, há uma tendência de desvalorização

dos aspectos emocionais e subjetivos no manejo com os pacientes, especialmente aqueles que se encontram em estado clínico crítico ou em processo de terminalidade (Kübler-Ross, 1987).

De acordo com Severo e Seminotti (2010), a saúde coletiva é um campo marcado por uma epistemologia transdisciplinar, formando uma rede de cuidado que se coaduna com o princípio da integralidade. Pesquisas no âmbito da saúde pública postulam a necessidade de uma abordagem que ultrapasse o cuidado pautado no fazer estritamente técnico, para uma articulação com os outros membros da equipe (Almeida Filho, 1997). O que se percebe no ambiente hospitalar, muitas vezes, são práticas multidisciplinares onde cada profissional trata de uma questão de acordo com sua especialidade, mas havendo pouca interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade exige a identificação de uma questão em comum, mas de modo que as práticas não fiquem hierarquizadas a partir do seus especialismos, ou seja, há uma horizontalização das relações de poder entre os campos implicados, de modo que ocorra reciprocidade e enriquecimento mútuo entre os diferentes saberes (Almeida Filho, 1997).

O trabalho integrado nas equipes de saúde é um tópico que prevaleceu nos relatos, nos quais se destacou a importância das discussões de caso, especialmente durante as corridas de leitos, no intuito de qualificar a tomada de decisão sobre as condutas assistenciais. Alguns entrevistados disseram acionar especialistas por meio de Inter consultoria, nas situações que consideram necessária uma avaliação aprofundada, além de pontuar a relevância da psicologia no suporte emocional para os próprios integrantes da equipe de saúde intensivista. Foi identificado no relato de uma entrevistada apontamentos sobre a função mediadora da psicologia no que se refere à comunicação entre paciente, família e equipe:

*“Aciono principalmente a psicologia, né? Os pacientes traqueostomizados costumam estar frágeis emocionalmente, estão tristes. Às vezes, não têm o apoio da família, o que conta muito. Então, algumas vezes, é necessário acionar a assistência social, para recorrer à família, para vir acompanhar esse paciente. Eu acho que isso interfere bastante na evolução clínica deles.” (Karina)*

*“Como a gente tem a Matilde [psicóloga contratada], a gente teve você [pesquisador/psicólogo residente] aqui durante um período. E a gente já teve outros residentes da psicologia. E o acesso à psicologia é muito mais fácil. [...] A psicologia faz uma busca ativa e isso facilita muito. [...] A equipe de psicologia que chega e, na maioria das vezes, vem orientar: olha, está acontecendo isso, o paciente está assim, ele está com essa demanda tal. Então acho que esse trabalho em equipe aqui no setor funciona muito bem.” (Cláudio)*

*“A gente pode estudar também. A gente pode reunir a equipe multidisciplinar e todo mundo conversar. [...] Podemos definir tudo na corrida de leito. [...] Tem o médico horizontal, o médico plantonista, o enfermeiro horizontal, o psicólogo, o técnico, o fisioterapeuta, o nutricionista também. [...] acho que ali todo mundo pode conversar a mesma língua, né? E aí fazer o que é certo para o paciente.” (Laura)*

*"[...] às vezes, a gente fica com o nosso psicológico abalado. Então, tem paciente que a gente não está vendo um prognóstico favorável, mas aí a gente conversa com o pessoal da psicologia, e eles mostram para a gente outras vertentes, entendeu? [...] Porque eu, por exemplo, sou uma pessoa super-racional, não sou nada emocional. Então, às vezes, eu preciso de alguém que me chame para outra realidade, para eu poder enxergar outras coisas. Então eu acho que o ponto de vista da psicologia é muito importante no relacionamento com a gente aqui, da equipe multidisciplinar. [...] às vezes, a gente até desabafa alguma coisa ou outra pessoal. [...] Vocês prestam atenção no que a gente da equipe multidisciplinar está vivendo também, e isso é importante." (Eva)*

