



**VANESSA VIECELLI SATELES**

**PROPOSTA TERAPÊUTICA PREVENTIVA JUNTO À EQUIPE  
PROFISSIONAL DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

**Sinop/MT  
2018**

**VANESSA VIECELLI SATELES**

**PROPOSTA TERAPÊUTICA PREVENTIVA JUNTO À EQUIPE  
PROFISSIONAL DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia, da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito final para a graduação no curso de Psicologia.

Orientador (a) Prof.<sup>a</sup> Carla Florido Bertocco

**VANESSA VIECELLI SATELES**

**PROPOSTA TERAPÊUTICA PREVENTIVA JUNTO À EQUIPE  
PROFISSIONAL DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia – FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito final para a graduação no curso de Psicologia.

Aprovado em 05 de dezembro de 2018.

---

Carla Florido Bertocco  
Professora Orientadora  
Departamento de Psicologia – FASIPE

---

Franciele Longhi  
Professor Avaliador  
Departamento de Psicologia – FASIPE

---

Alan Murilo da Silva  
Professor Avaliador  
Departamento de Psicologia - FASIPE

---

Cleoní Carmen Regauer  
Coordenadora do Curso de Psicologia  
FASIPE – Faculdade de Sinop

## **DEDICATÓRIA**

A todas as pessoas que me apoiaram e me incentivaram durante todo o percurso, em especial ao meu esposo, meu filho e aos meus pais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, acima de tudo, a Deus por ter me ajudado nos momentos de dificuldade;

Agradeço à minha família, que foi um incentivo na minha vida acadêmica;

Aos professores, orientadores e colegas que contribuíram para a emancipação do meu conhecimento sobre a Psicologia.

## **EPÍGRAFE**

*Veni, vidi, vici* (Vim, vi e venci).

Júlio Cesar

SATELES, Vanessa Viecelli. **Proposta terapêutica preventiva junto à equipe profissional da unidade de terapia intensiva (UTI)**. 2018. 60 p. Trabalho de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever como o psicólogo, através de uma proposta terapêutica preventiva, pode contribuir com a saúde dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva. O psicólogo no ambiente hospitalar, teve sua inserção por volta da década de 1950, sendo uma das alas de atuação a Unidade de Terapia Intensiva, que, no Brasil, surgiu na década de 70. Os intensivistas estão inseridos em um setor de grandes possibilidades de adoecimento, devido à sobrecarga laboral, encontrando dificuldades burocráticas como a falta de condições técnicas, de recursos materiais e humanos, favorecendo seu adoecimento. Desta forma, este estudo foi realizado, utilizando primeiramente uma pesquisa de campo com alguns intensivistas da cidade de Sinop / MT, e seguido de uma revisão bibliográfica, encontrando respaldo nos autores sobre o contexto. Assim, foi possível a identificação dos principais fatores causadores do estresse laboral. A inserção do psicólogo como coadjuvante da equipe profissional é de extrema importância para evitar o adoecimento da equipe e contribuir para a eficácia dos serviços prestados aos pacientes, familiares e a própria instituição. Deste modo, o referido estudo tem a acrescentar conhecimentos relevantes sobre os métodos utilizados para a prevenção do adoecimento laboral.

**Palavras chave:** Adoecimento. Psicólogo. UTI.

SATELES, Vanessa Viecelli. **Preventive therapeutic proposal with the professional team of the intensive care unit (UTI)**. 2018. 60 p. Course Completion Work - FASIPE - Faculty of Sinop.

### **ABSTRACT**

The objective of this study is to describe how the psychologist, through a preventive therapeutic proposal, can contribute to the health of the professionals of the Intensive Care Unit. The psychologist in the hospital environment, had its insertion around the 1950's, being one of the wings of action the Unit of Intensive Therapy, which, in Brazil, arose in the decade of 70. The intensivists are inserted in a sector of great possibilities of sickness, due to the labor overload, finding bureaucratic difficulties as the lack of technical conditions, of material and human resources, favoring its illness. In this way, this study was carried out, first using a field research with some intensivists from the city of Sinop / MT, followed by a bibliographical review, finding support in the authors about the context. Thus, it was possible to identify the main factors that cause work stress. The insertion of the psychologist as an auxiliary of the professional team is extremely important in order to avoid the sickness of the team and contribute to the effectiveness of the services provided to patients, their families and the institution itself. Therefore, this study has to add relevant knowledge about the methods used to prevent occupational illness.

**Keywords:** Adoecimento. Psychologist. ICU.

## **LISTA DE SIGLAS**

*APA – American Psychological Association*

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CTI – Centro de Terapia Intensiva

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 01 - Dados pessoais dos funcionários .....	40
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Hábitos .....	41
Gráfico 02 – Alternativas de mudanças .....	43
Gráfico 03 – Mudanças fisiológicas .....	44
Gráfico 04 – Mudanças emocionais .....	46
Gráfico 05 – Mudanças sociais .....	47
Gráfico 06 – Fatores causadores das mudanças .....	48
Gráfico 07 – Sugestões .....	50

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 - Sugestões de possibilidades de auxílio do Psicólogo à equipe profissional da UTI .....	51
---	----

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1.1 Justificativa</b> .....	15
<b>1.2 Problematização</b> .....	15
<b>1.3 Objetivos</b> .....	16
1.3.1 Geral .....	16
1.3.2 Específicos .....	16
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>2.1 História da Psicologia</b> .....	17
<b>2.2 A Psicologia no Ambiente Hospitalar</b> .....	18
<b>2.3 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)</b> .....	23
<b>2.4 Os intensivistas e as alterações biopsicossocial recorrentes devido à jornada de trabalho</b> ....	25
<b>2.5 Principais dificuldades que os intensivistas enfrentam em sua profissão</b> .....	29
<b>2.6 Proposta terapêutica preventiva junto aos intensivistas</b> .....	31
<b>2.7 A ética do psicólogo no contexto hospitalar</b> .....	34
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	37
<b>3.1 Tipo de Pesquisa</b> .....	37
<b>3.2 Local de Estudo</b> .....	37
<b>3.3 População e Amostra</b> .....	38
<b>3.4 Coleta de Dados</b> .....	38
<b>3.5 Questões Éticas</b> .....	38
<b>3.6 Apresentação e Tratamento de Dados</b> .....	39
<b>4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS</b> .....	40
<b>4.1 Coleta de dados</b> .....	40
<b>4.2 Análise e discussão dos dados</b> .....	40
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>APÊNDICE</b> .....	63

## 1. INTRODUÇÃO

O psicólogo é um profissional que atua em diversas áreas, como: área de saúde, área organizacional, área social, área educacional e na área de pesquisa. Sua atuação na área da saúde abrange a prevenção e o tratamento de problemas psicológicos, problemas mentais graves e distúrbios, fornecendo apoio, auxiliando no enfrentamento, na adaptação e no entendimento da sintomatização. Neste contexto - da Saúde -, no Brasil, o psicólogo foi inserido no ambiente hospitalar por volta da década de 1950, na cidade de São Paulo, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pela Dra. Mathilde Neder.

Uma das alas de atuação da Psicologia no ambiente hospitalar é a Unidade de Terapia Intensiva, que, no Brasil, surgiu na década de 70, sendo considerado o ambiente mais estressor do hospital, ocasionando, principalmente, na equipe de profissionais, o adoecimento em virtude da rotina de trabalho acelerada, mortes iminentes, tensão, apreensão e convívio com todos os sentimentos negativos e dolorosos dos pacientes e familiares.

Uma das atribuições do psicólogo no ambiente hospitalar é justamente oferecer apoio psicológico para a equipe de profissionais, que se encontram vulneráveis devido à rotina estressora do ambiente hospitalar. Essa vulnerabilidade gera, nestes profissionais, problemas fisiológicos, psicológicos, sociais, interferindo, inclusive, no desempenho profissional.

Para que esses profissionais possam exercer suas funções com qualidade e responsabilidade, eles necessitam de suporte psicológico e, neste contexto, o psicólogo hospitalar e/ou psicólogo organizacional e do trabalho podem contribuir imensamente com uma proposta terapêutica preventiva junto à equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, como por exemplo, grupos de apoio, nos quais podem desenvolver novas habilidades para lidar com os problemas, através das experiências vivenciadas, aumentando consideravelmente seu repertório, sua confiança em si mesmo, alcançando a autonomia necessária para agir em momentos que exigem uma atitude imediata.

Mas, o psicólogo no ambiente hospitalar depara-se com inúmeras dificuldades dentro do hospital para poder exercer sua função. Uma delas é o reconhecimento do papel por ele desempenhado, tendo em vista que ele foi o último profissional a ser inserido no ambiente hospitalar e, por trabalhar com o emocional do indivíduo e não com o físico, como os médicos.

Este trabalho, portanto, pretende discorrer sobre a atuação do Psicólogo no espaço hospitalar, com ênfase nas possibilidades de suporte à equipe de profissionais que atuam na UTI. Para tal, no Capítulo 1, apresenta-se toda a parte introdutória do trabalho, justificativa, problematização, hipótese e os objetivos gerais e específicos. No capítulo 2, apresenta-se a revisão de literatura, agregando conhecimentos dos autores ao estudo. O capítulo 3 destina-se aos procedimentos metodológicos que foram utilizados para a coleta dos dados obtidos, tanto na pesquisa de campo como na revisão literária. No capítulo 4, apresenta-se a análise e interpretação de dados, ou seja, mediante os dados coletados e com as contribuições dos autores pesquisados, esclarecendo o contexto estudado. Finalizando, no capítulo 5, apresenta-se a conclusão dos objetivos alcançados no referido estudo.

### **1.1 Justificativa**

O assunto abordado é relevante para compreender como o psicólogo, atuando no ambiente hospitalar, pode contribuir, através de uma proposta terapêutica, para a prevenção de vários fatores que levam ao adoecimento físico e psicológico dos profissionais da UTI que, automaticamente, ocasiona, além das interferências negativas no ambiente laboral, também problemas no convívio social. Esta observação se dá em virtude de ser a Unidade de Terapia Intensiva, um local que luta com a morte constantemente, conferindo expressivo desgaste físico e emocional nos intensivistas que ali atuam.

Caberia, então, ao psicólogo hospitalar e/ou psicólogo organizacional e do trabalho interferir na Unidade de Terapia Intensiva, junto à equipe de profissionais para auxiliá-los no enfrentamento do cotidiano, evitando o seu adoecimento, porém, como observado em outras pesquisas, isso nem sempre ocorre.

### **1.2 Problematização**

O adoecimento da equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva é um fator preocupante, pois a maioria desses profissionais entra no mercado de trabalho despreparado para enfrentar o sofrimento psicológico e a morte, e não conseguem, muitas vezes, auxiliar os pacientes em momento de grande sensibilidade e desespero, culminando no adoecimento desses profissionais. Dessa forma, o absenteísmo ocorre frequentemente, ocasionando uma desordem

no quadro de funcionários, sobrecarregando os que continuam na jornada de trabalho, levando-os ao esgotamento físico e psicológico.

Observando a relevância da atuação do psicólogo junto à equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, esse trabalho visa buscar a resposta à seguinte questão: Como a Psicologia, através de uma proposta terapêutica preventiva, pode contribuir para a manutenção da saúde dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Geral**

Identificar como a Psicologia, através de uma proposta terapêutica preventiva, pode contribuir para a manutenção da saúde dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva do município de Sinop/MT.

#### **1.3.2 Específicos**

- Expor brevemente a história da Psicologia e da Psicologia no ambiente hospitalar;
- Conceituar Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Expor sobre os intensivistas e as alterações recorrentes devido à jornada de trabalho;
- Identificar as principais dificuldades que os intensivistas enfrentam em sua profissão;
- Apontar proposta terapêutica preventiva junto aos intensivistas;
- Caracterizar a ética do psicólogo no contexto hospitalar.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 História da Psicologia

O contexto Psicologia oriunda da Filosofia. O marco inicial da Psicologia foi instituído em 1879 na Fundação do Laboratório de Psicologia da Universidade de Leipzig na Alemanha por Wundt, dando início ao primeiro centro de formação de psicólogos. Porém, essa história já vinha percorrendo um longo caminho de estudos por Wundt nas outras Universidades em que passara, estudando e lecionando Medicina e Filosofia, mas somente em 1879, é que ele conseguiu o reconhecimento dos seus estudos e pesquisas, consolidando “seu projeto de uma Psicologia científica livre de especulações metafísicas *a priori*”, conforme apontado por Araújo (2009).

A Psicologia tem seu significado na “origem grega da palavra, Psicologia significa o estudo ou discurso (logos) acerca da alma ou espírito (psique)” (BRAGHIROLI et al, 1995, p. 23). Os mesmos autores ainda relatam que a Psicologia é a ciência do comportamento que estuda todas as atividades do organismo, sendo ele observável ou não.

Cambaúva et al (1998) explicam que a Psicologia, no aspecto ciência, surgiu com a finalidade do questionamento dos valores, habilidades, potencialidades e no sentido da vida de um modo individual e subjetivo do ser humano, ou seja, essa ciência:

[...] ensinaria definitivamente como é e como funciona a psique humana, quais as causas dos comportamentos e os meios de controlá-los, quais as causas das emoções e os meios de controlá-las, de tal modo que seria possível livrar-nos das angústias, do medo, da loucura, assim como seria possível uma pedagogia baseada nos conhecimentos científicos e que permitiria não só adaptar perfeitamente as crianças às exigências da sociedade, como também educá-las, segundo suas vocações e potencialidades (CHAUÍ, 1995, p.50).

Sargiani (2014) afirma que a Psicologia é a ciência que estuda a mente e o comportamento das pessoas, auxiliando o ser humano nas diversas áreas de atuação, como a área da saúde, educacional, relacionamentos e trabalho. Outra definição de Psicologia que o

autor traz é de uma das mais importantes instituições de Psicologia mundial, a *American Psychological Association* (APA):

Psicologia é o estudo da mente e comportamento. a disciplina abrange todos os aspectos da experiência humana – desde as funções do cérebro até as ações de nações, desde o desenvolvimento das crianças até os cuidados com os idosos. em cada cenário concebível de centros de investigação científica aos serviços de saúde mental, “a compreensão do comportamento” é a empresa dos psicólogos (SARGIANI, 2014, apud, *American Psychological Association* (APA)).

Conforme Ceccarelli (2002), o psicólogo tem seu trabalho voltado, principalmente, para o atendimento clínico. Uma grande demanda dos atendimentos se dá para indivíduos que apenas buscam auxílio para superar problemas psicológicos que surgem em seus relacionamentos interpessoais. A outra parte da demanda é para atender indivíduos com graves distúrbios mentais e problemas psicológicos que necessitam de acompanhamento psiquiátrico.

Este mundo em movimento trouxe ao homem a possibilidade de ser, de pensar, de refletir, enfim, de escolher entre as várias opções que, agora, encontravam-se à sua disposição. Estavam lançadas as bases para o próximo passo: o surgimento paulatino da noção de sujeito e, por extensão, a de “eu” separada da de “nós”. Outros conceitos, tais como o de “mundo interno”, “mundo externo”, “singularidades”, “componentes individuais”, “personalidade”, “subjetividade” e outros tantos, vão definitivamente confortar a ideia de um “eu”, individual que deve ser compreendido em sua particularidade. Concomitantemente, a este processo, surge a necessidade de uma ciência que estude, compreenda e, conseqüentemente, se posicione sobre este “eu” que possui características únicas e particulares. Nasce, então, a Psicologia: a ciência dos fenômenos psíquicos e do comportamento, que propõe a compreensão, o conhecimento, o logos, da mente, da alma, da psyché (CECCARELLI, 2002, p. 02).

O psicólogo, portanto, está inserido em vários setores, sendo os da área de saúde, organizacional, social ou educacional. Em cada setor, suas funções são dadas de maneiras distintas, mas, todas visando ao bem estar do indivíduo. Quando o psicólogo está inserido no ambiente hospitalar, uma de suas funções é envolver o paciente às outras áreas, como as áreas sociais e as de Saúde Pública, ou seja, um dos papéis mais importante é favorecer a humanização, sempre pensando no indivíduo. Para isso, “o psicólogo Profissional da Saúde tem um papel clínico, social, organizacional e educacional, com áreas de atuação que abrangem a Psicologia Preventiva e de Tratamento” (CAMPOS, 1995, p. 11).

## **2.2 A Psicologia no Ambiente Hospitalar**

Conforme o autor Gonçalves (1983), a palavra hospital vem do latim “hospes”, que traz como significado “hóspede”, deu origem à palavra “hospitalis”, que era um local onde

hospedavam-se os enfermos, viajantes e peregrinos; e “hospitium”, que era um local ocupado por pobres, incuráveis e insanos, ou seja, os hospícios ou hospitais psiquiátricos. Mas foi só por volta do ano 360 d.C. que o hospital começou a ganhar os referenciais que se conhece hoje em dia, ou seja, tratamento dispensado às pessoas com amor e zelo por sua saúde. Em 1524, foi criado o primeiro hospital brasileiro, que trazia o nome “Santa Casa”, na cidade de Santos. A criação dos hospitais foi estipulada, principalmente, pelo aprimoramento do aprendizado da Medicina e pela evolução das obras sanitárias.

