

Psicologia em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência

Psychology in the intensive care unit: an experience report

Daniel Camilo Silva de Carvalho¹  <https://orcid.org/0009-0009-0513-2962>

Relato de Experiência

Como citar

Carvalho DCS. Psicologia em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência. Rev Científica Integrada 2026, 9(1):e202603. DOI: <https://doi.org/10.59464/2359-4632.2026.4110>.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Enviado em: 17/02/2026

Aceito em: 22/03/2026

¹Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Autor correspondente

Daniel Camilo Silva de Carvalho
Danielcamilo1912@gmail.com

Revista Científica Integrada (ISSN 2359-4632)

<https://revistas.unaerp.br/rci>

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência das principais práticas realizadas pelo psicólogo no contexto da Unidade de Terapia Intensiva e analisar seus impactos na dinâmica assistencial. **Métodos:** O estudo teve como eixo a prática profissional do psicólogo em uma UTI geral de um hospital particular no interior do estado de São Paulo, entre janeiro de 2024 e agosto de 2025. O psicólogo dispunha de uma prática sistematizada que o auxiliava em sua atuação hospitalar, registrando dados referentes à caracterização demográfica, à origem e ao motivo do encaminhamento, bem como às queixas apresentadas. Em seguida, eram realizadas, individualmente, entrevista e observação direta, escuta qualificada, acolhimento e orientações. **Relato da Experiência:** Com relação aos pacientes e familiares, foi possível iniciar e manter vínculos de confiança, validar as emoções, refletir sobre a função da UTI e promover a reformulação de pensamentos, auxiliando na tomada de decisões e contribuindo para a conscientização de diagnósticos, prognósticos e tratamentos. Quanto à atuação com colegas da equipe de saúde, observou-se que os profissionais demonstraram maior disponibilidade para analisar e compreender demandas relacionadas à saúde mental, adotando uma postura empática e distanciando-se de juízos de valor acrícos. **Conclusão:** A experiência interventiva evidenciou contribuições para a qualificação do cuidado ao promover acolhimento, vínculo e orientações do processo saúde-doença para pacientes, familiares e equipe.

Descritores: Psicologia Hospitalar. Intervenção Psicológica. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of the main practices carried out by the psychologist in the context of the Intensive Care Unit and to analyze their impacts on the care dynamics. **Methods:** The study focused on the professional practice of a psychologist in a general ICU of a private hospital in the interior of the state of São Paulo, between January 2024 and August 2025. The psychologist had a systematized practice that assisted in their hospital work, recording data regarding demographic characteristics, origin and reason for referral, as well as the complaints presented. Subsequently, individual interviews and direct observation, qualified listening, support, and guidance were carried out. **Experience Report:** With regard to patients and families, it was possible to initiate and maintain bonds of trust, validate emotions, reflect on the function of the ICU, and promote the reformulation of thoughts, assisting in decision-making and contributing to awareness of diagnoses, prognoses, and treatments. Regarding interaction with colleagues on the healthcare team, it was observed that professionals demonstrated greater willingness to analyze and understand demands related to mental health, adopting an empathetic stance and distancing themselves from uncritical value judgments. **Conclusion:** The intervention experience demonstrated contributions to improving the quality of care by promoting acceptance, bonding, and guidance on the health-disease process for patients, families, and the team.

Descriptors: Hospital psychology. Psychological intervention. Intensive care unit.

Introdução

Em 1950, Raul Briquet e Bety Gastenstay foram responsáveis por iniciar pesquisas em Psicologia Hospitalar. Desde então, a área seguiu em franco expansão. Todavia, somente em 2000, através da resolução 014/2000, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconhece a atuação do psicólogo em hospitais gerais como uma especialidade e, em 2007, através da Resolução nº 13, descreveu como foco a avaliação e o acompanhamento das manifestações psíquicas apresentadas por pacientes que se submetem a intervenções médicas, em diferentes setores intra-hospitalares, incluindo a Unidade de Terapia Intensiva.¹⁻²