*"O interessante, pelo menos do setor em que eu trabalho, é que a equipe [...] é multidisciplinar realmente. De todos os ângulos a gente age de uma forma conjunta. Não existe tomar uma decisão sozinho. [...] Então a psicologia é fundamental, principalmente no cenário que a gente está vivendo, né? [...] Eu trabalho em um setor pós-covid, que recebe os pacientes que passaram do período de transmissão. [...] são pacientes muito graves, muito consumidos, famílias ainda mais consumidas. Até pouco tempo a gente não tinha visitas presenciais. [...] as notícias eram por telefone. E a gente não tinha tanto contato com os familiares. Porque nossos pacientes são sedados, totalmente dependentes. Aí quando retornou esse cenário de visitas presenciais, as demandas se dividiram. Porque nós temos os pacientes e os familiares. Que são, às vezes, os que mais consomem a gente de informações, já chegam perguntando várias coisas. Então, às vezes, a gente precisa realmente ter um psicólogo junto para nos ajudar a conduzir os casos." (Lúcia)*

No contexto hospitalar, são frequentes as avaliações de desempenho, programas de controle de qualidade e de gestão, demandando que os profissionais exerçam suas tarefas com eficácia. Esse discurso implica em uma busca por competências onde o que é valorizado é o resultado, muitas vezes, associado ao sucesso de tratamentos de saúde, o que gera frustração entre membros da equipe diante de temas como a finitude e o agravamento de doenças (Batista & Rocha, 2013). A presença de psicólogos hospitalares pode produzir efeitos positivos na equipe de saúde, uma vez que sua tarefa consiste em acolher e inscrever na linguagem temáticas que escapam da rede simbólica: a morte, a doença, o luto (Batista & Rocha, 2013).

### CATEGORIA 3: O FAZER E O LUGAR DA PSICOLOGIA HOSPITALAR E DA SAÚDE

À psicologia intensivista delega-se a tarefa de fornecer apoio, acolhimento, psicoeducação e psicoterapia breve, muitas vezes valendo-se de avaliações psicológicas para verificar os aspectos psíquicos imediatos dos pacientes, como o nível de consciência, estado de humor, orientação alopsíquica e autopsíquica. As alterações na orientação alopsíquica referem-se ao desequilíbrio em relação ao mundo externo, ao ambiente e aos outros (Dalgalarro, 2018). Por exemplo, isso pode manifestar-se na incapacidade de uma pessoa em reconhecer onde está ou em se situar no espaço e no tempo. Já as alterações na orientação autopsíquica dizem respeito ao desequilíbrio em relação ao próprio

indivíduo, envolvendo questões de identidade e autoconhecimento (Dalgalarrodo, 2018). Por exemplo, uma pessoa pode experimentar dificuldades em reconhecer ou compreender sua própria identidade, não tendo clareza sobre quem realmente é ou perdendo a noção de si mesma. Espera-se que esses profissionais dominem os fundamentos da Psicopatologia, da Psicologia do Desenvolvimento, dos processos psíquicos relacionados ao adoecimento, das teorias sobre os estágios do luto e outros conhecimentos especializados que auxiliam o trabalho na equipe multidisciplinar (Kübler-Ross, 1987; Schneider & Moreira, 2017)

No entanto, o fazer e o lugar da psicologia estão marcados pela ambivalência no discurso dos profissionais da saúde. Uma das entrevistadas sinaliza a ausência de um lugar concreto para a psicologia na equipe, segundo a qual, essa área conquista os espaços através de interação e discussões com outros profissionais, ao traçar os planos de cuidado na UTI. Outras enfatizam o exercício do cuidado interdisciplinar, priorizando práticas colaborativas, complementares e coordenadas entre os integrantes das equipes (Lavôr *et al.*, 2019). O cuidado integral atua no sentido contrário às ações focadas nos processos de especialização profissional, resultando em formas de trabalho fragmentadas e restritas, quanto aos encaminhamentos entre pessoas de diferentes áreas (Lavôr *et al.*, 2019). Leona, Matilde, Tereza e Lúcia sinalizam suas impressões a respeito:

*"[...] A gente não tem um lugar concreto. E isso vai depender muito da interação com a equipe. Da contribuição, da nossa contribuição nas condutas e propostas de cuidado. Capacidade técnica e teórica. E uma formação continuada. [...] Porque é um lugar em construção ainda."* (Leona)