No Brasil, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia surgiu ainda no período colonial, instalando-se em Santos desde 1543, seguido pela Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Olinda e São Paulo, sendo a primeira instituição hospitalar do país, destinada a atender aos enfermos dos navios dos portos e moradores das cidades. Nesse período, entretanto, não se pode destacar nenhuma prática como científica, por que esses saberes só emergiram no país a partir da vinda da Corte portuguesa e da criação das faculdades de Medicina e de Direito (SANTA CASA, p. 02 2016).

Conforme Paschoalini et al. (2008), hoje em dia, o hospital é parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até ao âmbito familiar, constituindo-se, também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

A própria Psicologia Hospitalar, que no início era praticada tão-somente nos limites hospitalares, hoje tem sua atuação expandida também para o domicílio do paciente, trazendo, pois, um apêndice de atendimento domiciliar (ANGERAMI, 2011, p. 02).

No Brasil, a inserção do psicólogo nos hospitais, sob a denominação de Psicologia Hospitalar, teve início por volta da década de 1950, na cidade de São Paulo, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Devido a esse novo ramo da Psicologia, começaram, então, a surgir cursos específicos para a área hospitalar, tendo em vista que os psicólogos não estavam totalmente preparados para a nova demanda e os desafios que enfrentariam no ambiente hospitalar (ALMEIDA, 2010).

A Psicologia Hospitalar brasileira tem sua origem como espaço de atuação, em termos geográficos, exatamente a cidade de São Paulo. No ano de 1954, iniciou-se o trabalho de Matilde Neder na então Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, posteriormente,

no Instituto Nacional de Reabilitação na mesma Universidade, (ANGERAMI, CAMON, 2004 apud SILVA, 2009, p. 05,).

Campos (1995) especifica que o pioneirismo da Psicologia Hospitalar foi da Dra. Mathilde Neder, que, entre 1952 e 1954, na então Clínica de Ortopedia e Traumatologia, deu início aos seus trabalhos como colaboradora na preparação de crianças para a cirurgia de coluna, realizando o acompanhamento psicológico das crianças e das famílias. Essa atuação marca o início da Psicologia Hospitalar no Brasil.

A Psicologia Hospitalar foi reconhecida como especialidade em 2001 e, atualmente, regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 13/2007. Esta Resolução veio coroar anos de empreendedorismo e engajamento das(os) Psicólogas(os) nos hospitais e defender as peculiaridades da atuação nesse ambiente (MADER, 2016, p. 13).

Souza Neta (2016) discorre sobre a difícil implementação da Psicologia no ambiente hospitalar. Mesmo após décadas da inserção desse profissional, ainda hoje muitas pessoas não sabem qual é o verdadeiro papel da Psicologia hospitalar. Muitos acreditam que o profissional dessa área está ali apenas para auxiliar o paciente, mas suas atribuições vão muito além disso; a Psicologia hospitalar abrange o contexto como um todo, atuando em todas as áreas do hospital, desde os cuidados com os pacientes e familiares, como no auxílio à equipe de profissionais e administrativo da instituição.

A prioridade da atuação do psicólogo no contexto hospitalar é o apoio ao paciente, auxiliando-o no enfrentamento do quadro em que se encontra e na relação com os sintomas da doença, assim como auxiliar a família na adaptação da nova fase, ou seja, o psicólogo hospitalar atua junto ao paciente e à família. Além dos cuidados com o paciente e com os familiares, o psicólogo hospitalar também pode favorecer a equipe de profissionais o entendimento das alterações psicológicas que o paciente desencadeará devido à hospitalização e à doença, servindo ainda como elo de conversação entre paciente e equipe profissional (ANGERAMI, 2011).

A Psicologia hospitalar tem como ideia principal: a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização (...) também é necessário abranger não apenas a hospitalização em si (...) mas principalmente as sequelas e decorrências emocionais dessa hospitalização (...) a hospitalização implicará um leque bastante amplo de opções de atuação, cujas variedades deverão ser consideradas para que o atendimento seja coroado com êxito (...) a hospitalização deve ser entendida, principalmente, como um conjunto de fatos que terá implicações na vida do paciente (ANGERAMI, 2011, p. 80, apud ANGERAMI, V. A., 2010).

Os hospitais são unidades de saúde voltadas ao diagnóstico, ao tratamento e à recuperação de enfermidades mediante o regime de internação. As atividades hospitalares compreendem desde a primeira anamnese até os cuidados de Enfermagem e os serviços de apoio ao tratamento, nos quais se implantam os serviços do psicólogo, realizando as terapias de apoio, conforme Mader expõe:

O trabalho no hospital exige do profissional uma visão ampla do sujeito a ser atendido. O olhar clínico precisa, também, se estender à instituição, à equipe, a fim de atentar e dar o devido lugar às demandas vindas desde aí para além do sujeito que inicialmente estaria em questão. É necessário olhar os processos saúde-doença, não a partir do modelo biomédico, mas ampliar para uma perspectiva maior, levando em conta os aspectos sociais, econômicos, culturais, espirituais, emocionais e éticos (MADER, 2016, p. 25-26).

De acordo com Fernandes (2015), o psicólogo hospitalar, em suas funções desempenhadas dentro da instituição, pode trabalhar de diversas maneiras, como fazendo grupos terapêuticos, desempenhando cuidados paliativos, elaborando sistemas de plantão, realizando visitas nos leitos juntamente com a equipe multidisciplinar, elaborando grupos de ajuda psicológica, realizando interconsultas e programas de humanização.

Alguns mecanismos mentais de defesa contra a ansiedade e o sofrimento podem ser utilizados pelos profissionais de saúde. Entre eles está a identificação, que é usada na sua forma simples, quando nos colocamos no lugar de outra pessoa, aguçando a sensibilidade às suas necessidades, para ajudá-la na sua melhor decisão. Esse recurso passa dos limites quando o profissional não percebe que está fazendo uso dela e começa a pensar e sentir como a pessoa de quem está cuidando, (FARAH; SÁ, 2008, p. 134).

Vieira (2011) alega que, assim como qualquer outra organização, os hospitais necessitam cuidar dos processos administrativos, das rotinas, da qualidade e da gestão de todos seus recursos, pois em se tratando de hospitais, nenhum tipo de investimento é mais importante que aquele que envolve vidas humanas, e até mesmo, os hospitais, que são palcos cotidianos de situações limítrofes, necessitam de modernização para atender a demanda, ultrapassar as barreiras impostas por crises econômicas, instabilidades político-sociais e globalização. Assim, uma das atuações do psicólogo hospitalar é na área organizacional da instituição, contribuindo para o bom funcionamento do hospital.

Existem seis tarefas básicas do psicólogo hospitalar:

- A função de coordenação, relacionadas às atividades com os funcionários da instituição.
- A função de auxílio à adaptação, intervindo na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado.

- A função de inter-consulta: auxiliando outros profissionais a lidarem com o paciente.
- A função de enlace, de intervenção, por meio de delineamento e execução de programas com os demais profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes.
- Assistência direta: atua diretamente com o paciente.
- A função de gestão de recursos humanos: aprimora os serviços dos profissionais da instituição, o que contribui de forma significativa para a promoção de saúde (VIEIRA, 2011, p. 02).

As pessoas envolvidas com a área de gestão e desenvolvimento de pessoas, como o psicólogo organizacional e do trabalho, que atuam também dentro da área hospitalar, devem estar preparadas para os imprevistos cotidianos. Esses imprevistos ocorrem principalmente nas áreas técnicas, de pessoal, de estratégia, de planejamento, de produção e de finanças. Esses imprevistos cotidianos ocorrem porque quando se trabalha com pessoas, precisamos ter em mente que elas se locomovem, pensam, criam, recriam e se alteram, ou seja, o ser humano está em constante mudanças e não podemos exigir que as pessoas sempre permaneçam do mesmo jeito, pensando a mesma coisa e realizando a mesma função. O psicólogo deve estar atento a essas evoluções e preparados para averiguar quais os funcionários que tem a oportunidade de crescimento dentro da organização e quais os funcionários que tenham ideias que venham somar para o crescimento do todo, relata Campos (2008).

De acordo com Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2004), um dos desafios da Psicologia Organizacional e do Trabalho é a saúde do trabalhador. Vem ocorrendo muito nas organizações a intensificação do estresse ocupacional, gerando muitos prejuízos tanto para o trabalhador como para a empresa. O assédio moral dentro da organização é algo que requer muita cautela e uma intervenção urgente, pois esse é um dos fatores que mais causa a exaustão psicológica e um nível acentuado de absenteísmo. Como qualquer outro profissional o Psicólogo Organizacional deve se manter atualizado sobre os novos métodos de intervenção para agir mediante os desafios que emergem a cada momento.

A perspectiva da área passou aos eventos em múltiplos níveis na organização, aumentando a atenção a tópicos não tradicionais, tais como estresse, conflito trabalho-família e aposentadoria, (ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS; 2004, p. 557).

Algumas empresas realizam a contratação dos funcionários com base na competência. Hoje em dia o conceito de competência envolve também a noção de mobilização de conhecimentos, ou seja, não basta apenas saber, tem que colocar na prática o que sabe e ter a autonomia para as tomadas de decisões e também ter a responsabilidade das ações em que

ocorrer perante as decisões autônomas. Cada autor referencia competência de uma forma diferente, mas o contexto se caracteriza o mesmo, neste caso os autores (ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004, p. 575), definem a competência como:

- A competência é tomar iniciativa, assumir responsabilidades perante situações profissionais, envolvendo autonomia e automobilização; isso a diferencia da realização de trabalhos prescritos;
- Ela envolve uma compreensão prática de situações a partir do conhecimento adquirido e que é orientada pelo êxito a obter na solução de algum desafio;
- A competência envolve também a mobilização de uma rede de atores em torno das mesmas situações, levando-os a compartilhar implicações de suas ações, definição de corresponsabilidades; assim, a competência envolve solidariedade na ação.

De acordo com Barbier (2002), a maior ferramenta de trabalho do psicólogo é a escuta terapêutica, que pode ser definida como a capacidade de sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do indivíduo, possibilitando a compreensão do que se expressa a partir do mais profundo e interior do ser humano, as atitudes e os comportamentos, o sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos. Portanto, destaca-se “a prática de levar o indivíduo/paciente à busca do bem-estar físico, mental e social, englobando, assim, a *performance* de uma abordagem que teria de incluir a participação de outros profissionais da área” (ANGERAMI, 2011, p. 02).

Mader (2006) afirma que o psicólogo, também, pode contribuir com seus conhecimentos na área de pesquisa, pois os trabalhos realizados no hospital, podem servir de objeto de estudo e de pesquisas. Porém, para que esses estudos e pesquisas possam dar origem a conhecimentos práticos e teóricos, é necessário que o psicólogo documente e relate todos os procedimentos adotados, de forma ética, respeitando a dignidade e integridade de forma absoluta dos indivíduos que forem objetos de estudo.

### **2.3 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**

Kamada (1978), em seus artigos, descreve que a Unidade de Terapia Intensiva surgiu no início do século XX, no hospital Johns Hopkins (EUA) e, no Brasil, foi na década de 70, no Hospital Sírio Libanês em São Paulo, sendo uma das invenções mais importante do avanço das ciências médicas e da tecnologia, objetivado para o tratamento intensivo de doentes em estados graves.

As atividades na unidade tiveram início em 1971 e, a partir dessa data, houve uma contínua busca de condições ideais de trabalho em prol do paciente. Passou-se de uma fase em que dedicação era o fator predominante para uma em que o conhecimento e

o uso de equipamento se agregam àquele de maneira equilibrada e harmônica (KAMADA, 1978, p. 04).

A Unidade de Terapia Intensiva é composta por um ambiente com equipamentos sofisticados, equipe profissional qualificada, atenção constante, medicações sendo administradas durante as vinte e quatro horas diárias, exames periódicos, testes, tensão constante e toda essa rotina diária em prol do indivíduo que se encontra ali hospitalizado. A Unidade de Terapia Intensiva é vista pela maioria das pessoas como “um estereótipo bastante arraigado, associado ou colocado como sinônimo de C.T.I.: A MORTE IMINENTE”, de acordo com (TRUCHARTE, 2006, p. 24).

O Brasil possui 36.309 leitos de UTI conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2013. Desse número, pouco mais de 18 mil são disponibilizados para o Sistema Único de Saúde (SUS) – o que caracteriza aumento de 36% desde 2005. Para quem carece desse tipo de tratamento, o cenário indica que há esforço a fim de melhorar a quantidade de leitos disponíveis em UTIs (RIBEIRO, 2015, p. 01).

As Unidades de Terapia Intensiva são destinados a pacientes em estado crítico, uma vez que para “os pacientes aí internados, há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de Enfermagem contínua e intensiva” (BOLELA; JERICÓ, 2006, p. 02), ou seja, é especificamente para os indivíduos que necessitam ter seus sinais vitais em monitoramento constante, são indivíduos que estão com risco de vida ou em estados agravantes, devido a cirurgias complexas, complicações ou cirurgias quando o indivíduo apresenta outra enfermidade associada.

Numa UTI, o objetivo comum é a recuperação do paciente em tempo hábil, num ambiente físico e psicológico adequados, onde a atitude particular de cada membro da equipe que ali trabalha está orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas existentes, aliadas a um bom relacionamento humano (KAMADA, 1978, p. 01).

Segundo a autora, a equipe profissional da Unidade de Terapia Intensiva visa, principalmente, à recuperação dos pacientes que estão sob cuidados constantes e que necessitam de toda a ajuda e apoio para que, assim, possam se recuperar de seu estado de saúde que é extremamente delicado. Porém, muitas vezes, todo o esforço da equipe de profissionais não é suficiente para salvar as vidas, por mais que tentem mantê-los vivos, não conseguem, devido aos agravantes da doença ou dos ferimentos.

Nas Unidades de Terapia Intensiva, a atenção da equipe de profissionais deve ser redobrada, as habilidades e as responsabilidades exigidas são essenciais e obrigatórias, assim como o senso de ajuda, a concentração, a capacidade de tomar decisões, confirma a autora Faria

(2008). Todos esses fatores devem estar presentes na equipe de profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva.

#### **2.4 Os intensivistas e as alterações biopsicossocial recorrentes devido à jornada de trabalho**

Batista e Bianchi (2006) consideram que, dentre a equipe de profissionais da UTI, a de Enfermagem é uma das profissões mais estressantes, devido à vivência direta e continuada com o processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo de doenças.

O profissional que trabalha nas UTI's é chamado de intensivista e a equipe é sempre formada por diversos profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros, além dos médicos. Outra função dos intensivistas, principalmente dos enfermeiros e assistentes sociais, é dar conforto e suporte aos familiares dos pacientes uma vez que a situação de internação de algum parente em UTI é sempre delicada para estes (FARIA, 2008, p. 01).

Segundo Rodrigues (2012), a Unidade de Terapia Intensiva é um dos departamentos mais estressantes do ambiente hospitalar. Nele, podem ser detectados vários fatores negativos com os quais a equipe deve trabalhar, tais como: gerenciamento da unidade crítica; relacionamento interpessoal; sofrimento e morte de pacientes; procedimento de risco; ambiente de risco; insatisfação com o trabalho; domínio de tecnologias. Todos esses fatores fazem da Unidade de Terapia Intensiva um ambiente extremamente estressante e causador de vários problemas emocionais, pois esses profissionais estão diariamente enfrentando um turbilhão de situações desagradáveis como óbitos, pacientes em estado gravíssimo, emergências e o convívio com outras pessoas que estão com um nível elevado de estresse.

A influência negativa de fatores ambientais sobre os profissionais pode resultar em conflitos interpessoais (até de natureza ética) criando um estado de tensão que pode comprometer o discernimento e a habilidade, levar à exaustão pela carga de trabalho e gerar frustração profissional (KROGER, 2010, p. 40).

Por causa disso, vem aumentando consideravelmente o número de profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva que apresentam sintomas de exaustão física e mental, podendo levar a quadros de depressão e estresse agudo, dada a essa rotina de situações emergenciais que gera um ambiente emocionalmente comprometido. A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente onde ocorrem muitos óbitos, o clima é tenso, podendo afetar o

emocional das pessoas que estão ali diariamente. Outros autores também argumentam a questão do estresse no setor da Unidade de Terapia Intensiva, como diz (TRUCHARTE, 2006, p. 29):

As características intrínsecas ao C.T.I., como a rotina de trabalho mais acelerada, o clima constante da apreensão, as situações de morte iminente, acabam por exacerbar o estado de “stress” e tensão, que tanto o paciente, quanto a equipe, vivem nas vinte e quatro horas do dia. Esses aspectos, somados à dimensão individual do sofrimento da pessoa nela internada, tais como a dor, o medo, a ansiedade, o isolamento do mundo, trazem, sem dúvida, vários e fortes fatores psicológicos que interatuam de maneira muitas vezes graves, por sobre a manifestação orgânica da enfermidade que a pessoa possui.