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor destinado ao tratamento de pacientes que apresentam condições clinicamente graves e complexas, necessitando de monitoração e assistência médica e de enfermagem ininterrupta. O setor conta com equipe multidisciplinar a fim de garantir que o paciente seja assistido em seu âmbito físico, psicológico e social.³

O paciente internado em UTI vivencia situações ameaçadoras a sua saúde física e mental. Expõe-se a um ambiente considerado aversivo, desagradável, que lhe despertam respostas de medo, ansiedade e dor, somadas ao estado de privação de liberdade e perda de controle (parcial ou total) de sua autonomia. Os familiares também sofrem com a sensação de falta de controle, preocupações e estresse frente a internação do paciente em UTI, podendo apresentar reações de ansiedade, depressão, distúrbios do sono e transtorno de estresse pós-traumático. Quanto a equipe multidisciplinar atuante em UTI, a rotina exaustiva, permeada de responsabilidades em situações críticas e exposição a estressores diversos, são considerados fatores de risco para síndrome de *burnout*.³⁻⁶

A atuação da Psicologia em UTI é reconhecida pela literatura científica e por profissionais da área da saúde por sua capacidade de intervir no processo saúde-doença através dos aspectos psicológicos e emocionais, os quais evidenciam o sujeito em sua condição biopsicossocial.^{1,7}

Entretanto, no contexto da terapia intensiva, observa-se uma tendência da equipe multiprofissional em concentrar-se em práticas individualizadas, de caráter predominantemente curativo, fundamentadas no modelo biomédico; contrapondo-se aos pressupostos da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual preconiza que o cuidado deve ultrapassar a dimensão técnica, ampliando-se para o trabalho com relações, comunicação e vínculo.⁸⁻⁹

Neste cenário, considerando que, a dimensão psicológica e emocional tende a ser negligenciada em decorrência da ênfase organicista na UTI, torna-se relevante produzir e divulgar estudos que evidenciem a

atuação psicológica no cuidado. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência das principais práticas realizadas pelo psicólogo no contexto da Unidade de Terapia Intensiva e analisar seus impactos na dinâmica assistencial.¹⁰

Método

Trata-se de um trabalho descritivo, do tipo Relato de Experiência. Este tipo de produção visa reunir aspectos de uma vivência profissional, articular com referenciais teóricos-conceituais e promover uma narrativa científica que contribui para a disseminação do conhecimento. Trata-se de um desafio, uma produção científica legítima, em franco crescimento na pós-modernidade, como campo de pesquisas qualitativas que descrevem e compreendem fenômenos vivenciados em um tempo histórico. Assim, cada seção deste trabalho foi desenvolvida com base em orientações de procedimentos para a elaboração e sistematização de estudos do tipo Relatos de Experiência.¹¹⁻¹²

O estudo teve como eixo a prática profissional do psicólogo em uma UTI geral de um hospital particular no interior do estado de São Paulo, entre janeiro de 2024 e agosto de 2025, totalizando um período de 1 ano e 8 meses. De acordo com informações oficiais do município, a cidade contava com aproximadamente 25 hospitais, entre públicos e privados, e uma população estimada em cerca de 730 mil habitantes.

A instituição hospitalar dispunha de seis enfermarias, uma unidade de pronto atendimento, um centro cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. A referida UTI apresentava um modelo de cuidado humanizado, permitindo a permanência de um acompanhante por 24 horas, além de visitas com duração de uma hora no período da tarde. A unidade contava com 10 leitos e equipe multidisciplinar composta por: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, cirurgião-dentista (bucomaxilofacial), nutricionista, assistente social e psicólogo. A atuação do psicólogo ocorria em turno diurno, em regime de 36 horas semanais, sendo este o único profissional contratado para o exercício da função na UTI.

As atividades interventivas, referentes à sua vivência profissional, eram destinadas aos pacientes, familiares e membros da equipe. Os pacientes e familiares eram adultos, pertencentes a diversos sexo-gênero e grupos étnico-raciais, abrangendo, em sua minoria, usuários particulares e, em sua maioria, usuários de convênios, com perfil socioeconômico predominantemente de setores médios e altos.