*"[...] além das intervenções diretas que a gente faz com o paciente, nós podemos ensinar os outros profissionais. Instrumentar os outros profissionais sobre como fazê-lo. Fazer o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar no sentido de também oferecer ao meu colega a oportunidade de agir como eu agiria na minha ausência. Eu acho que a psicologia tem muito a contribuir no ambiente hospitalar. Ela tanto pode ser chamada quanto ela pode se oferecer a ir. E aqui na Santa Casa [...] é possível ver resultados com o nosso trabalho."* (Matilde)

*"[...] Eu acho que se a nutricionista fizer um diagnóstico da Urgência Subjetiva, ela precisa trazer para a coordenação [...], não só exclusivamente para a psicologia. [...] Eu vejo a Psicologia como uma ciência extremamente ligada à espiritualidade. [...] estou falando realmente da nossa psique. Não dá para a gente separar isso do nosso corpo biológico. [...] a nossa psique é mais importante do que esse corpo que a carrega. Porque quando ela não vai bem, esse corpo vai mal. [...] E aí, a gente somatiza. E isso não é bobagem. Mesmo doenças bacterianas acontecem quando não estamos no nosso melhor momento. [...] O nosso foco aqui é o paciente. Então, um profissional da psicologia fazer ou refazer uma anamnese é muito bacana. Porque ele pode fazer perguntas que o médico não fez. E trazer para a gente uma informação que é mais importante do que saber qual remédio o paciente toma. Do tipo: "eu não tomo o remédio há quatro meses*

*porque não tenho dinheiro para pagar". E o paciente não contou para a equipe médica por vergonha, para não ser condenado [...] acontece quando vocês da psicologia se deparam com médicos que não estão preocupados com o lado social do paciente, que não quer saber se o paciente tem dinheiro para comprar o remédio. Vai fazer uma receita e é isso mesmo, meu trabalho acaba aqui. Dei meu plantão, estou indo embora [...]" (Tereza)*

*"Em todos os momentos eu vejo a psicologia atuando [...]. Acabei de admitir, uma paciente que estava na enfermaria, na cardiologia. [...] ela já me falou: "é porque eu perdi minha filha de vinte e dois anos para a Covid, ela estava grávida de sete meses. E meu pai é acamado, e eu cuido da minha irmã também". [...] Ficou, de repente, com a pressão muito alta no andar da enfermaria, e precisou da UTI. [...] Nós vamos ter que pedir nossa psicóloga para intervir junto, porque tem uma questão emocional também fortíssima. E daí eu perguntei para a paciente com quem ela morava, para a gente saber [...] para quem a gente vai reportar. E a paciente respondeu: "ah, eu moro com meu pai que é idoso e com minha irmã que depende de mim." [...] Como vai ser a dinâmica dessa família? Alguém vai vir? Essa notícia vai ser por telefone? E se acontecer alguma coisa? A quem a gente vai recorrer? Então, desde o momento da admissão, a psicologia está junto da gente." (Lúcia)*

No contexto da saúde pública, a humanização é um conceito que ultrapassa as fronteiras estáticas entre espaços de saber e poder. Para ser posta em prática é importante que se estabeleçam vínculos entre profissionais, usuários e a sociedade civil, guiados pela Ética, a Bioética e pelos Direitos Humanos (Moreira *et al.*, 2015). O esclarecimento a respeito de fantasias que podem influenciar no tratamento do paciente (ex: a passagem na UTI não corresponde fatalmente à morte), o estímulo das motivações de sua vida (ex: vínculos familiares), o auxílio na busca de recursos internos (ex: religiosidade ou espiritualidade) são fatores terapêuticos que favorecem a promoção da saúde e a melhora na qualidade de vida durante a hospitalização (Lavôr *et al.*, 2019). Duas profissionais destacam o papel exercido pela psicologia no suporte e amparo às famílias e aos pacientes:

*"[...] acho importante a presença da psicologia, porque acaba que o paciente precisa dessa intervenção. Às vezes, alguém fala assim: nossa, existe psicólogo na UTI? Tem que ter, gente! [...] Tem coisa que médico nem sabe conversar com a família. [...] Tem enfermeiro que não tem paciência com a família. [...] o psicólogo tem um papel muito importante para poder socializar isso aí no hospital, na terapia intensiva." (Laura)*