Dentro da Unidade de Terapia Intensiva, o desgaste emocional desencadeado na equipe multidisciplinar traz como consequências os transtornos relacionados ao estresse, depressão, ansiedade patológica, pânico e doenças psicossomáticas. Na maioria das vezes, esses transtornos são causados por dupla jornada de trabalho, relacionamento conturbado entre a equipe profissional, conflito de funções, equívoco na escolha profissional e pressões praticadas pelos superiores, sendo que a equipe mais atingida é a de Enfermagem, devido à grande responsabilidade exercida, as mudanças e a evolução, tanto da tecnologia quanto dos quadros clínicos. Santos et al. (2010) afirmam que por causa do estresse no ambiente hospitalar:

Trabalhadores que são expostos, de forma prolongada, aos fatores estressantes poderão ser vitimados por infarto, úlceras, psoríase, depressão e outros, podendo chegar à morte, em casos mais graves, quando não são empregadas estratégias de enfrentamento ou inexistem programas específicos de prevenção de doenças ocupacionais nas instituições. O ambiente da UTI é agitado e estressante pela especificidade e atenção exigida dos enfermeiros. A tensão contínua a que o trabalhador é submetido pode levar a maior desgaste psicofísico e contribuir para a diminuição da concentração e falhas de memória, expondo-o a possíveis erros, o que gera ainda mais sofrimento (SANTOS ET AL, 2010 p. 06-07).

Autoras como Bolela e Jericó (2006), apontam que várias alterações podem ser desencadeadas pelos profissionais que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva como sintomas secundários, que são o aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial, aperto da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas, mãos e pés frios, como também sintomas psicológicos como a ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, dificuldade de concentração e em situações mais graves, pode levar a desencadear dores no peito, infarto e morte súbita.

Os profissionais de saúde que trabalham em UTIs são confrontados diariamente com questões relativas à morte, às difíceis condições de trabalho (baixa remuneração,

trabalho excessivo, insuficiência de recursos humanos e materiais, entre outros) que interferem em seus sentimentos, emoções e defesas, podendo ser causa geradoras de estresse (BOLELA e JERICÓ, 2006, p. 04).

Portanto, a equipe de Enfermagem, independente do diagnóstico ou do contexto clínico, deve estar apta a cuidar de todos os doentes e, ao cuidar de pacientes internados na Unidades de Terapia Intensiva, a equipe de Enfermagem, diariamente, defronta-se com a vida e a morte. Devido às características tecnológicas e científicas desse local, faz-se necessária a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, fundamental para manter a vida do ser humano, de acordo com Martins et al. (2009). Levando em conta toda essa responsabilidade e o estresse causado pelas circunstâncias, é que a equipe de Enfermagem potencialmente desenvolve um alto nível de estresse e outros problemas psicológicos decorrentes.

O cuidado emocional é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, que precisa estar em condições emocionais de trabalhar com os pacientes, seus familiares e comunidade. Ser saudável é uma conquista que deve ser buscada não só para os pacientes, mas também para a vida dos profissionais que atuam em UTIs (BOLELA e JERICÓ, 2006, p. 03).

De acordo com Campos (1995), para o indivíduo ser considerado saudável, ele necessita estar bem física, psicológica e socialmente, e isso depende de vários fatores e condições. Quando ocorre alguma ruptura que afeta qualquer uma dessas áreas - física, psicológica ou social -, poderá se desencadear uma série de doenças, levando, muitas vezes, ao desequilíbrio total. E um dos fatores mais decorrentes no ambiente de trabalho que ocasiona essa ruptura é o estresse.

A autora Mothé (2006) aponta alguns agravantes da saúde do indivíduo em recorrência do estresse como: distúrbios cardiovasculares e circulatórios; perturbações mentais; ganho ou perda de peso; infecções, gripes e outras viroses; aumento da pressão arterial e do colesterol; dores musculares e de cabeça; problemas digestivos; problemas sexuais; diabetes; dependência química; ansiedade; pânico; depressão; e ainda pode desencadear úlceras, câncer, demência e até mesmo o suicídio. E os agravantes que o estresse proporciona no indivíduo que afeta a organização são: falta de concentração; desmotivação; conflitos interpessoais; baixa qualidade; custos com faltas, doenças do trabalho, acidentes e afastamento; e erros.

Pessoas expostas ao estresse social crônico por mais de dois meses têm a sensibilidade ao resfriado comum aumentado.

Quando o estresse é intenso, a capacidade de resolução dos problemas pode estar diminuída, (FARAH; SÁ, 2008, p. 21, 88).

Conforme Farah e Sá (2008), o estresse é um dos maiores problemas encontrados no ambiente de trabalho, vez que ataca de todos os lados, ou seja, tanto o interno quanto externo. O estresse pode ser causado por fatores fisiológicos e emocionais, porém, muitas vezes, o indivíduo apresenta sintomas físicos, que devem ser avaliados por um médico para ter certeza de que se trata de estresse e não de um problema físico, como por exemplo, deficiência cardíaca. O estresse pode levar o indivíduo a desencadear outras doenças, como a síndrome de Burnout, quando o profissional encontra-se tão estressado que acaba, muitas vezes, desistindo de sua profissão.

Burnout consiste na “síndrome da desistência”, pois o indivíduo, nessa situação, deixa de investir em seu trabalho e nas relações afetivas que dele decorrem e, aparentemente, torna-se incapaz de se envolver emocionalmente com o mesmo, (ABREU, et al., 2002, p. 01)

Para Clegg (2002), quando o estado emocional de funcionários começa a desencadear problemas psicológicos, como o estresse, depressão e mau relacionamento com a equipe, quando o nível de absenteísmo começa a aumentar e a produtividade começa a diminuir, então, finalmente os superiores percebem a necessidade de procurar o devido auxílio, ou então demitem o funcionário.

O estresse é reconhecidamente um matador e um dos principais colaboradores para enfermidades no ambiente de trabalho. As empresas estão preocupadas com o estresse em função da redução na eficiência; as pessoas podem achar que o impacto do estresse afeta negativamente sua saúde e felicidade. No entanto, o estresse é um fenômeno complexo. Não pode ser tratado como uma coisa simples. Todos nós precisamos de um nível de estresse que nos conduza ao êxito. Nem a falta total de estresse nem o estresse em excesso são bons para você (CLEGG, 2002, p. 3).

Santos (2010) afirma que o estresse está presente em todos os aspectos do dia a dia, principalmente nos ambientes de trabalho e vem a cada dia crescendo mais, levando os profissionais a adoecerem rapidamente, causando, além das doenças recorrentes, o desfalque de funcionários nas empresas e o baixo rendimento profissional.

Araújo et al (2014) contribuem dizendo que “O indivíduo que desencadeia o estresse tende a possuir uma perda emocional, psíquica e social (devido ao afastamento de suas atividades) e a organização (empresa onde o indivíduo trabalha) minimiza lucros, em razão de precisar manter um funcionário que não está produzindo de forma significativa ou, muitas

vezes, está afastado de suas atividades. Atualmente, existe uma preocupação na saúde do indivíduo neste contexto, pois há perdas de ambos os lados, da organização e do trabalhador, (ARAÚJO, et al., 2014, p. 05).

## **2.5 Principais dificuldades que os intensivistas enfrentam em sua profissão**

Batista e Bianchi (2006) relatam as dificuldades que os intensivistas enfrentam em sua profissão como o número reduzido de funcionários, a falta de respaldo institucional e profissional, a carga de trabalho, a necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, a indefinição do papel do profissional, o descontentamento com o trabalho, a falta de experiência por parte dos supervisores, a falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço, o relacionamento com os familiares, o ambiente físico das unidades, a tecnologia de equipamentos e a assistência ao paciente em situação de alerta constante, devido à dinâmica do setor.

Contribui com essa afirmação Moura (2011), que, através de pesquisas, relata que as maiores dificuldades que os intensivistas enfrentam no seu local de trabalho, são justamente as questões burocráticas, que lhes impõe trabalhar com falta de condições técnicas, de recursos materiais e até mesmo humanos, deixando, assim, o profissional em uma situação delicada para humanizar os seus cuidados. Desta forma, ele enfatiza o sofrimento vivenciado dentro da UTI, pois “o modo como o homem relaciona-se e vive com seus semelhantes é considerado como ser com-os-outros, de forma que cada indivíduo pode compartilhar e absorver os sentimentos dos outros” (MOURA, 2011, p. 06), ou seja, esse profissional absorve o sofrimento que ele vivencia cotidianamente na sua rotina laboral, de um modo mais aguçado aqueles que vêm a óbito.

Muitos profissionais de saúde não desejam trabalhar com pessoas que estão morrendo, e uma importante razão para isso é a crença de que não poderão responder às perguntas formuladas pelos pacientes, como “Por que a vida é tão injusta?” (FARAH; SÁ, 2008, p. 133).

Ross (2008) contribui nesse sentido, observando que o medo da morte está presente universalmente e a forma de lidar com isso revela-se impessoal e solitário. Na maioria das vezes, quando o paciente “é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência”, e, nos casos em que o paciente encontra-se muito enfermo, ele é tratado “como alguém sem direito a opinar”, mas, segundo a autora, o paciente precisa ter autonomia sobre sua própria vida enquanto tiver forças para falar ou se impor. A sociedade é propensa em

evitar a morte e ignorá-la, porém, é um assunto que deve ser trabalhado, tanto com os pacientes em estado terminal como com os familiares, amigos e equipe profissional que presenciam a situação vivenciada, eles precisam entender cada etapa da morte para conseguir enfrentar de forma mais amena possível. A autora descreve essa fase como: Negação e isolamento; Raiva; Barganha; Depressão e Aceitação. Ou seja, desde o momento em que o paciente descobre que sua vida está chegando ao fim, ele passa por vários estágios, até conseguir aceitar o seu estado terminal, que, por sua vez, é quando ele vem a óbito pouco tempo depois. Esses estágios ocorrem com quase todos os pacientes, salvo os que têm morte súbita ou aqueles que, eventualmente, pulam alguma dessas etapas. Por esse e outros motivos, vê-se a importância da preparação da equipe profissional para atuar com pacientes em estado terminal.

Tonetto e Gomes (2005) afirmam que os conteúdos trabalhados no curso de Graduação são insuficientes e, em alguns casos, inadequados, no sentido de capacitar para atuar em hospitais. Sendo assim, os profissionais recém-formados necessitam buscar cursos de especialização em programas de Mestrado e Doutorado. Durante a graduação, o profissional não tem o contato e a responsabilidade tão grande quanto a partir do momento em que terá de assumir a responsabilidade por tudo o que fizer, especificamente nos casos de profissionais que têm vidas em suas mãos.

Os profissionais da área da saúde, muitas vezes, precisam sentir na prática a necessidade de conhecer o psiquismo humano antes que possam sair em busca do conhecimento que faltou, ou não interessou, durante sua formação. Afinal, cuidar do físico exige muito empenho e técnicas bastante concretas, visíveis. O psiquismo envolve conhecimento que é da esfera do não-concreto, da Psicologia e, muitas vezes, da esfera religiosa ou filosófica (FARAH; SÁ, 2008, p. 11).

Kroger et al (2010) trazem suas contribuições em relação aos cuidados no âmbito da UTI, observando que a restauração do estado de saúde tanto dos pacientes quanto dos profissionais, é possível através da interação entre os profissionais de modo interdisciplinar e com a devida qualidade nos serviços prestados.

E quando dizemos de necessidade de uma visão multidisciplinar para compreensão dos fenômenos da saúde, mesmo que estejamos diante de uma colocação em princípio óbvia, o que se assiste porém, é a total fragmentação dos diversos profissionais da saúde sem a menor intercessão entre os diferentes ângulos de análise. Mais do que a necessidade da multidisciplinaridade, é fundamental a interdisciplinaridade, ou seja, a interação entre os diferentes níveis do saber profissional, não apenas articulados entre si, mas também harmonizados diante de uma proposta mais ampla de compreensão do doente e da doença (ANGERAMI, 2011, p. 06).

Para que o trabalho em conjunto funcione realmente, toda a equipe profissional tem que ser flexível, o médico precisa aceitar a relevância do psiquismo para a recuperação do paciente e o psicólogo precisa conhecer as implicações orgânicas no estado emocional do paciente, pois “a contribuição do psicólogo para o desenvolvimento de práticas mais adequadas ao atual sistema de saúde depende, em grande parte, da capacidade de avaliar e superar as barreiras existentes” (ROSA, 2005, p. 36). Quando o trabalho em equipe realmente acontece, propicia, a todos os integrantes, a interação das diversas áreas de atuação, assim como a implementação do psicólogo hospitalar e/ou psicólogo organizacional e do trabalho, no favorecimento das condições de saúde e ou manutenção da vida.

## **2.6 Proposta terapêutica preventiva junto aos intensivistas**

A sustentabilidade através do trabalho é essencial e uma forma de realização na vida do ser humano, atendendo às necessidades e realizações tanto pessoais quanto sociais, porém, pode ser considerado uma fonte causadora de estresse, conforme relata a autora:

É no ambiente de trabalho que se busca atingir resultados e metas pessoais e profissionais: porém, na ocupação e convívio nesses espaços, podem ser gerados conflitos decorrentes de vários fatores como cansaço, relações interpessoais, sobrecarga de trabalho, desmotivação, competições e outros. Esses fatores, portanto, podem gerar insegurança, medo, esgotamento, um senso de urgência no ser humano, (MARQUES, 2016, p. 03).

De acordo com Sadir (2009), esse estresse causado pelo ambiente de trabalho, ocorre pelo fato de o indivíduo interpretar internamente de forma negativa todo o processo que está vivenciando dentro da empresa e essa interpretação faz com que ele não consiga enxergar os benefícios que ele tem, não possui recursos cabíveis para o enfrentamento das situações cotidianas, levando-o cada vez mais a desgostar de seu ambiente de trabalho e tudo que faça parte do mesmo.

O autor Bispo (2006) em seu artigo apresenta um novo modelo de pesquisa de clima organizacional, com a contribuição de literaturas pertinentes de empresas que realizam esse tipo de pesquisa, com assistentes sociais e com assistência médico-hospitalar. Segundo o autor, por meio de entrevistas de clima organizacional é possível medir o nível de relacionamento entre os funcionários da empresa, e através desse resultado “diagnóstico” montar um plano de ação para a resolução do problema apresentado.

Após o mapeamento dos problemas, é necessário elaborar-se um plano de ação para solucioná-los no curto prazo e tomar-se medidas organizacionais de longo prazo para uma solução definitiva, (BISPO, 2006, pág. 266)

Ribeiro (2010), em suas pesquisas, aponta que as empresas enfrentam um grande desafio em conseguir conciliar a saúde do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados, ou seja, para que o trabalhador tenha um bom desempenho em suas atividades, ele precisa estar confiante na organização, sentir-se acolhido e principalmente sentir um clima organizacional que lhe proporcione incentivos para se manter na mesma.

O autor Campos (2008), relata sobre o adoecimento emocional que os trabalhadores estão expostos, afirmando que as organizações não estão preparadas para atuar como prevenção da saúde mental. São poucas as organizações que investem no bem estar do funcionário. Para a resolução desse problema de nível mundial que a cada dia é mais visível, o autor sugere que as empresas invistam em treinamentos das chefias para uma possível intervenção não negligenciada e também em programas que forneçam alternativas de convivência familiar diferenciada. Esses programas visam numa política de qualidade de vida estabelecida pelo departamento de RH da empresa, como convênios com outras empresas, oferecendo aos funcionários convênios culturais, turísticos, oficinas e outros mais.

Pelo ambiente organizacional e social em que os trabalhadores se encontram, não é raro observar nos ambientes de trabalho pessoas emocionalmente abaladas. Aumentam cada vez mais os casos de alcoolismo, consumo de drogas ilícitas e até mesmo de medicamentos associados a outras substâncias, sem falar nos casos de depressão e suicídio, (CAMPOS, 2008, pág.144).

Como proposta terapêutica para esses trabalhadores, o autor Murta (2005) propõe uma intervenção diretamente focada no indivíduo promovendo a psicoeducação e técnicas de relaxamento. Zaneli (2010) acrescenta, como proposta terapêutica, a realização de grupos com foco no problema conjunto, ou seja, a busca para a resolução do problema coletivo.

A Respiração Diafragmática possui inúmeros resultados, sendo possível notar a diferença logo na aplicação da primeira técnica, e o resultado tende a aumentar cada vez mais conforme se progride na sua realização, pois ela estabiliza o sistema nervoso, ajudando o organismo a voltar ao estado normal, assim relata:

A respiração diafragmática também constitui uma técnica de relaxamento que visa à diminuição da ansiedade. Nessa técnica, pede-se que o indivíduo preste atenção em sua própria respiração e identifique os movimentos de inspirar e expirar colocando a mão sobre o abdômen e a região peitoral. Em seguida, pede-se que respire lenta e pausadamente, inspirando por três segundos, segurando a respiração por mais três

segundos e soltando a respiração pela boca por seis segundos. Essa respiração impede a hiperventilação e diminui os sintomas autonômicos e a tensão muscular (WILLHELM et al, 2015, p. 05).

D'el Rey e Pacini (2006) discutem a Reestruturação Cognitiva nos casos de estresse, ocasião em que os indivíduos são ensinados a identificar os pensamentos distorcidos e logo corrigi-los, permitindo, assim, que esse indivíduo perceba que, muitas vezes, ele hipervaloriza, de forma negativa, algumas situações e em outras vezes desvaloriza a sua própria capacidade de conseguir resolver as situações.