Como recursos materiais para a intervenção, o psicólogo utilizou itens pessoais, tais como bloco de anotações, caneta e ficha de avaliação, cujas informações, posteriormente, eram registradas no prontuário multiprofissional, disponibilizado pelo hospital.

No âmbito da equipe multiprofissional, a atuação do psicólogo concentrou-se em reuniões diárias, conhecidas como passagem de plantão, com duração de 10 a 20 minutos, nas quais eram discutidos os casos presentes na unidade, planejadas intervenções e definidas condutas em conjunto. Como aspecto interventivo, realizou-se orientação e sensibilização para demandas de saúde mental presentes na UTI. Além disso, o psicólogo participava de reuniões mensais com equipe assistencial, coordenação e gerência, nas quais apresentava dados de produtividade do setor de psicologia e discutia sua atuação na UTI.

No que se refere aos pacientes e familiares, a atuação do psicólogo considerava, diariamente, a ordem das solicitações e os critérios de prioridade. As demandas eram encaminhadas por membros da equipe, coordenação e, uma parcela menor eram solicitações espontâneas de pacientes e familiares.

Assim, quando solicitado, o psicólogo dispunha de uma prática sistematizada que o auxiliava em sua atuação hospitalar, registrando dados referentes à caracterização demográfica, à origem e ao motivo do encaminhamento, bem como às queixas apresentadas. Em seguida, eram realizadas, individualmente, entrevista e observação direta, escuta qualificada, acolhimento e orientações. Durante o atendimento, realizava o exame do estado mental; coletava informações sobre a história de vida e o histórico de adoecimento; avaliava a comunicação do paciente com familiares e com a equipe de saúde; identificava alterações cognitivo-comportamentais relacionadas ao adoecimento; verificava o conhecimento do paciente sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento; e analisava os suportes sociais disponíveis. Posteriormente, registrava-se o tipo de atendimento realizado, as técnicas utilizadas e, se necessário, forneciam-se orientações à equipe para o manejo das necessidades psicológicas do paciente. Nos casos em que o acompanhamento se estendia por múltiplas intervenções, era possível compreender os impactos das ações psicológicas sobre o paciente e/ou família.

Durante a assistência a pacientes e familiares, a ferramenta teórico-prática adotada pelo psicólogo foi a análise de contingências, baseada nos princípios da Análise do Comportamento. Nessa perspectiva, o comportamento é entendido como a interação entre o organismo e seu ambiente, abrangendo respostas públicas (externamente observáveis) e privadas (pensamentos e sentimentos). Conforme proposto pela literatura científica, a análise se concentra em compreender funcionalmente o comportamento, por meio da coleta de dados, da seleção de comportamentos-alvo, da escolha e aplicação de intervenções, bem como de sua reformulação quando necessário.¹³⁻¹⁴

Dentre as principais intervenções destinadas aos pacientes e familiares, destacaram-se:

I. Análise de tríplice contingências: trata-se da discriminação de fatores ambientais e comportamentais envolvidos no processo. Então, identificava-se estímulos antecedentes, respostas (queixas) e estímulos consequentes (que fortaleciam e/ou podiam diminuir as ocorrências das respostas).^{13,20,14}

II. Técnicas de reforçamento (positivo e/ou social-verbal): o psicólogo, diante de comportamentos desejáveis, apresentava estímulos (na maioria, orais) que adquiriram função reforçadora, tornando possível nomear sentimentos, e validar emoções experienciadas no contexto de UTI.^{13,22,16}

III. Procedimento de modelagem e modelação: o primeiro refere-se a um procedimento de instalação de comportamento através da apresentação de consequências. Já o segundo, a aprendizagem por observação, podendo ocorrer com ou sem instrução oral.^{21,13,16}

IV. Técnicas de imitação e instrução oral: envolveu apresentação de comportamentos-modelo (oral e/ou gestual) de como o paciente ou familiar poderia agir, como por exemplo, treino para relaxamento muscular progressivo e treino de respiração. Através da instrução oral, também foi possível orientá-los quanto a rotina da UTI e retirar dúvidas sobre internação.^{22,16}