*"Eu percebo de extrema importância a participação da psicologia na UTI. [...] Às vezes, o paciente tem um difícil diagnóstico. Às vezes, é difícil para a família aceitar que chegou ao fim mesmo. [...] algumas vezes, não é tão difícil o paciente aceitar sua própria condição, porque ele está sofrendo, já está sentindo que é aquilo mesmo. [...] a família*

*eu vejo que é sempre muito resistente, porque é difícil a gente despedir de quem a gente ama, né? Então a gente precisa de ajuda para isso.” (Beatriz)*

Quanto à prática da psicologia na UTI e em outros setores dos hospitais, estudos indicam que a formação dos cursos em psicologia no país foca nos modelos psicodinâmicos e na intervenção clínica tradicional, dando pouca ênfase nos aspectos sociais, políticos e relacionais que atravessam de modo decisivo o dia a dia da saúde pública (Schneider & Moreira, 2017; Fossi & Guareschi, 2004). De acordo com a leitura de Fossi e Guareschi (2004), a psicologia hospitalar ocupa-se da interseção entre diferentes campos de saber psicológico, não sendo exclusiva à clínica, mas também a social, educacional e organizacional.

## CONCLUSÃO

As entrevistas permitiram identificar a percepção das urgências subjetivas na perspectiva da equipe multidisciplinar intensivista, dado que grande parte das pesquisas encontradas na literatura discorrem baseadas no saber isolado de cada profissão e essa continua sendo a principal forma de atuação no ambiente hospitalar. A primeira categoria trabalha as diferenças entre urgências subjetivas e urgências clínicas na área intensivista, evidenciando a pouca compreensão e dificuldade no manejo das situações de urgência subjetiva por parte da equipe. A psicologia costuma ser convocada para atuar nas situações de urgências psicológicas por meio das Interconsultorias ou nas discussões de casos em corridas de leito.

A segunda categoria discorreu sobre o trabalho da equipe multidisciplinar na UTI, enfatizando a relevância de uma formação transdisciplinar na área da saúde pública, a fim de qualificar a assistência prestada ao paciente hospitalizado. A gestão do ambiente hospitalar costuma valorizar o resultado, associando saúde ao paradigma biomédico, no qual tem uma ênfase sobre a anatomia do corpo que deve estar ausente de fisiopatologias (Batista & Rocha, 2013). Esse modelo médico centrado pode resultar em uma visão fragmentada do indivíduo ao promover um apagamento da subjetividade e, na maioria das vezes, adotando práticas ineficientes do exercício do cuidado.

A terceira categoria abordou as principais intervenções da psicologia na área intensivista, tais como: avaliação psicológica, acompanhamento de comunicação de notícias, psicoterapia breve e outros (Schneider & Moreira, 2017). O desenvolvimento de estudos futuros no campo da Psicologia Hospitalar, especialmente no eixo de intensivismo, com enfoque na Humanização é de extrema relevância, uma vez que esse trabalho não aprofundou nessa temática, pois não está dentro do escopo da pesquisa. Essa diretriz do SUS entende que a formação dos profissionais deve adotar uma perspectiva biopsicossocial, considerando o processo de saúde e doença a partir dos determinantes sociais e históricos dos usuários. A compreensão do cuidado pautada na integralidade tende a qualificar a intervenção de profissionais intensivistas na assistência ao paciente e familiar em situação de crise, favorecendo assim sua aderência ao processo terapêutico, evolução clínica, elaboração sobre o processo de adoecimento e hospitalização, facilitação da comunicação da tríade equipe-paciente-família, além de estar em sintonia com a PNH.