A técnica de reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente as crenças irracionais ou disfuncionais, modificando-as ou substituindo-as por outras mais adaptativas. A técnica é aplicada tanto nos pensamentos que ocorrem antes da situação social como naqueles que ocorrem durante e após a situação temida (D'EL REY e PACINI, 2006, p. 04).

Outras das técnicas que podem auxiliar é o Relaxamento, que, por sua vez, diminui as tensões e promove o bem-estar. Neves (2011) contribui com seus conhecimentos afirmando que o relaxamento diminui os estímulos do ambiente, aumenta a concentração e a flexibilidade cognitiva, assim como ajuda a regularizar os batimentos cardíacos e a pressão arterial.

A técnica de relaxamento muscular progressivo consiste em tencionar e logo relaxar os principais grupos musculares do seu corpo, um de cada vez. A resposta do relaxamento, que se caracteriza por relaxamento muscular, frequência cardíaca reduzida, pressão sanguínea reduzida e outras alterações psicofisiológicas indicativas de uma redução da estimulação simpática, ocorre devido á concentração dos diferentes sítios do corpo, que liberam as monoaminas e, em seguida, dada a distensão destes mesmos sítios, sucede-se a produção de endorfinas, que trazem a sensação de prazer e relaxamento ao corpo (BAÈRE, 2015, p. 5).

Mindfulness, segundo Marques (2016), trata-se de uma técnica na qual os pacientes registram as emoções, os pensamentos e os comportamentos no momento presente, ou seja, através desses registros, ele foca apenas no que está acontecendo no momento, esquecendo assim do passado e do futuro, proporcionando, na sua prática, atenção, consciência, intenção, atitude e cognição. Essas anotações servem para a reflexão posterior do que realmente aconteceu naquele momento, quais foram os pensamentos distorcidos que ele teve:

[..]o Mindfulness, relacionado com as práticas de terceira geração das Terapias Cognitivas Comportamentais, refere-se a um estado mental ou psicológico caracterizado pela regulação intencional da nossa atenção ao que está acontecendo no exato momento, ou seja, quando levamos a nossa atenção de forma sustentada a cada atividade ou fenômeno enquanto o mesmo estará ocorrendo (MARQUES, 2016, p. 06).

A Terapia em grupo é uma técnica muito utilizada, que possibilita trabalhar os diferentes aspectos dos indivíduos, sempre pensando no bem-estar e também na qualidade de vida. A autora Farah (2009) argumenta sobre os benefícios que as sessões de terapia grupal proporcionam aos participantes, como: superação da timidez, desenvolvimento das habilidades sociais, autoconhecimento, fortalecimento emocional e o sentimento de ajuda, ou seja, através do compartilhamento do que o indivíduo está sentindo e passando, com o auxílio de todos, eles conseguem achar a melhor alternativa para o problema.

[...] existem quatro modalidades de intervenções cognitivo-comportamentais em grupo: 1) psicoeducação, 2) grupos de apoio, 3) grupos de orientação e/ou treinamento e 4) grupos terapêuticos. Cada qual com sua especificidade, sendo que, em todas as modalidades, a atividade psicoeducativa se encontra presente, tendo como atributo o fornecimento de informações sobre a natureza dos problemas, as dificuldades dos participantes e os conhecimentos sobre as características, os cursos e os tratamentos eficazes. Além disso, permite que os pacientes reconheçam suas dificuldades e o que está relacionado a elas (pensamentos, emoções, comportamentos) e discutam estratégias de intervenção para promover mudanças (SANTANA et al, 2014, p. 02).

Desta forma, Marques (2016) acrescenta que os resultados obtidos na inserção de técnicas específicas voltadas ao estresse ocupacional, traz, como resultados, a compreensão do trabalhador do que é o estresse ocupacional, assim como a utilização das técnicas para o enfrentamento e resolução dos problemas geradores do estresse.

## **2.7 A ética do psicólogo no contexto hospitalar**

De acordo com Conselho Federal de Psicologia (2005), a ética do psicólogo no contexto hospitalar deve estar pautada nas ações do psicólogo dentro do contexto, o qual deve seguir fielmente o Código de Ética profissional, além das regras da instituição, dos conceitos da sociedade e os princípios e valores do indivíduo e os seus também. O Código de Ética foi elaborado para delinear as normativas que o psicólogo deve seguir em sua profissão, como as responsabilidades e proibições perante o seu cliente e a sociedade em geral, contribuindo para o fortalecimento e ampliação do significado social da profissão.

### **PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

- III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.
- IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e prática.
- V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.
- VI. O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada.
- VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código (CFP, 2005, p.07).

O Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005) apresenta a questão do sigilo profissional, que está diretamente coligado ao trabalho do psicólogo e coloca, para estes, uma série de questões, que têm por finalidade a intimidade das pessoas, protegendo-as contra violações e indiscrições de outrem, pois o cliente não relata aspectos íntimos ao psicólogo ou ao médico por mero capricho, mas deposita nele sua confiança para a defesa de seu bem estar. O psicólogo deve estar ciente de que tudo que for dito para ele, ficará com ele e, da mesma forma, deve passar essa informação a seu paciente, como está lavrado no Código de Ética.

Art. 9º – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional (CFP, 2005, p. 13).

No ambiente hospitalar, uma das preocupações dos profissionais é a humanização das relações e o cuidado do indivíduo, quando o psicólogo, seguindo o Código de Ética, visa ao bem estar do seu paciente perante a burocracia do contexto hospitalar. Bettineli et al. (2003) afirmam que a ética é fundamental em todo contexto hospitalar, sendo que, seguida à ética profissional, o psicólogo vai além dos interesses financeiros da unidade e da eficácia da Medicina, pois ele busca a melhora de seu paciente por intermédio da prática da sensibilidade e da solidariedade humana.

Nossas atuações como profissionais do psiquismo repercutem invariavelmente nos processos de subjetivação. Devemos ter clara consciência disto para, a partir de questionamentos e posições éticas, sabermos de nossa responsabilidade quando agimos, quando aconselhamos, quando reforçamos, quando punimos, quando interpretamos. Como compatibilizar posições éticas com as demandas de lucro da economia capitalista? Que motivações sócio-econômicas-ideológicas sustentam nossa prática e que repercussões elas têm em nossa sobrevivência? (...) Não de forma piegas e idealizada mas de forma realista e atuante, que é possível construir uma sociedade pautada no direito e respeito ao cidadão, lembrando sempre que a sociedade, de alguma forma, participa da produção do sofrimento. Neste sentido, a Psicologia Hospitalar constitui-se um campo privilegiado da escuta do sofrimento por encontrar-

se, de forma particular, no cruzamento sujeito/sociedade, (CECCARELLI, 2010, p. 4-5).

Deste modo, pode-se constatar que a ética profissional do psicólogo repercute no elo entre paciente/psicólogo/sociedade, ou seja, se o profissional mantiver sua ética profissional acima dos interesses alheios, seu trabalho repercutirá de forma clara e coesa, respeitando o indivíduo e seguindo o Código de Ética do psicólogo, conforme o CFP (2005) determina.

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo qualitativo e exploratório, sobre o que Gonçalves (2001) observa. Ele orienta que a pesquisa de campo é aquela cujo pesquisador busca as informações diretamente com a população pesquisada, ou seja, ocorre um encontro direto entre pesquisador e pesquisado, exatamente onde o fenômeno estudado ocorre ou ocorreu, coletando, assim, os dados a serem estudados. O quesito qualitativo possibilita uma análise mais ampla do fenômeno estudado, conforme Chizzotti (1998), a pesquisa qualitativa estuda os fenômenos sociais partindo de um obstáculo percebido pelo sujeito, o pesquisador conduz de forma participativa, acreditando no conhecimento como construção coletiva, os dados passam a acontecer num contexto de relações.

As pesquisas de abordagem qualitativa baseiam-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores (POLIT & HUNGLER, 1995, p. 102).

No contexto exploratório, caracteriza-se pela forma com que se busca a clarificação dos conceitos, elevando o conhecimento e a compreensão do problema estudado, ou seja, esse tipo de pesquisa permite uma familiaridade maior com o assunto estudado; de acordo com Prodanov e Freitas (2013), “tem por finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento”.

#### **3.2 Local de Estudo**

O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Sinop, a qual está localizada na região Norte de Mato Grosso, a 500 km da capital Cuiabá, que obteve sua autonomia política no ano

de 1979, possui uma população estimada em mais de 110 mil habitantes, com uma área de 48.678 km<sup>2</sup>, conforme disponível no site da prefeitura municipal de Sinop.

Para obtenção dos dados, foi solicitado aos funcionários da UTI de um Hospital particular desta cidade, quem se disponibilizaria a participar de uma pesquisa de campo, respondendo um questionário semiestruturado. Essa ala da UTI possui 12 leitos, sendo seis para pacientes do SUS e seis para pacientes particulares. Para atender a essa demanda, o hospital dispõe de três enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, um médico plantonista e uma enfermeira coordenadora; cada equipe trabalha 12 horas por 36 horas, somando 4 equipes de funcionários.

### **3.3 População e Amostra**

Para Hair et al (2005), a população de uma pesquisa é “o grupo completo de objetos ou elementos relevantes para o projeto de pesquisa”, enquanto a amostra é o “subconjunto relativamente pequeno da população”.

Desse modo, a população do estudo constitui-se da classe de funcionários da ala da Unidade de Terapia Intensiva – Adulta (UTI), delimitando, assim, como amostra dez funcionários, estabelecendo como critério de escolha a graduação em Enfermagem ou com curso técnico em Enfermagem.

### **3.4 Coleta de Dados.**

Os dados para o estudo foram obtidos em dois momentos. Primeiramente, foi utilizado um instrumento primário para a coleta de dados, que refere-se a um questionário semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas, que possibilitaram uma percepção ampla do fenômeno estudado.

No segundo momento, como instrumento secundário para a coleta de dados, foi a Revisão Bibliográfica, apresentada no capítulo II deste trabalho. Para a obtenção das informações necessárias nesse segundo momento, foi realizada uma revisão de estudos atuais de livros e artigos dos principais autores que norteiam o mesmo assunto, como: Aline Tonetto, Cecília Kamada, Elisabeth Ross, Eunaihara Marques, Kalina Moura, Saulo Araujo e Ticiane Rodrigues.

### **3.5 Questões Éticas**

Respeitando os preceitos Éticos de Pesquisa envolvendo seres humanos, antecedendo a coleta de dados, para este projeto foi solicitado, após esclarecimento sobre a pesquisa, o

preenchimento, por parte dos funcionários selecionados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que encontra-se na apêndice. Deste modo, busca-se tomar os cuidados mencionados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, aprovados pela Resolução CNS 466/12, sigilo, ética e transparência de pesquisa.

### **3.6 Apresentação e Tratamento de Dados**

Os dados obtidos foram agrupados, segundo as especificidades das respostas, tratados em função de índices absolutos e percentuais e realizado tratamento estatístico pertinente. A apresentação foi em forma de Tabelas e Gráficos e as respostas que não se adequaram à apresentação gráfica foram exibidas de forma descritiva. Posteriormente, deu-se a análise dos dados para verificação do alcance (ou não) do objetivo do estudo.

## 4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Este capítulo apresenta a análise e discussão das informações coletadas ao longo do estudo. Discorrerá sobre as alterações recorrentes junto à equipe de funcionários da Unidade de Terapia Intensiva, devido ao estresse em que estão expostos diariamente e como a psicologia hospitalar pode colaborar no enfrentamento dessas alterações.

### 4.1 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de julho a agosto de 2018, através de uma entrevista semiestruturada com perguntas fechadas e abertas para melhor entendimento do que o pesquisado tem a expor. A entrevista na síntese encontra-se no Apêndice do trabalho.

### 4.2 Análise e discussão dos dados

Foram entrevistados dez funcionários que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva da cidade de Sinop - MT, sendo quatro enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. Entre os profissionais entrevistados, tem-se uma variação de idade entre 25 a 48 anos, obtendo uma média de 36 anos de idade. Esses funcionários estão atuando nesse setor num período que compreende entre 6 meses a 84 meses, conforme tabela 01.

**Tabela 01** – Dados pessoais dos funcionários

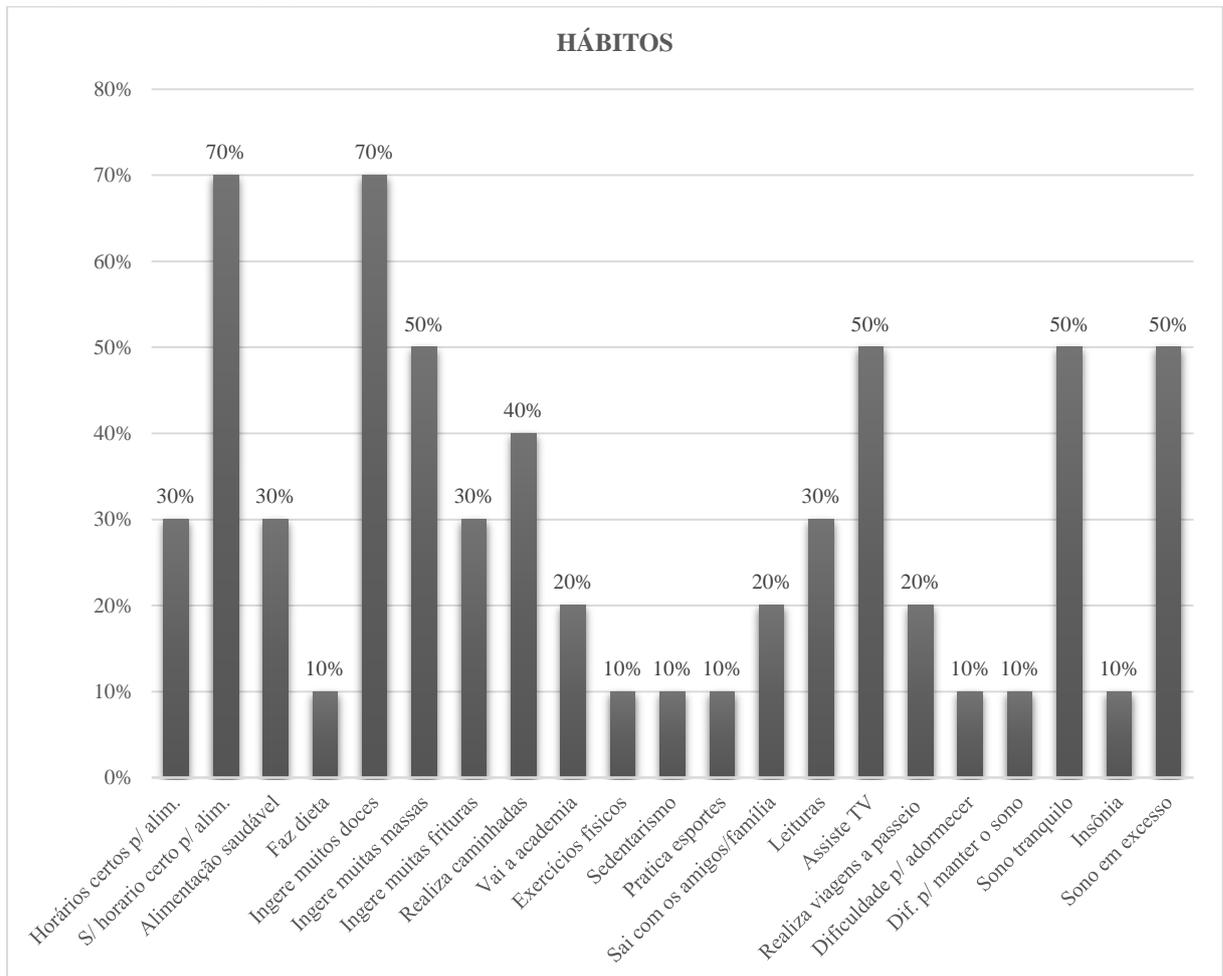
	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA UTI (meses)</b>
1°	42	M	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	7
2°	46	F	ENFERMEIRA	24
3°	25	F	ENFERMEIRA	14
4°	38	F	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	84
5°	48	F	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	36
6°	40	M	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	12
7°	27	F	ENFERMEIRA	24

8º	26	M	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	6
9º	29	M	ENFERMEIRO	34
10º	36	F	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24

Fonte: Própria (2018)

Foi observado que existe uma grande rotatividade de funcionários nesse setor hospitalar, gerando um grande transtorno, tanto pelo alto custo para as organizações quanto para a qualidade das assistências prestadas, observando que, a cada troca de funcionários, ocasiona-se todo o processo de contratação e treinamento, envolvendo a equipe toda. Ruiz, Perroca e Jericó (2016) confirmam esses dados e acrescentam que as causas da rotatividade ora são externas e ora internas, ou seja, as causas externas são as ofertas e demandas do mercado de trabalho e a situação econômica; e as causas internas são as políticas salariais, os tipos de supervisões e principalmente as condições organizacionais, alterando toda a rotina desses funcionários.