V. Ensaio comportamental e treino de habilidades sociais: refere-se à exposição do paciente/familiar a situação considerada aversiva, de modo que durante o atendimento, tornou-se possível incorporar papéis e analisar formas assertivas de se colocar, como por exemplo, em situações de comunicação de más notícias a outros familiares, incluindo óbitos.^{17,15}

VI. Educação comportamental em saúde: envolveu identificar os comportamentos-problema, auxiliar o paciente e familiares a compreendê-los, bem como orientar sobre a doença e o tratamento.¹⁸⁻¹⁹

VII. Autoconhecimento e treino de análise funcional: o psicólogo capacitou o paciente e familiares a identificar e compreender quais são as contingências (estímulos antecedentes, respostas e estímulos consequentes) envolvidas em suas queixas.^{13,20,17}

Cabe ressaltar que, para a escrita deste estudo, não foram considerados todos os atendimentos realizados em UTI. Foram incluídas apenas práticas que se alinhassem aos objetivos e procedimentos metodológicos deste trabalho, bem como correspondessem aos seguintes critérios: situações reconhecidas como demandas pertinentes à atuação do psicólogo e intervenções devidamente registradas no diário de campo, com anotações claras sobre as ações realizadas.

Também se torna pertinente evidenciar que o apontamento dos procedimentos analíticos-comportamentais descritos anteriormente, visou

demonstrar a fundamentação teórica que orientou suas intervenções em UTI, não se pretendendo, nesse relato, ampliar a descrição detalhada dos procedimentos nem especificar os métodos ou formas de aplicação.

Nesse sentido, considerando que a atuação do psicólogo não se reduz à mera aplicação de técnicas cristalizadas, se faz necessário ressaltar a dimensão crítica e reflexiva da prática profissional e, por isso, a discussão dos resultados foi orientada pelas Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) nos Serviços Hospitalares do SUS.²

Todas as intervenções realizadas na UTI seguiram os pressupostos estabelecidos pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo. A avaliação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) não se tornou necessária neste estudo, uma vez que se trata de um Relato de Experiência que enfatiza a vivência profissional do autor, sem expor participantes, casos clínicos ou instituição. Contudo, durante a elaboração do relato, foram adotados cuidados éticos redobrados, de modo a garantir o anonimato de todos os envolvidos, evitando descrições desnecessárias que pudessem infringir a confidencialidade.^{24, 23, 12}

Relato da Experiência

Observou-se que diversas situações de estresse, ansiedade e angústia, tanto em pacientes quanto em seus familiares, estavam frequentemente associadas ao desconhecimento da gravidade clínica real do caso e à generalização de crenças, como a ideia de que todo paciente encaminhado à UTI necessariamente morrerá. Nesses contextos, a atuação do psicólogo concentrou-se em iniciar e manter vínculos de confiança, validar as emoções, refletir sobre a função da UTI e promover a reformulação de pensamentos, auxiliando na tomada de decisões e contribuindo para a conscientização de diagnósticos, prognósticos e tratamentos.

Por exemplo, em situações envolvendo pacientes inconscientes, nas quais eram necessárias definir metas em conjunto com as famílias, o psicólogo promovia espaço para a expressão de emoções, abordando temáticas muitas vezes consideradas tabus, envolvendo morte, luto, autculpabilização, religiosidade e cuidados paliativos *versus* cuidados curativistas. Ao mesmo tempo, buscava-se sempre ressaltar comportamentos assertivos que poderiam ser adotados diante do processo saúde-doença.

Foi possível auxiliar pacientes e familiares na compreensão e adaptação à rotina, aos procedimentos e à função da UTI. Reiteradamente, após as intervenções, observava-se que pacientes e familiares conseguiam reconhecer seus repertórios comportamentais deficitários, o que os auxiliava no desenvolvimento de respostas mais adaptativas, tais como, respostas de contracontrole, que minimizavam os

impactos de estímulos estressores relacionados à internação.