As respostas das entrevistas são dados que demonstram o potencial da psicologia intensivista em contexto hospitalar. Na medida em que os pacientes estão expostos

em sua fragilidade física e psíquica, a presença e o acompanhamento de um corpo ativo de psicólogos na rotina da UTI contribuem para a mitigação dos danos secundários resultantes da internação naquele ambiente estressante e em alguma medida hostil. A psicologia, como área de interface com todas as outras, qualifica a comunicação entre equipe, família e paciente, o que redundará em benefício para todos. O paciente informado sobre seu quadro clínico tem menos chance de recusar procedimentos invasivos ou de fazer a recusa consciente dos riscos e benefícios, também produz menos transtornos à rotina de cuidados estabelecida pela equipe (Lucchesi *et al.*, 2008). A família confortada contribui para a diminuição do sofrimento do convalescente e a equipe apoiada pelo profissional psicólogo tem mais segurança para exercer sua função.

Do psicólogo que ocupa um lugar como esse, espera-se que seja dotado de empatia, capacidade de manejo de soluções no estresse hospitalar e postura de iniciativa. A equipe que dispõe de um psicólogo entre os seus membros precisa responder a isso com respeito e confiança; são as prerrogativas do bom trabalho, em cujo centro está o paciente e sua necessidade imediata de atenção.

## REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N. (1997). Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2(1-2), 5-20. <https://doi.org/10.1590/1413-812319972101702014>.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Batista, G., & Rocha, G. M. (2013). A presença do analista no hospital geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva. *Revista da SBPH*, 16(2), 25-41. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.16.352>.
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 640-652. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000400010>.
- Castro, T. G., Abs, D., & Sarriera, J. C. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 814-825. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400011>.
- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. (2018). O dispositivo clínico da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. *Revista Subjetividades*, 18(2), 45-58. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v18i2.6513>.
- Dalgalarondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3a ed.). Artmed.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>.
- Estellita-Lins, C., Oliveira, V. M., & Coutinho, M. F. C. (2006). Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psychê*, 10(18), 151-166. Recuperado 20 maio 2024, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382006000200015&lng=pt&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200015&lng=pt&lng=pt).
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*, 7(1), 29-43. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.7.4>.
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>.
- Kübler-Ross, E. (1987). Sobre a morte e o morrer (T. L. Kipnis, trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).

- Lavôr, T. B. S. L., Campelo, S. M. A., Pereira, M. C. C., Lopes, D. V., Pinheiro, J. D. S., Schneider, K. N. L. A. G., Cunha, G. S. D., & Isaías, L. C. S. (2019). Práticas colaborativas e interprofissional na terapia intensiva: conhecimento, reflexos e limitações. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 8(1), 11-27. <https://doi.org/10.33362/ries.v8i1.1430>.
- Lucchesi, F., Macedo, P. C. M., & De Marco, M. A. (2008). Saúde mental na unidade de terapia intensiva. *Revista da SBPH*, 11(1), 19-30. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.11.174>.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. HUCITEC-ABRASCO.
- Ministério da Saúde [do Brasil]. (2005). Portaria n. 1.071, de 04 de julho de 2005. *Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico*. Recuperado 29 julho 2024, de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1071\\_04\\_07\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1071_04_07_2005.html).
- Ministério da Saúde [do Brasil], Secretaria de Atenção à Saúde. (2008). *Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a ed. Recuperado 2 outubro 2023, de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf).
- Moreira, M. A. D. M., Lustosa, A. M., Dutra, F., Barros, E. O., Batista, J. B. V., & Duarte, M. C. S. (2015). Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(10), 3231-3242. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014>.
- Santos, S. J., Almeida, S. A., & Rocha Júnior, J. R. (2012). A atuação do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde*, 1(1), 11-16. Recuperado 2 outubro 2023, de <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/461>.
- Schneider, A. M. B., & Moreira, M. C. (2017). Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. *Trends in Psychology*, 25(3), 1225-1239. <https://doi.org/10.9788/TP2017.3-15Pt>.
- Severo, S. B., & Seminotti, N. (2010). Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(suppl 1), 1685-1698. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700080>.
- Silva, R. R. (2007). Psicologia e unidade de terapia intensiva., *Revista Salus*, 1(1), 39-41.
- Souza, K. O. J., & Pegoraro, R. F. (2009). Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da psicologia analítica. *Aletheia*, (29), 73-87. Recuperado 20 maio 2024, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942009000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100007&lng=pt&tlng=pt).
- Taquette, S. R., & Minayo, M. C. (2016). Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 417-434. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200005>.