Gráfico 01 – Hábitos diários atuais



Fonte: Própria (2018)

O gráfico 01 relata como é a rotina, os hábitos dos profissionais da UTI. No quesito que se refere à alimentação, pode-se observar uma grande diferença, pois que 30% dos entrevistados procuram se alimentar sempre no mesmo horário, já 70% dos entrevistados não conseguem se alimentar sempre no mesmo horário, variam muito esse tempo. 30% dos funcionários aderem à alimentação saudável e 10% desses realizam dietas alimentares. Já o número de profissionais que abusam da alimentação refere-se a 70% que ingerem doces em excesso, 50% ingerem massas em excesso e 30% ingerem muitas frituras.

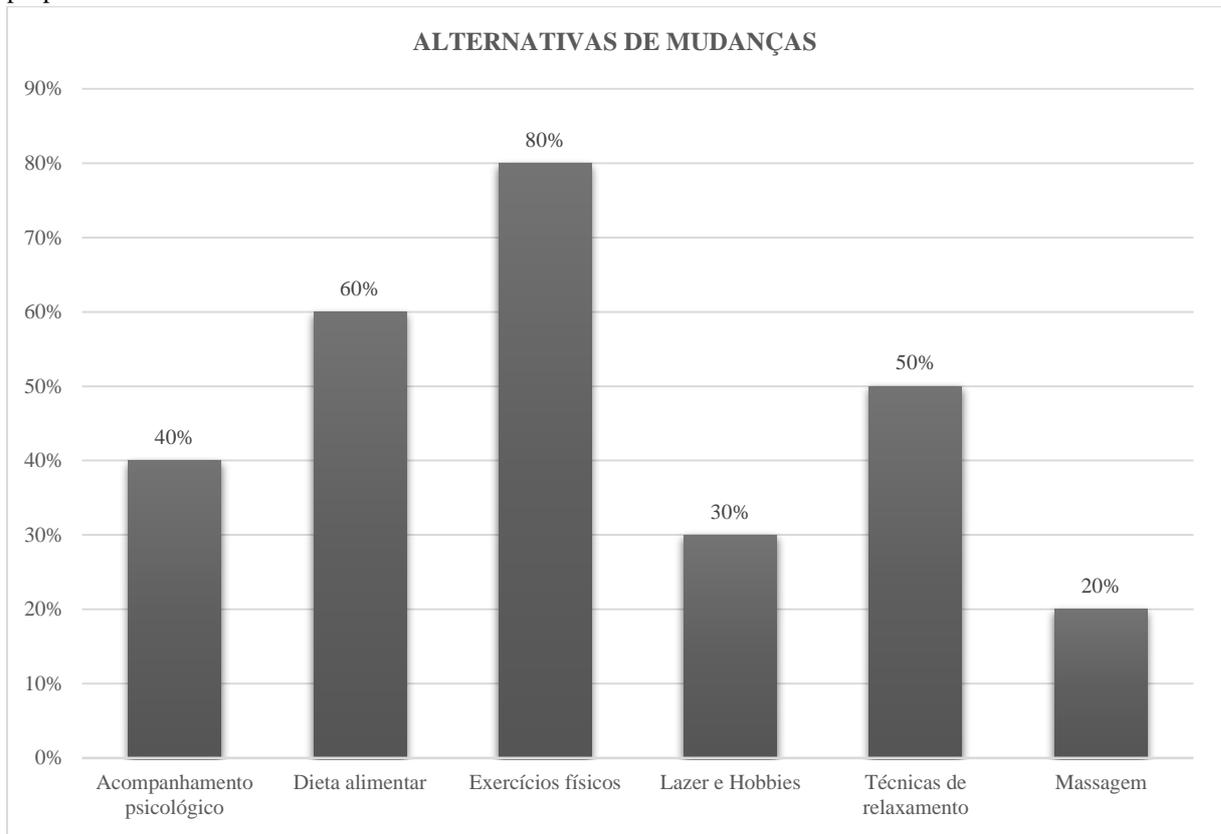
Quanto a atividades físicas, observou-se que 40% desses profissionais procuram realizar caminhadas, 20% frequentam a academia e 10% praticam outros tipos de exercícios físicos, ou praticam esportes ou são sedentários em todos os aspectos.

As práticas de *hobbie* e lazer desses profissionais estão distribuídas de modo que 50% optam por passar o tempo livre assistindo TV, 30% realizam leituras e 20% saem com os amigos ou familiares ou preferem realizar viagens e passeios.

Finalizando esse gráfico, vem o quesito sono, sobre o qual se tem que 50% têm uma noite tranquila com sono tranquilo ou sono em excesso, 10% desses profissionais relatam sofrer de insônia, ter dificuldade para adormecer ou dificuldade para manter o sono durante todo o período de repouso.

Durante a pesquisa realizada, pode-se observar que as alterações nos hábitos individuais de cada participante, após a inserção na Unidade de Terapia Intensiva, são bem evidentes, principalmente após cerca de seis meses nessa função. A qualidade de vida desses profissionais fica muito afetada, a alimentação fica sem rotina regrada e com preferência por alimentos calóricos e os exercícios físicos, aos poucos, vão sendo deixados de lado, assim como a vida social e, no quesito do sono, esses profissionais relatam sentirem muito sono, além do habitual. Vidal (2005) refere que existem algumas condições básicas para avaliar se a pessoa tem uma qualidade de vida boa ou ruim, ou seja, deve-se avaliar se a pessoa tem condições favoráveis de alimentação, moradia, saúde e liberdade de escolha. Neste contexto, observou-se, através do estudo realizado com esses profissionais da UTI, que a qualidade de vida deles está sendo prejudicada devido à acelerada rotina em que estão inseridos e à falta de condições econômicas para manter uma alimentação saudável.

**Gráfico 02** – Mudanças que esses profissionais fariam para corrigir as alterações que o trabalho na UTI proporcionou



**Fonte:** Própria (2018)

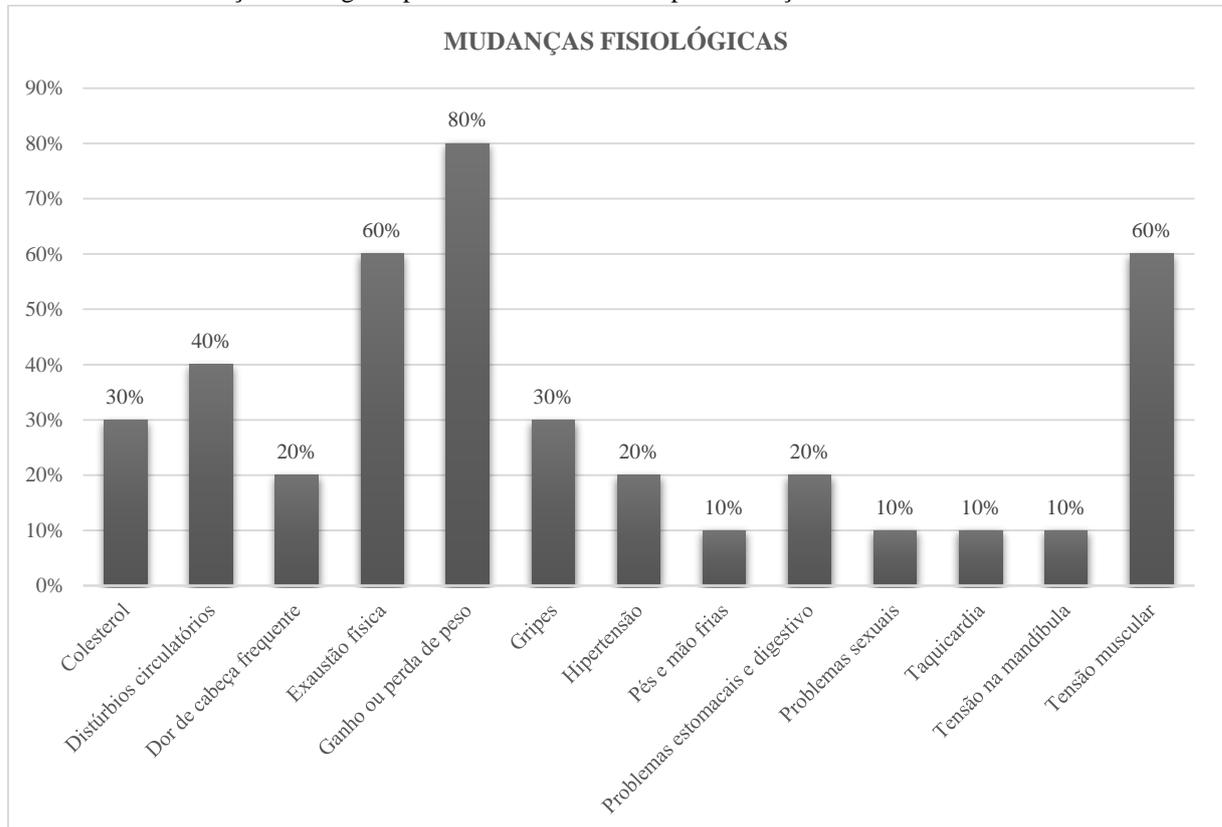
Quando questionados acerca de quais mudanças esses profissionais fariam em suas vidas para amenizar os danos causados pela rotina da UTI, conforme o gráfico 02, 80% deles informaram que a prática de exercícios físicos seria uma opção, 60% optariam por uma dieta alimentar, 50% utilizariam as técnicas de relaxamento para ajudar a amenizar os danos, 40% procurariam ajuda psicológica, 30% investiriam mais seu tempo em lazer e *hobbies* e 20% dos profissionais optariam por massagens para ajudar a aliviar as dores causadas pelo estresse.

Segundo Araújo (2013), essas mudanças devem ser vistas como satisfatórias, ou seja, quando o indivíduo resolve melhorar a sua qualidade de vida, deve estar ciente de que é uma opção individual, que deverá tomar algumas decisões quanto a escolhas, e que essas devem estar bem esclarecidas quanto ao seu objetivo, pois cada indivíduo possui suas limitações e seus padrões de convivência social, não tem como um indivíduo optar em, por exemplo, frequentar uma academia, buscando uma qualidade de vida satisfatória, se isso lhe proporcionar sentimentos ruins, por não condizer com seu perfil individual.

A atividade física tem sido comprovada como uma aliada fundamental para promoção de qualidade de vida, oferecendo inúmeros benefícios para a saúde, prevenindo doenças e

mantendo a saúde física e psicológica, uma vez que estudos afirmam que a atividade física, além de prevenir e controlar doenças, ela reduz o estresse, ansiedade e a depressão, é o que afirma Ferreira, Diettrich e Pedro (2015).

**Gráfico 03** – Mudanças fisiológicas percebidas durante o tempo de atuação na UTI



**Fonte:** Própria (2018)

Através do questionário aplicado, pode-se observar as mudanças que esses profissionais perceberam em suas vidas após começarem a trabalhar na UTI. De acordo com as entrevistas, essas mudanças começaram a ser percebidas após 6 meses de atuação e foram se intensificando cada vez mais conforme o decorrer do tempo.

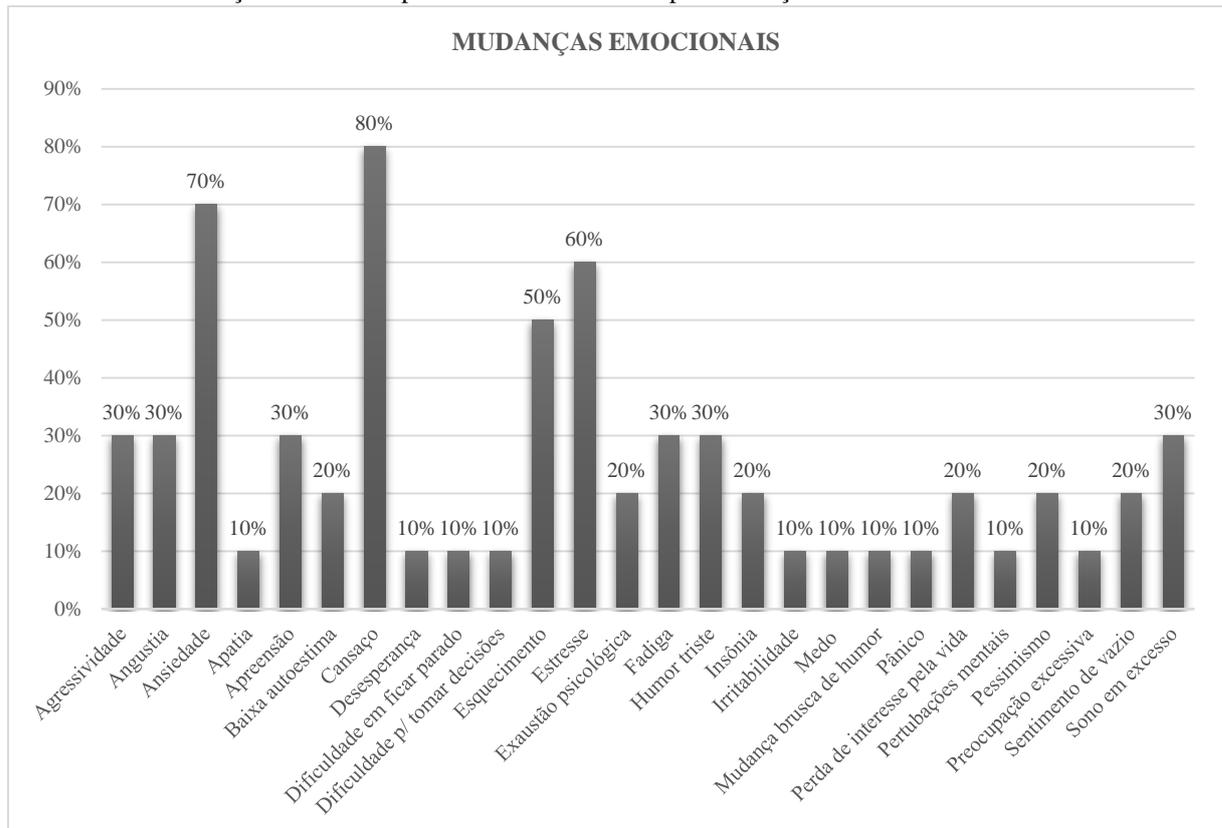
Logo no gráfico 03, que discorre sobre as mudanças fisiológicas, identificou-se que a grande maioria dos profissionais, 80%, perceberam um aumento no peso, seguido de exaustão física e dores musculares com 60%. Logo após, vêm os distúrbios circulatórios com 40%; colesterol e gripes com 30%; dores de cabeça frequentes, hipertensão e problemas estomacais e digestivos com 20%; e pés e mãos frias, problemas sexuais, taquicardia e tensão na mandíbula com 10%. Outras alterações não foram mencionadas, logo não foram tabuladas.

O aumento de peso foi a alteração mais perceptível relatada por esses profissionais, devido à falta de rotina alimentar regrada e a ingestão de alimentos calóricos, estando ligada

também ao fator emocional como a ansiedade, assim como a tensão muscular e a exaustão física, que estão ligadas ao estresse cotidiano. Indivíduos que trabalham especificamente no período noturno tem uma grande probabilidade de ter um aumento de peso, pois o sono regular é um dos fatores primordiais para a manutenção do bem estar e da qualidade de vida, Crispim et al (2007). Santos et al (2010), em suas pesquisas, relatam as alterações biológicas, emocionais e sociais que os enfermeiros apresentam com o trabalho laboral da UTI, principalmente o estresse que ocasiona mudanças em vários outros contextos. Essas mudanças estão ligadas a fatores estressores que o ambiente laboral propicia, como a sobrecarga de trabalho, os conflitos de função, a desvalorização, a insatisfação profissional, os relacionamentos interpessoais entre outros.

Ainda corroborando sobre o ganho de peso devido ao estresse ocupacional, Sampaio (2017) considera que o ambiente envolto de estresse crônico em que o profissional está inserido, causa modificação no comportamento alimentar, levando à obesidade. As consequências desse ganho de peso acarretam outros problemas como a diminuição da qualidade de vida, a probabilidade de desenvolver doenças com grau elevado de mortalidade e também ao surgimento de problemas psicossociais. A obesidade é um problema muito grave que a sociedade moderna vem enfrentando, pois, cada vez mais, as pessoas estão mais expostas aos altos níveis de estresse e aos alimentos calóricos, que parecem diminuir a sensação do estresse, favorecido também pela maior variedade de itens, sempre atrativos tanto no paladar como visual.

Fink (2009) relata que o estresse é um processo envolvendo a percepção, avaliação e resposta de um determinado evento ou estímulo físico ou psicológico. Quando o indivíduo está em um determinado grau de estresse físico ou psicológico, o organismo procura algum meio para se adaptar a essas mudanças que estão provocando a instabilidade, e geralmente é na alimentação que o organismo supre essa deficiência, seja no aumento do apetite ou em alguns casos na perda do apetite. Ainda segundo o autor, as mulheres são mais propensas que os homens à ingestão de alimentos gordurosos ou doces, em situações ocasionadas pelo estresse ou pelo sentimento de afeto negativo.