Para a grande maioria dos internados, a UTI ainda era considerada um ambiente estressor; no entanto, conseguiram desenvolver comportamentos mais desejáveis para o manejo das situações aversivas, favorecendo maior adaptação emocional e psicológica ao contexto hospitalar e, muitas vezes, permitindo a aceitação de diagnósticos que lhes causavam sofrimento. Nesse contexto, alguns familiares estabeleceram limites pessoais, como o tempo disponível para permanecer na UTI, e alguns optaram por iniciar acompanhamento psicoterapêutico extra-hospitalar. Quanto aos pacientes, muitos adotaram estratégias de autorregulação, tais como a leitura de livros ou o uso de fones de ouvido para ouvir músicas relaxantes.

Observou-se, também, que alguns pacientes e familiares passaram a utilizar o humor como estratégia de enfrentamento, permitindo lidar de maneira mais leve e menos amedrontadora com a situação. Tal recurso mostrou-se associado ao reconhecimento da realidade vivenciada e à construção de expectativas mais realistas quanto ao tratamento e à recuperação. Ademais, muitos recorreram à reinterpretação positiva da experiência, reconhecendo a existência do problema e buscando identificar aprendizagens durante o processo de internação.

Quanto à atuação com colegas da equipe de saúde, observou-se que os profissionais demonstraram maior disponibilidade para analisar e compreender demandas relacionadas à saúde mental, adotando uma postura empática e distanciando-se de juízos de valor acrícos. Essa percepção fundamentou-se no fato de que passaram a encaminhar apenas demandas pertinentes a atuação do psicólogo, evitando situações inadequadas ou fora do escopo profissional; além de verbalizarem suas reflexões e considerações durante as discussões de equipe, evidenciando um engajamento mais consciente que corroborava no cuidado integral ao paciente.

Destaca-se, também, que a relação com a equipe intensivista possibilitou a criação de projetos, como a admissão dos familiares na unidade pela equipe de psicologia, enfermagem e serviço social, bem como a realização de treinamentos direcionados à equipe multiprofissional sobre temas em saúde mental.

Discussão

Torna-se pertinente analisar os resultados sob a perspectiva técnico-profissional especializada, considerando o âmbito ético-político, bem como abordando a atuação no contexto hospitalar e aspectos relativos à gestão neste ambiente.²

No que se refere à dimensão ético-política, a prática profissional seguiu os princípios baseado na ética

profissional do psicólogo para promover saúde e qualidade de vida, seguindo os valores da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Além disso, contribuiu para a ampliação de intervenções humanizadas na UTI, tais como por exemplo, aquelas voltadas à garantia de escuta qualificada, respeito à autonomia e consideração da singularidade dos sujeitos. Essas ações asseguraram, portanto, a realização de intervenções alinhadas aos princípios do cuidado humanizado em um contexto de saúde suplementar (setor privado), conforme preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da PNH.^{9,2, 25-27}

Deste modo, a interface entre a psicologia e a atenção hospitalar em UTI possibilitou ao psicólogo atuar de forma distinta do modelo clínico tradicional, contrapondo-se à lógica estritamente biomédica. A prática profissional do psicólogo permitiu evidenciar a importância dos aspectos emocionais, que são indissociáveis dos fenômenos biológicos e sociais. Tal atuação enfatizou, principalmente, intervenções psicológicas que auxiliaram nos processos de comunicação e mediação.

A literatura destaca a importância de que a atuação do psicólogo seja permeada por uma rotina estruturada, identificando e intervindo nas demandas, através de protocolos claros de atendimento, com registros psicológicos consistentes em prontuário, incluindo a avaliação do estado emocional, o tipo de intervenção realizada, as articulações com a equipe multiprofissional e familiares. Frente a isso, na experiência relatada, foi possível operacionalizar tais diretrizes no contexto da UTI, por meio da adoção de uma prática organizada e flexível, ajustada às especificidades institucionais, às demandas solicitadas e às dinâmicas da equipe.²