**Gráfico 04** – Mudanças emocionais percebidas durante o tempo de atuação na UTI

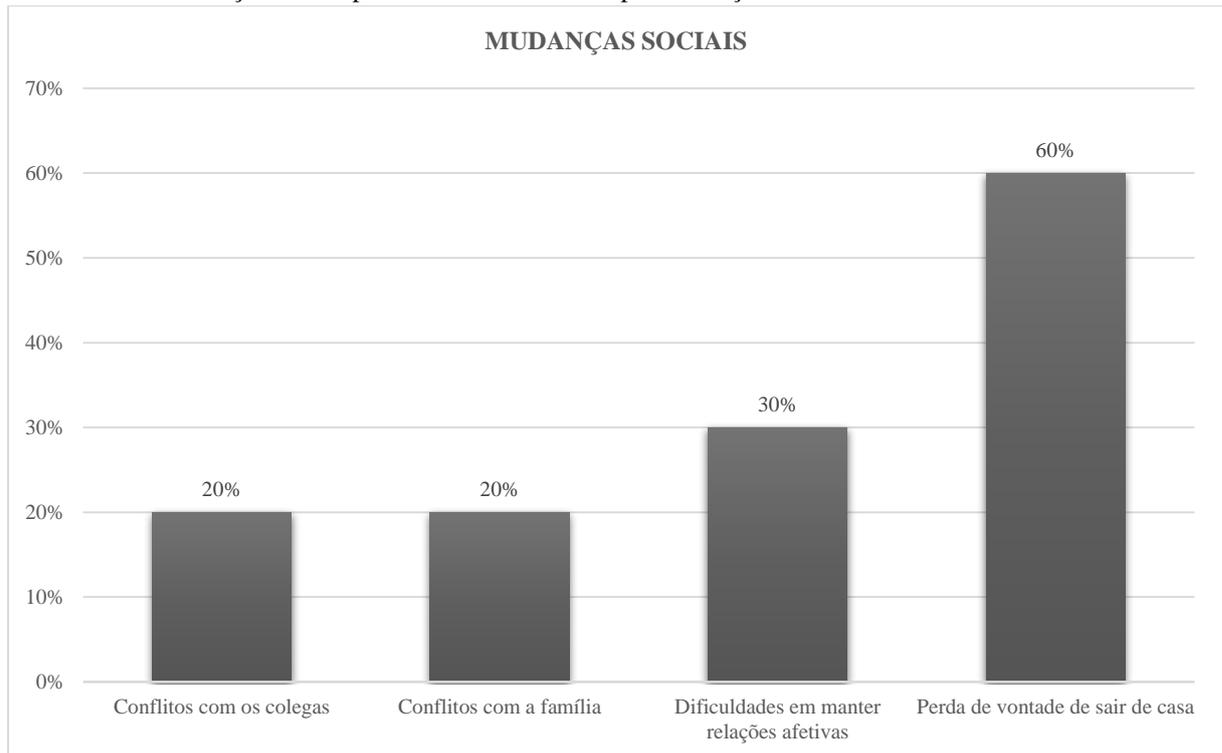
Fonte: Própria (2018)

O gráfico 04 exibe as mudanças emocionais que esses profissionais apresentaram após começarem a trabalhar na UTI. O fator mais relevante foi o cansaço, pois 80% dos profissionais relataram sentir muito; em seguida, com 70%, vem a ansiedade; seguida do estresse com 60%; do esquecimento com 50%; da agressividade, angústia, apreensão, fadiga, humor triste e sono em excesso com 30%; da baixa autoestima, exaustão psicológica, insônia, perda de interesse pela vida, pessimismo e sentimento de vazio com 20%; e da apatia, desesperança, dificuldade em ficar parado, dificuldade para tomar decisões, irritabilidade, medo, mudança brusca de humor, pânico, perturbações mentais e preocupação excessiva com 10%.

Como já mencionado anteriormente, o cansaço, a ansiedade e o estresse são os fatores emocionais mais perceptíveis entre esses profissionais, que, conforme Santos (2013), os principais fatores organizacionais que propiciam esses sintomas, são o relacionamento interpessoal, a sobrecarga de atividades, a dupla jornada de trabalho, a presença de ruídos dos equipamentos e a falta de poder em tomar decisões. Outro fator muito importante que a autora traz são as implicações psicológicas que esses profissionais estão inseridos, pois são constantemente cobrados, trabalhando sob pressão, correndo contra o tempo, vivenciando a morte e sofrimento diariamente.

Reis, Fernandes e Gomes (2010) trazem a mesma percepção, de que o estresse laboral a que os funcionários estão expostos, acarretam esquecimentos, frustrações pessoais, ansiedade, incapacidade de resolver vários problemas que antes resolviam, cometimento de erros nos afazeres cotidianos e o temor ao fracasso profissional, pessoal e social. E ainda, muitas vezes, o profissional acaba desistindo de sua profissão por desgostos.

**Gráfico 05** – Mudanças sociais percebidas durante o tempo de atuação na UTI



**Fonte:** Própria (2018)

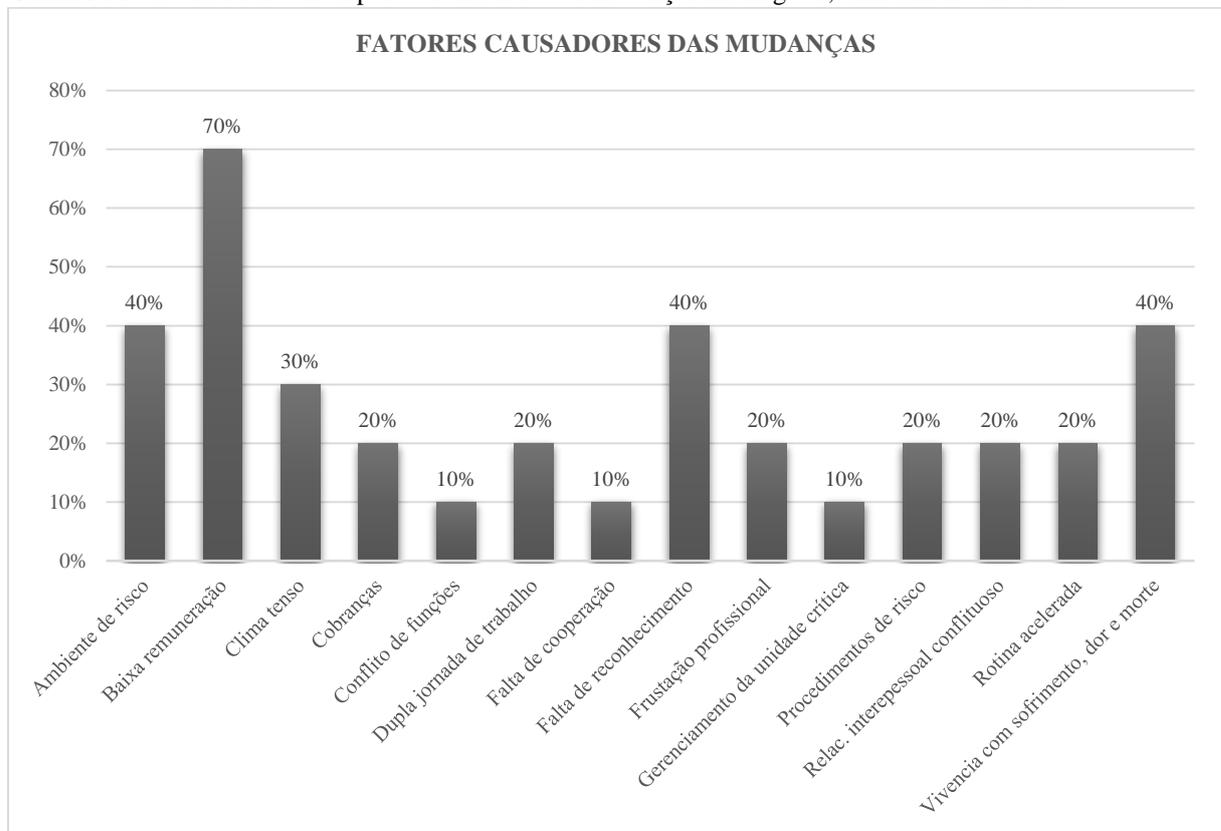
Finalizando o quesito de mudanças, o gráfico 05 traz as mudanças no nível social que esses profissionais perceberam em suas vidas, após começarem a trabalhar na UTI. A maioria dos profissionais percebeu que a perda de vontade de sair de casa é ação bem constante em suas rotinas; 60% desses profissionais notaram essa diferença, outros 30% perceberam dificuldades em manter relações afetivas e 20% dos profissionais perceberam que os conflitos com colegas e familiares tiveram aumento.

Essas alterações na vida social dos funcionários ocorrem devido ao estresse de que estão acometidos. Sépe (2011) afirma que as mudanças ocorridas no ambiente social do indivíduo geram estresse, assim como a falta de mudanças no ambiente de trabalho, ou seja, quando um indivíduo muda o seu ambiente social, levará um tempo para a nova adaptação, ocasionando um certo nível de estresse e, quando no seu ambiente de trabalho, o indivíduo não

obtem o reconhecimento e a perspectiva de crescimento, levará a um estresse também, afetando toda a sua vida, seja biológica, emocional e social.

Oliveira e Cunha (2014) também trazem suas contribuições quanto aos prejuízos na área social de que os profissionais da saúde estão acometidos. Segundo eles, a jornada de trabalho, principalmente em regime de plantão, afeta o convívio social, principalmente familiar, pois seu tempo de permanência com a família é reduzido, além de comprometer a psique, gerando insatisfação, ansiedade e estresse, afetando ainda mais as relações sociais.

**Gráfico 06** – Fatores relevantes para a ocorrência das mudanças fisiológicas, emocionais e sociais



**Fonte:** Própria (2018)

São vários os fatores que levaram esses profissionais a perceberem as mudanças em suas vidas. O gráfico 06 aponta quais foram os fatores mais favoráveis. 70% dos profissionais dizem que a baixa remuneração é um fator crucial que desencadeou essas mudanças; outros 40% dos profissionais alegam que foi o ambiente de risco, a falta de reconhecimento e a vivência com sofrimento, dor e morte; 30% apontam o clima tenso; 20% apontam as cobranças, dupla jornada de trabalho, frustração profissional, procedimentos de risco, relacionamento interpessoal conflituoso e rotina acelerada; e 10% dos profissionais atribuem como causas o conflito de funções, a falta de cooperação e o gerenciamento da unidade crítica.

Vários autores discutem as causas que geram o estresse dentro das organizações. França e Rodrigues (1997) já consideravam que o conflito existente entre as metas a serem alcançadas pela estrutura empresarial e as necessidades individuais da autonomia, realização e da identidade, são fatores favoráveis ao surgimento do estresse entre esses profissionais, assim como outros agentes descritos por Chiavenato (1999).

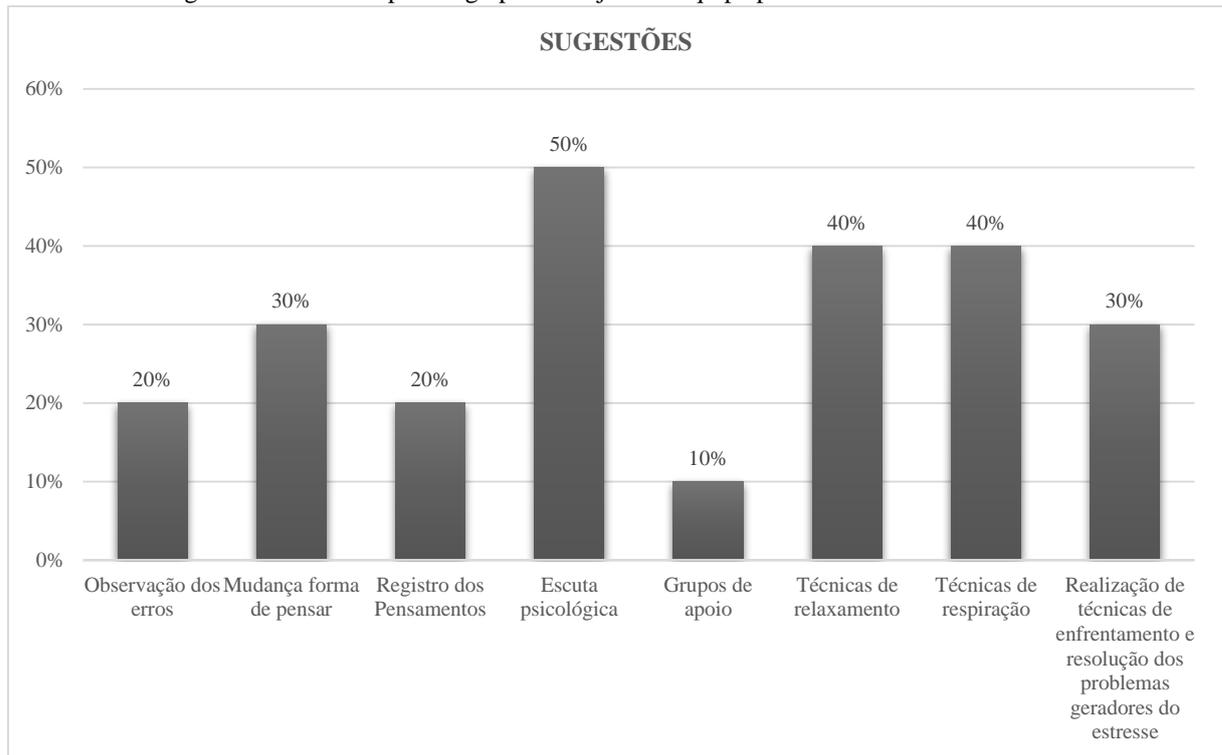
O autoritarismo do chefe, a desconfiança, a pressão das exigências e cobranças, o cumprimento do horário de trabalho, a chateza e monotonia de certas tarefas, o moral baixo dos colegas, a falta de perspectiva de progresso profissional e a insatisfação pessoal não somente derrubam o bom humor das pessoas, como também provocam estresse no trabalho, (CHIAVENATO, 1999, p. 377).

O autor ainda corrobora afirmando que o estresse provocado pelo ambiente de trabalho, traz inúmeras consequências graves tanto para o empregado quanto para a empresa e que esse estresse afeta o indivíduo em todos os contextos.

Outros autores que também contribuem com essa temática são Bonfante, Oliveira e Nardi (2015), descrevendo que a qualidade de vida no trabalho é um quesito fundamental para a produtividade do colaborador, a empresa deve fazer com que estes realizem suas funções de forma adequada às suas habilidades, ou seja, não exigir que façam além da sua capacidade pessoal. Quando o colaborador sente-se valorizado pelo seu trabalho, a sua produção aumenta, ele deve sentir-se sendo tratado como “pessoa” e não como uma máquina ou um mero empregado. A satisfação desse trabalhador é fator decisivo para o sucesso da empresa, e isso depende muito do investimento da empresa no bem estar, ou seja, na qualidade de vida do trabalhador.

Outros fatores que contribuem muito para as mudanças fisiológicas, emocionais e sociais devido ao estresse ocupacional de que a equipe de profissionais da UTI estão acometidos, conforme Rodrigues e Ferreira (2011), são as exigências da rotina cotidiana em que estão inseridos, como os alarmes sonoros dos equipamentos sofisticados que compõem a UTI, a iluminação artificial e as baixas temperaturas a que estão expostos. Além de todos esses fatores, ainda há a precariedade do número de profissionais que geralmente são insuficientes para a demanda, e a falta de recursos necessários para desenvolverem seus trabalhos.

Em relação às várias alterações a que esses profissionais estão propensos, os autores ainda corroboram dizendo que o profissional intensivista precisa equilibrar a extrema carga emocional que está sobre eles no seu ritmo de vida, incluindo os princípios biológicos e sociais em que eles estão inseridos, ou seja, esses profissionais necessitam de um alto controle racional sobre suas ações.

**Gráfico 07** – Sugestões de como o psicólogo poderia ajudar a equipe profissional da UTI

**Fonte:** Própria (2018)

Ao perguntar sobre a inserção do psicólogo no ambiente da UTI, e sobre os meios que esse profissional utilizaria para ajudá-los, 50% optariam pela escuta psicológica, 40% por ensinar a realizar técnicas de relaxamento e respiração para aliviar a ansiedade e estresse, 30% optariam em receber ajuda para mudar as formas de pensar e realização de técnicas de enfrentamento e resolução dos problemas geradores do estresse, 20% gostariam que ensinasse a observar seus erros e a corrigi-los, ensinar a registrar os pensamentos, sentimentos e ações, e 10% gostariam da organização de grupos de apoio.

Com a inserção do Psicólogo hospitalar junto à equipe profissional, os fatores que levam esses profissionais ao adoecimento podem ser evitados, melhorando a qualidade de vida deles e automaticamente o rendimento profissional. Sépe (2011) corrobora dizendo que, ao diminuir os problemas causadores do adoecimento dos profissionais, haverá um aumento na produtividade da empresa e probabilidade do aumento da qualidade de vida pessoal, social e familiar também.

Amaral, Moraes e Ostermann (2010) relatam um estudo realizado em um hospital no Rio Grande do Sul, em que discorrem sobre a atuação do psicólogo junto à equipe hospitalar. Os autores afirmam que o cuidado com os cuidadores é primordial para a produtividade e para o bem estar deles. Um dos métodos que se denota eficaz com esses profissionais é a constituição

de grupos de encontro, provendo-lhes sentimentos de proteção, suporte, apoio e resiliência, gerando bem-estar físico, psicológico e social, que são fundamentais para o fortalecimento pessoal.

Existem outras formas de o psicólogo colaborar para a prevenção do adoecimento da equipe profissional, como relatam Schneider e Moreira (2017). A psicoeducação é um dos métodos mencionados pelas autoras, pois tendem a esclarecer, orientar e informar esses profissionais quanto ao contexto em que estão inseridos, visando subsídios, adesão e prevenção de situações agravantes. Outra forma de colaborar é a criação de estratégias de enfrentamento de situações geradoras do estresse cotidiano, ou seja, através do conhecimento e das habilidades que foram utilizadas em situações estressoras, há maiores chances de sucesso em enfrentamentos posteriores, visando à saúde física e mental desses profissionais.

**Quadro 01 - Opiniões sobre a inserção de um Psicólogo na UTI para auxiliar a equipe profissional**

DESCRIÇÃO	
1º	“Não quis expor sua opinião”.
2º	“Contribuiria e muito para lidar com os conflitos pertinentes no ambiente de trabalho; trabalhar com a ansiedade e os desafios”.
3º	“Necessário devido tamanha responsabilidade que temos que ter”
4º	“Necessário, pois digo, cuidamos em todo o sentido da palavra, mas não temos nenhuma assistência pessoal”.
5º	“Seria ótimo, o dia a dia está muito corrido e UTI é um local de trabalho fechado e lida muito com dor, sofrimento, doenças terminais”.
6º	“Seria bom, de muita ajuda”.
7º	“Seria uma excelente ideia, um profissional como o psicólogo ajudaria muito o profissional da saúde, tanto que poderia ter sessões em grupo ou individual”.
8º	“Contar os problemas, ter alguém para falar das dificuldades que está enfrentando”.
9º	“Seria um escape onde possamos conversar sobre as dificuldades e desesperanças do dia-a-dia”.
10º	“Facilitar a conversação com os colegas e com a coordenação”.

**Fonte:** Própria (2018)

No quadro 1, apresentam-se as opiniões dos colaboradores diante da possibilidade de inserção de um psicólogo junto à equipe de profissionais da UTI, para auxiliá-los. Apenas um dos funcionários entrevistados não quis expor sua opinião.

No geral, pode-se observar que a maioria aprovaria a inserção do psicólogo junto à equipe de profissionais. Eles veem a necessidade da ajuda que esse profissional propiciará, auxiliando no enfrentamento dos agentes causadores do estresse ocupacional.

Sépe (2011) menciona que as mudanças que ocorrem nos profissionais podem ser amenizadas com a melhora da qualidade de vida, ou seja, existem alguns instrumentos que podem ser utilizados dentro do ambiente profissional como as palestras, leituras, filmes e também os eventos que favorecem a valorização da saúde organizacional. É um trabalho longo, porém promete resultados são promissores.

De acordo com Sépe (2011), alguns objetivos devem ser colocados em prática junto aos funcionários para garantir qualidade de vida eficaz, aumentando a sua produtividade, como por exemplo, a elaboração de ações de bem-estar, atendendo às necessidades básicas desses profissionais.

É muito importante realizar intervenções em nível individual - por exemplo, conhecer e desenvolver estratégias de enfrentamento - combinadas com intervenções organizacionais, já que a capacidade de suportar e superar situações difíceis e estressantes não depende somente da reação individual, mas do equilíbrio entre a instância individual e coletiva. Nesse sentido, é importante pensar no papel da estrutura organizacional e em como injetar “saúde e resiliência” nas organizações, levando-se em conta os estressores situacionais presentes no ambiente de trabalho como: condições de segurança, comunicação clara e eficaz entre liderança e liderados, relação interpessoal, treinamento e desenvolvimento de pessoal, nível de participação nas decisões e de autonomia, (BISPO, 2008, p. 1).

França e Rodrigues (1997) também contribuem afirmando que algumas ações de mudanças são necessárias para combater o estresse, sendo no aspecto físico, psíquico e social. No aspecto físico, a inserção de técnicas de relaxamento, o planejamento de uma alimentação adequada, a prática de exercícios físicos regular, o repouso, lazer e diversão e um sono apropriado às necessidades individuais de cada um, são fundamentais. No aspecto psíquico, a aplicação de técnicas psicoterapêuticas, de autoconhecimento, de desenvolvimento estratégico para enfrentar os problemas cotidianos, a estruturação de uma agenda possibilitando ter mais tempo livre para atividades prazerosas e ativas e a avaliação diária de sua rotina, possibilita a melhora na qualidade de vida e a evitação das causas que geram o estresse. Já no aspecto social, os autores sugerem a revisão e o redimensionamento das formas que esse indivíduo organiza seu tempo tanto no trabalho quanto no seu convívio fora da empresa.

## 5. CONCLUSÃO

Em razão do exposto ao longo do trabalho, ratifica-se que a Psicologia é uma ciência com diversas ramificações, ou seja, o campo de atuação do Psicólogo é bastante amplo, permitindo sua intervenção em diversos espaços. Nesse sentido, a Psicologia adentrou os hospitais, atuando junto à equipe de profissionais que atuam na promoção da saúde física, porém é uma área que necessita ainda superar muitos desafios para que seja reconhecida com o mérito que lhe é próprio. A Psicologia hospitalar quando trata da atuação junto à equipe de profissionais como a da Unidade de Terapia Intensiva, não é aceita ainda como deveria ser. Os psicólogos estão inseridos ali para auxiliar o paciente e a família desse paciente, esquecendo de que a equipe de profissionais necessita de auxílio para enfrentar a rotina estressante da UTI. É necessário que haja esse conhecimento em relação à inserção do Psicólogo na UTI, uma vez que eles precisam auxiliar essa equipe que se dedica aos cuidados dos pacientes ali internados.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local que transmite muitos sentimentos ruins, é um local sobrecarregado de sofrimento, é o setor hospitalar que mais tem incidência de profissionais com estresse elevado, devido à demanda de pacientes e o estado agravante em que eles se encontram; se a equipe de profissionais não estiver bem preparada emocionalmente adoece ou deixa de atuar nesse local. Todo o ambiente sofisticado que compõe a UTI, requer, desses profissionais, atenção constante e contínua, um esforço em prol do bem-estar de seus pacientes. Sendo assim, observa-se a relevância da inclusão do psicólogo hospitalar para atuar juntamente com a equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, favorecendo-lhes suporte para o cuidado da saúde emocional. Essa condição se justifica com o propósito de que eles, para conseguirem desempenho profissional de qualidade, necessitam estar bem psicológica e fisicamente, pois que a debilidade psicológica gera inúmeras debilidades físicas, e, se não tratadas em tempo, acarretam doenças e transtornos gravíssimos.

Levando-se em conta o que foi observado sobre os intensivistas e as alterações recorrentes devido à jornada de trabalho, é imprescindível que todos se conscientizem de que

esses profissionais estão adoecendo por causa dos fatores geradores de estresse e que, na grande maioria das vezes, a instituição é a maior responsável por isso.

A atuação do psicólogo hospitalar junto à equipe de colaboradores intensivistas ainda não é aceitável na maioria dos hospitais, tendo em vista que, geralmente, a contratação do psicólogo hospitalar é para servir de mediador entre pacientes/profissional/familiares, para oferecer apoio psicológico para o paciente e a família, ou para a realização de trabalhos burocráticos da instituição. No entanto, a atuação do psicólogo com a equipe de funcionários trará inúmeros benefícios para a instituição, a qualidade dos serviços prestados pelos funcionários melhorará, o absentismo diminuirá e a instituição terá um reconhecimento cabível pela qualidade dos serviços prestados, respaldados pelos cuidados oferecidos aos cuidadores.

Decorrente da caracterização das principais dificuldades que os intensivistas enfrentam em sua profissão, é preciso, portanto, que a instituição ofereça programas que promovam a qualidade de vida para esses funcionários, eles precisam estar bem física, psicológica e socialmente para, assim, desenvolverem com qualidade maior os seus serviços, sem tamanho prejuízo em todas as áreas de sua vida. Outro fator relevante que deve ser melhorado na equipe de funcionários, inclusive no psicólogo hospitalar, é o aperfeiçoamento das atribuições e a capacitação de cada profissional, por meio de cursos, seminários e palestras, para que, ao se depararem com a demanda da Unidade de Terapia Intensiva, não se sintam incapazes de exercer a prestação de serviço proposto com o rigor e eficácia que demanda.

Por todos esses aspectos, considera-se que a proposta terapêutica preventiva junto aos intensivistas, é inquestionavelmente eficaz, e que a inserção de programas preventivos junto a essa equipe de profissionais, revela-se de suma importância. A introdução da proposta terapêutica junto à equipe de profissionais possibilita a prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, que são ocasionados pelos fatores estressores do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva.

As técnicas empregadas para prevenir o adoecimento, são técnicas elaboradas para esse propósito e que vão muito além de ensiná-los a enxergar o seu problema, mas sim, ensinar a eles os caminhos a serem trilhados para a resolução dos problemas, para o enfrentamento dos medos que os cercam e para o fortalecimento do seu “eu”.

Portanto, cabe ao psicólogo hospitalar e/ou psicólogo organizacional e do trabalho identificar os mecanismos causadores dos fatores que levam à debilidade emocional e estresse dos funcionários da Unidade de Terapia Intensiva e, através dos métodos próprios da Psicologia, atuar mediante a causa, visando à solução, proporcionando, desse modo, uma melhora na qualidade de vida dos funcionários. Da mesma forma, dotá-los de capacidade para

a compreensão dos sintomas psicológicos apresentados pelos pacientes durante o período que ficarão hospitalizados, auxiliando na promoção da aceitação do diagnóstico apresentado pelo paciente.

Sendo a UTI um ambiente com clima extremamente tenso e pesado, afetando o profissional em todo seu contexto, é imprescindível que os profissionais tenham uma preparação diferenciada, para conseguirem lidar com o sofrimento humano sem se abalarem emocionalmente. Para isso, o acompanhamento psicológico desses profissionais é de suma importância, como também os cuidados nas outras áreas de suas vidas como os físicos e sociais.

Essa preparação diferenciada não deve se ater apenas aos profissionais que estão atuando na UTI, mas também ao psicólogo que irá atuar junto a eles. Esse psicólogo deve buscar conhecimento contínuo quanto à contextualização em que está inserido, buscando alternativas para enfrentamento das situações, desde as mais simples às mais complexas vivenciadas no dia a dia.

Dado o exposto acerca de todo o contexto que envolve a equipe de profissionais da UTI, é preciso que o psicólogo hospitalar e/ou psicólogo organizacional e do trabalho esteja sempre em concordância com a ética do psicólogo, ou seja, nesse ambiente, assim como em um consultório, o psicólogo deve manter sua ética e sua postura frente aos acontecimentos; deve-se colocar no lugar da outra pessoa, entender o que ela está sentindo, entender o motivo de seus medos e sofrimentos para, então, poder auxiliá-los, sempre visando à qualidade dos serviços, o respeito e a fidelidade ao paciente.

O trabalho em equipe transdisciplinar deve ser realizado de forma mais abrangente de modo que todos os envolvidos, de certa forma, unam-se em prol da melhoria do atendimento, do profissionalismo e das relações interdisciplinares, da mesma forma promovendo a humanização dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABREU, K. L. et al. **Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da Psicologia**. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO. Vol. 22, nº 02. Brasília, Junho de 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932002000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200004). Acessado em 29 de junho de 2017.

ALMEIDA, R. A. **Histórico da Psicologia Hospitalar**. TEMAS EM PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA. 2010. Disponível em: <http://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/products/historico-da-psicologia-hospitalar/>. Acessado em: 25 de fevereiro de 2017.

AMARAL, R. A.; MORAES, C. W.; OSTERMANN, G. T. **Cuidando do cuidador: grupo de funcionários no hospital geral**. Ver. SBPH, vol. 13 no. 2. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200009). Acessado em 10 de outubro de 2018.

ANGERAMI, V. A. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

ARAUJO, A. S. **Qualidade de vida do enfermeiro intensivista**. Artigo apresentado à Universidade Castelo Branco em convênio com a Atualiza Cursos. Salvador, 2013. Disponível em: <http://docplayer.com.br/15509123-Qualidade-de-vida-do-enfermeiro-intensivista-palavras-chave-qualidade-de-vida-no-trabalho-unidade-de-terapia-intensiva-satisfacao.html>. Acessado em 17 de setembro de 2018.

ARAUJO, S. F. **Wilhelm Wundt e a fundação do primeiro centro internacional de formação de psicólogos**. Temas psicol. vol. 17 nº.1 Ribeirão Preto 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2009000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100002). Acessado em 19 de abril de 2018.

ARAÚJO, T. C. C. et al. **O estresse e a qualidade de vida no ambiente de trabalho em Organizações do segmentos de Call Center**. PSICOLOGIA.PT. 2014. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0865.pdf>. Acessado em: 01 de maio de 2017.

BAÈRE, T. D. **Técnicas cognitivas-comportamentais para o tratamento do transtorno do pânico**. PSICOLOGIA.PT. 2015. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0937.pdf>. Acessado em 05 de abril de 2018.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Brasília: Editora Plano, 2002.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, R.F. **Estresse do enfermeiro em uma unidade de emergência**. Revista Latino – Americana de Enfermagem. Vol.14, nº4, 2006.

BETTINELLI, L. A. et al. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar**. Mundo da Saúde. São Paulo, 2003.

BISPO, C. A. F. **Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional**. Produção, v.16 n°2. Maio/agosto, 2006.

BISPO, P. **O estresse pode ser administrado**. Entrevista. 2008. Disponível em: [http://www.rh.com.br/Portal/Qualidade\\_de\\_Vida/Entrevista/4965/o-estresse-pode-ser](http://www.rh.com.br/Portal/Qualidade_de_Vida/Entrevista/4965/o-estresse-pode-ser). Acessado em 18 de setembro de 2018.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. C. **Unidade de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização**. Esc. Anna Nery [online]. 2006, vol.10, n.2. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200019). Acessado em: 03 de maio de 2017.

BONFANTE, J. G.; OLIVEIRA, L. M.; NARDI A. **O impacto da qualidade de vida no trabalho sobre a produtividade**. Rev. Científica Eletrônica UNISEB, Ribeirão Preto, v.6, n.6, 2015. Disponível em: <http://estacioribeirao.com.br/revistacientifica/arquivos/revista6/9.pdf>. Acessado em 10 de outubro de 2018.

BRAGHIROLI, E. M. et al. **Psicologia Geral**. Editora Vozes: Petrópolis – RJ, 1995.

CAMBAÚVA, L. G. et al. **Reflexões sobre o estudo da história da Psicologia**. Estudos de Psicologia 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a03v03n2.pdf>. Acessado em 19 de abril de 2018.

CAMPOS, D. C. **Atuando em psicologia do trabalho, psicologia organizacional e recursos humanos**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CECCARELLI, P. R. **Psicologia hospitalar: aspectos legais, éticos e políticos**. Revista de Psicologia Plural, FUMEC, PSICOLOGIA HOSPITALAR, BH, 17, 2002, 71-78. Disponível em: [http://ceccarelli.psc.br/pt/?page\\_id=201](http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=201). Acessado em: 06 de maio de 2017.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília, 2005.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 3ª ed. São Paulo: Ática.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CLEGG, B. **Gerenciamento do Estresse: Traga Calma Para Sua Vida Já!** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

CNS 466/12. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acessado em 26 de abril de 2018.

CRISPIM, C.A. ET AL. **Relação entre sono e obesidade: uma revisão da literatura.** Departamento de Psicobiologia (CAC, IZ, MD, HGP, ST & MTM) e Programa de Pós Graduação em Nutrição (CAC & IZ), Universidade Federal de São Paulo, SP, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n7/a04v51n7.pdf>. Acessado em 10 de dezembro de 2018.

FARAH, A. B. A. **Psicoterapia de grupo: reflexões sobre as mudanças no contato entre os membros do grupo durante o processo terapêutico.** Revista IGT na Rede, v.6, nº. 11, 2009. Disponível em: <http://igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/article/viewFile/1928/2635>. Acessado em 11 de abril de 2018.

FARAH, O. G. D.; SÁ, A. C. **Psicologia aplicada à Enfermagem.** Barueri, SP – Manole, 2008.

FARIA, C. **Unidade de Terapia Intensiva – UTI.** INFOESCOLA. 2008. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti/>. Acessado em: 03 de maio de 2017.

FERNANDES, F. **A atuação do psicólogo no contexto hospitalar.** MUNDO DA PSICOLOGIA. 2015. Disponível em: <http://mundodapsi.com/a-atuacao-do-psicologo-no-contexto-hospitalar/>. Acessado em: 30 de abril de 2017.

FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H.; PEDRO, D. A. **Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS.** Rio de Janeiro, v. 39, no. 106, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00792.pdf>. Acessado em 10 de outubro de 2018.

FINK, G. **Estresse: definição e história.** Encyclopedia of Neuroscience. Ed-chefe. Oxford: Elsevier, 2009.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática.** São Paulo: Atlas S.A., 1997.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Pioneira, 1983.

GONÇALVES, E. M. **Iniciação à pesquisa científica.** 2 ed. Campinas: Alínea. 2001.

HAIR, J. J. F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em Administração.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

KAMADA, C. **Equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.31, nº.1. Brasília, 1978. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671978000100060](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671978000100060). Acessado em: 03 de maio de 2017.

KROGER, M. M. A. et al. **Enfermagem em terapia intensiva: do ambiente da unidade à assistência ao paciente.** São Paulo: Martinari, 2010.

MADER, B. J. **Caderno de Psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão.** Curitiba: CRP – PR, 2016.

MARQUES, E. L.L.; DELFINO, T. E. **Contribuições das técnicas de respiração, relaxamento e *mindfulness* no manejo do estresse ocupacional.** PSICOLOGIA.PT. 20/03/2016. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0965.pdf>. Acessado em 10 de abril de 2018.

MARTINS, J.T. et al. **Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro.** Revista Gaúcha de Enfermagem. 2009.

MOURA, K. S. et al. **A vivência do enfermeiro em terapia intensiva: estudo fenomenológico.** Rev. Rene: Fortaleza, 2011. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2\\_html\\_site/a13v12n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/a13v12n2.htm). Acessado em 20 de abril de 2018.

MOTHÉ, C. B. **Stress no ambiente de trabalho.** MIGALHAS. 2006. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI33425,41046-Stress+no+ambiente+de+trabalho>. Acessado em: 01 de maio de 2017.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. **Avaliação de intervenção em stress ocupacional.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Scielo, Brasília, V20, n 1, jan/2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722004000100006&script=sci\\_arttest](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722004000100006&script=sci_arttest). Acessado em 10 de abril de 2018.

NEVES NETO, A. R. **Técnicas de respiração para a redução do stress em terapia cognitiva-comportamental.** Arquivo Médico Hospitalar Faculdade Ciências Médicas Santa Casa, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/AR09.pdf>. Acessado em 09 de abril de 2018.

PASCHOALINI, B. et al. **Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de Enfermagem.** Acta Paul Enferm. 2008; 21(3):487-92. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_17.pdf). Acessado em: 02 de maio de 2017.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 3. ed., porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2ª. ed. Novo Hamburgo: Universidade Freevale, 2013.

REIS, L. P. P.; FERNANDES, S. R.P.; GOMES, A. F. **Estresse e fatores psicossociais.** Psicol. Cienc. Prof. vol.30 no.4. Brasília: 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000400004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400004). Acessado em 11 de outubro de 2018.

D'EL REY, G. J. F.; PACINI, C. A. **Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas.** Psicol. estud. vol.11 no.2 Maringá May/Aug. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200005). Acessado em 04 de abril de 2018.

RIBEIRO, A. I. A. M. **O impacto do stress na qualidade de vida do trabalhador.** Monografia de Especialista em Gestão de Recursos Humanos. Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2010.

RIBEIRO, C. **Saiba como funciona a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).** REVISTA VIVA SAÚDE. 2015. Disponível em: <http://revistavivasaude.uol.com.br/clinica-geral/saiba-como-funciona-a-unidade-de-terapia-intensiva-uti/3091/#>. Acessado em: 03 de maio de 2017.

RODRIGUES, T. D. F. **Fatores Estressores Para a Equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva.** REME. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/549>. Acessado em: 05 de março de 2017.

RODRIGUES, V. M. C. P.; FERREIRA, A. S. S. **Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acessado em 10 de outubro de 2018.

ROSA, A. M. T. **Competências e Habilidades em Psicologia Hospitalar.** LUME. Junho 2005, p36. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7430/000544292.pdf?...1>. Acessado em: 19 de fevereiro de 2017.

ROSS, E. K. **Sobre a morte e o morrer.** Editora Martins, 9ª Ed. 2008.

RUIZ, P. B. O.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. **Custo da rotatividade da equipe de enfermagem em hospital de ensino.** Rev Esc Enferm USP, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt\\_0080-6234-reeusp-50-01-0104.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0104.pdf). Acessado em 17 de setembro de 2018.

SADIR, M. A.; LIPP, M. E. **As fontes de stress no trabalho.** Revista de Psicologia. IMED, v1, n1, 2009. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/16/0>. Acessado em 09 de abril de 2018.

SAMPAIO, C. **Estresse, comportamento alimentar e excesso de peso.** Centro Reichiano de Psicologia Corporal. Curitiba: 2017. Disponível em: [http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais\\_2017/pdf/284%20-%20290%20-%20SAMPAIO\\_Cynthia.pdf](http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais_2017/pdf/284%20-%20290%20-%20SAMPAIO_Cynthia.pdf). Acessado em 11 de outubro de 2018.

SANTA CASA. **A história das santas casas.** SANTA CASA. 2016. Disponível em: <http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas>. Acessado em: 07 de maio de 2017.

SANTANA, S. M. et al. **Intervenções em grupo na perspectiva cognitivo-comportamental: experiências no contexto clínica-escola.** Rev. bras.ter.

cogn. vol.10 no.1 Rio de Janeiro jun. 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000100007). Acessado em 11 de abril de 2018.

SANTOS, F. D. et al. **O Estresse do Enfermeiro nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto: Uma Revisão de Literatura**. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas. (Ed. port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100014). Acessado em: 13 de fevereiro de 2017.

SANTOS, M. C. P. **O estresse dos enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva**. Artigo apresentado à Atualiza Cursos, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem em UTI. Salvador, 2013. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EU/EU21/SANTOS-milena.PDF>. Acessado em 17 de setembro de 2018.

SARGIANI, R. **O que é Psicologia?** PSICOLOGIA EXPLICA. 12/10/2014. Disponível em: <http://www.psicologiaexplica.com.br/o-que-e-psicologia/>. Acessado em 27 de junho de 2017.

SÉPE, A. C. H. **Estresse x trabalho: qualidade de vida nas organizações**. Monografia (especialização em RH – gestão de pessoas e competências). Centro Universitário Filadélfia – UNIFIL, Londrina PR, 2011. Disponível em: <http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000006/00000697.pdf>. Acessado em 18 de setembro de 2018.

SCHNEIDER, A. M. B.; MOREIRA, M. C. **Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional**. Temas psicol. vol. 25 n0. 3. Ribeirão Preto: 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000300015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000300015). Acessado em 10 de outubro de 2018.

SILVA, R. R. **Percursos na história da Psicologia hospitalar no Brasil: a produção em programas de doutorado em Psicologia no período de 2003 a 2004 no banco de teses de capes**. Revista SBPH. V.12, n.2. Rio de Janeiro, dez. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200007). Acessado em: 07 de maio de 2017.

SINOP. **História de Sinop**. Disponível em: <https://www.sinop.mt.gov.br/A-Cidade/Historia/>. Acessado em 26 de abril de 2018.

SOUZA NETA, M. B. **A Importância do Psicólogo no Contexto Hospitalar**. PSICOLOGIAS DO BRASIL. 2016. Disponível em: <http://www.psicologiasdobrasil.com.br/a-importancia-do-psicologo-no-contexto-hospitalar/>. Acessado em: 05 de março de 2017.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. **A Prática do Psicólogo Hospitalar em Equipe Multidisciplinar**. Estudos de Psicologia I Campinas I 24(1) I 89-98 I. Janeiro-março 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a10.pdf>. Acessado em: 12 de agosto de 2016.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. **Prática Psicológica em Hospitais: Demandas e Intervenções**. PSICO. Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 3, pág. 283-291, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/museupsi/lafec/27.pdf>. Acessado em: 19 de fevereiro de 2016.

TRUCHARTE, F. A. R. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

VIDAL, F. G. **Qualidade de vida dos enfermeiros que atuam em hospitais**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Foz do Iguaçu: Unioeste, 2005.

VIEIRA, F. M. et al. **O trabalho respiratório como ferramenta psicoterapêutica: uma revisão embasada em psicologia corporal**. Revista Latino-americana de psicologia corporal. No. 7. Junho/2018. Disponível em: <http://psicorporal.emnuvens.com.br/rbpc>. Acessado em 10 de outubro de 2018.

VIEIRA, L. N. L. **A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar**. Trabalhos de Conclusão de Curso ou de Disciplina Psi. 10 novembro 2011. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2011/11/10/a-atua-o-do-psic-logo-no-contexto-hospitalar/>. Acessado em: 12 de agosto de 2016.

WILLHELM, A. R. W.; ANDRETTA I.; UNGARETTI M. S. **Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade**. Contextos Clínicos, vol. 8, n. 1, Janeiro-Junho 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a09.pdf>. Acessado em 11 de abril de 2018.

ZANELLI, J.C.; BORGES-ANDRADE, J. & BASTOS, A.V.B. (Orgs). **Psicologia organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

## **APÊNDICE**





Taquicardia									X	
Tensão muscular		X	X	X	X	X				X
Tensão na mandíbula									X	
Viroses										
Outros										

**Fonte:** Própria

**Tabela 05** – Mudanças Emocionais percebidas durante o tempo de atuação na UTI:

DESCRIÇÃO	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Agressividade								X	X	X
Alienação										
Angustia								X	X	X
Ansiedade		X	X	X	X		X		X	X
Apatia		X								
Apreensão	X						X		X	
Baixa autoestima			X							X
Cansaço	X	X	X	X	X	X			X	X
Desesperança									X	
Dificuldade em concentração										
Dificuldade em ficar parado										X
Dificuldade para tomar decisões										X
Esquecimento			X	X	X	X			X	
Estresse		X		X	X		X		X	X
Exaustão psicológica		X						X		
Fadiga		X					X	X		
Humor triste								X	X	X
Insônia						X		X		
Irritabilidade		X						X		
Isolamento										
Medo									X	
Mudanças bruscas de humor								X		
Pânico									X	
Pensamentos de morte										
Pensamentos que algo ruim irá acontecer										
Perturbações mentais										X
Perda de interesse por atividades										
Perda de interesse pelo trabalho										
Perda de interesse pela vida								X		X
Pessimismo									X	X
Preocupação excessiva								X		



Vivencia com sofrimento, dor e morte	X	X	X	X
Outros				

**Fonte:** Própria

**Tabela 08** – Sugestões de como o Psicólogo poderia ajudar a equipe profissional da UTI:

DESCRIÇÃO	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
Ensinar a observar o que está fazendo de errado no dia-a-dia						X			X	
Ensinar a mudar a forma de pensar e agir			X						X	X
Ensinar a registrar os pensamentos, emoções e comportamentos para depois corrigi-los		X	X							
Escuta psicológica		X		X	X				X	X
Realização de grupos de apoio				X						
Realização de técnicas de relaxamento		X		X			X	X		
Realização de técnicas de respiração para aliviar a ansiedade e estresse		X		X				X	X	
Realização de técnicas de enfrentamento e resolução dos problemas geradores do estresse		X							X	X
Outros										

**Fonte:** Própria

**QUESTIONÁRIO PROPOSTA TERAPÊUTICA PREVENTIVA JUNTO À  
EQUIPE PROFISSIONAL DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI).**

Idade:	Sexo:
Profissão:	
Tempo de atuação nesse setor:	

1) Nesse tempo em que você trabalha na UTI, percebeu algumas mudanças FISIOLÓGICAS? Quais?

- Colesterol
- Dependência Química
- Diabetes
- Distúrbios cardiovasculares
- Distúrbios circulatórios
- Dores no peito
- Dor de cabeça frequente
- Exaustão física
- Ganho ou perda de peso
- Gripes
- Hipertensão
- Infecções
- Náuseas
- Pés e mão frias
- Problemas de pele
- Problemas estomacais e digestivo
- Problemas sexuais
- Ranger dos dentes
- Sudorese
- Taquicardia
- Tensão muscular
- Tensão na mandíbula
- Viroses
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Nesse tempo em que você trabalha na UTI, percebeu algumas mudanças EMOCIONAIS? Quais?

- Agressividade
- Alienação
- Angústia
- Ansiedade
- Apatia
- Apreensão
- Baixa autoestima
- Cansaço
- Desesperança
- Dificuldade em concentração
- Dificuldade em ficar parado
- Dificuldade para tomar decisões

- Esquecimento
- Estresse
- Exaustão psicológica
- Fadiga
- Humor triste
- Insônia
- Irritabilidade
- Isolamento
- Medo
- Mudanças bruscas de humor
- Pânico
- Pensamentos de morte
- Pensamentos que algo ruim irá acontecer
- Perturbações mentais
- Perda de interesse por atividades
- Perda de interesse pelo trabalho
- Perda de interesse pela vida
- Pessimismo
- Preocupação excessiva
- Sentimento de culpa
- Sentimento de desamparo
- Sentimento de inutilidade
- Sentimento de vazio
- Sono em excesso
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Nesse tempo em que você trabalha na UTI, percebeu algumas mudanças SOCIAIS? Quais?

- Conflitos com os colegas
- Conflitos com a família
- Conflitos com os amigos
- Dificuldade em instituir relações afetivas
- Dificuldade em manter relações afetivas
- Isolamento social
- Perda de vontade de sair de casa
- Relacionamentos conturbados
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Quais foram os fatores que você considera relevante para a ocorrência das mudanças FISIOLÓGICAS, EMOCIONAIS E SOCIAIS?

- Ambiente de risco
- Baixa remuneração
- Clima tenso
- Cobranças
- Conflito de funções
- Dupla jornada de trabalho
- Falta de cooperação
- Falta de reconhecimento

- Frustração profissional
- Gerenciamento da unidade crítica
- Insatisfação no trabalho
- Insuficiência de recursos humanos
- Insuficiência de recursos materiais
- Mudanças tecnológicas
- Procedimentos de risco
- Relacionamento interpessoal conflituoso
- Rotina acelerada
- Vivencia com sofrimento, dor e morte
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) Como é o seu dia-a-dia hoje?

#### Alimentação

- Se alimenta nos horários certos
- Não tem horário fixo para comer
- Dá preferência a alimentos saudáveis como frutas/verduras/legumes/grãos
- Faz algum tipo de acompanhamento alimentar (dieta)
- Ingere muitos doces
- Ingere muitas massas
- Ingere muitas frituras
- Outros: \_\_\_\_\_

#### Exercícios

- Realiza caminhadas
- Realiza corrida
- Vai a academia
- Faz algum outro tipo de exercício físico

- Outros: \_\_\_\_\_

#### Hobbies

- Pratica esportes
- Sai com os amigos/família
- Lê livros/jornais ou outros
- Assiste TV
- Realiza viagens a passeio
- Outros: \_\_\_\_\_

#### Sono

- Sono tranquilo
- Sono agitado
- Dificuldade para adormecer
- Dificuldade para manter o sono durante a noite
- Insônia
- Sono em excesso
- Outros: \_\_\_\_\_

6) Hoje, o que você mudaria na sua vida para corrigir as mudanças que o trabalho na UTI proporcionou?

- Acompanhamento psicológico
- Exercícios físicos
- Dieta alimentar
- Lazer e Hobbies

- Técnicas de relaxamento
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7) Em que sentido o Psicólogo poderia ajudar a equipe profissional da UTI?

- Ensinar a observar o que está fazendo de errado no dia-a-dia
- Ensinar a mudar a forma de pensar e agir
- Ensinar a registrar os pensamentos, emoções e comportamentos para depois corrigi-los
- Escuta psicológica
- Realização de grupos de apoio
- Realização de técnicas de relaxamento
- Realização de técnicas de respiração para aliviar a ansiedade e estresse
- Realização de técnicas de enfrentamento e resolução dos problemas geradores do estresse
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8) Qual sua opinião sobre a inserção de um Psicólogo na UTI para auxiliar a equipe profissional?

---

---

---

---

---

Sinop / MT, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ estou sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa denominada **PROPOSTA TERAPÊUTICA PREVENTIVA JUNTO À EQUIPE PROFISSIONAL DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**, cujo objetivos é descrever como a Psicologia através de uma proposta terapêutica preventiva, pode contribuir com a saúde dos profissionais da unidade de terapia, e a justificativa para essa pesquisa é compreender como o psicólogo atuando no ambiente hospitalar, pode contribuir através de uma proposta terapêutica para a prevenção de vários fatores que levam ao adoecimento físico e psicológico dos profissionais da UTI que automaticamente ocasiona problemas no convívio social.

A minha participação na referida pesquisa será no sentido de colaborar com informações pessoais, através de um questionário que será aplicado para averiguação das mudanças físicas, emocionais e sociais ocasionadas após começar a trabalhar na UTI, como também os fatores que poderiam ter ocasionado essas mudanças.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada. Meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de alguma forma me identificar, será mantido em absoluto sigilo. Também estou ciente que posso me recusar a participar do estudo ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de justificção e que em nenhum momento sofrerei qualquer tipo de prejuízo caso me negue a continuar com a pesquisa.

A pesquisadora envolvida com a referida pesquisa é: Vanessa Viecelli Sateles, e com ela poderei manter contato pelo telefone (66) 99667-8386 (vivo).

Terei livre acesso as informações e esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa e suas consequências, durante e depois da minha participação. Enfim, após orientação sobre o referido teor desse documento, a compreensão da natureza da pesquisa e o objetivo, manifesto meu livre consentimento para participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Sinop / MT, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

---

**Colaborador (a)**