Observa-se que as intervenções realizadas junto aos pacientes, à equipe multiprofissional e aos familiares também repercutiram no âmbito da gestão em saúde, como preconizada pelo CFP. A atuação do psicólogo contribuiu para a sensibilização institucional quanto à necessidade de projetos estruturados, bem como para o reconhecimento e a valorização da psicologia na equipe da UTI, fortalecendo práticas voltadas ao cuidado integral.²

Este relato de experiência não objetivou a generalização dos resultados. As intervenções foram registradas de forma qualitativa, sem medidas

padronizadas e embora tenham sido acompanhadas por um período relativamente considerável, não permitiu análises de efeitos a longo prazo. Estes aspectos podem ser apontados como limitações do estudo, assim como o fato de que toda a análise, intervenção e produção de conhecimento científico foram realizadas por um único psicólogo do setor, o que pode ter influenciado a amplitude das observações e das decisões estratégicas tomadas durante o processo.

A experiência relatada foi potencializada por diversos fatores que contribuíram para seu enriquecimento e construção. Destacam-se o embasamento teórico-técnico adotado pelo psicólogo em sua atuação, aliado à abertura para vivenciar novas experiências e ao compromisso com a produção e socialização de conhecimento científico. Além disso, a receptividade por parte de pacientes, familiares e equipe multiprofissional permitiram que o impacto das intervenções do psicólogo fosse percebido e valorizado por eles e pela instituição.

Considerações finais

Este estudo permitiu descrever as principais práticas desenvolvidas pelo psicólogo no contexto da UTI, bem como analisar o impacto das intervenções na dinâmica assistencial do cuidado. Desta forma, a experiência interventiva evidenciou contribuições para a qualificação do cuidado ao promover acolhimento, vínculo e orientações do processo saúde-doença para pacientes, familiares e equipe. Observou-se que as intervenções contribuíram para a minimização de queixas relacionadas ao estresse e ansiedade, bem como auxiliaram no fortalecimento de estratégias de enfrentamento e maior adaptação ao contexto da UTI. Além disso, também foi possível favorecer a atuação mais integrada da equipe multiprofissional.

Por fim, sugere-se a realização de estudos, tanto de revisão bibliográfica quanto de campo (quantitativos e/ou qualitativos), que ampliem a investigação sobre o impacto das intervenções psicológicas em UTI. Além disso, recomenda-se a condução de pesquisas que consolidem estratégias de intervenção cientificamente fundamentadas para a atuação.

Referências

1. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP n.º 013/2007: Institui a consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2007.
2. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2019.
3. Araujo EA, Souza SC, Bezerra VMS. Emotional support in highly complex environments: the role of the psychologist in the intensive care unit (ICU). *Research, Society and Development*. 2025; 14(1):e6714148048. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i1.48048>
4. Asadi N, Salmani F. The experiences of the families of patients admitted to the intensive care unit. *BMC Nursing*. 2024; 23(1):430. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02103-8>

5. Lange S, et al. Resilience in family members of ICU patients: scoping review of the literature. *J Clin Med*. 2025;14(19):6794. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm14196794>
6. Sulistiyani S, Utami TFCT. Stress and coping mechanisms among families of critically ill patients in the intensive care unit. *Adult Health Nursing Journal*. 2024; 1(2):14-21. DOI: <https://doi.org/10.33650/ahnj.v1i2.11097>
7. Santos ZA, Techio EM. Between technique and affect in hospital psychologists. *Revista DCS*. 2025; 22(83):1-18. DOI: <https://doi.org/10.54899/dcs.v22i83.3457>
8. Azevedo MO, Gomes MLF, Cabral ROP, Mendez AV, Menezes GCMT, Sousa AC, et al. Between challenges and potential: the role of hospital psychology in humanizing care. *Revista de Gestão e Secretariado*. 2025; 16(12):1-14. DOI: <https://doi.org/10.7769/gesec.v16i12.5489>
9. Spotorno GA, Medeiros MRA. A política “Humaniza SUS”: análise e reflexões para sua efetividade. *New Science Publishers*. Editora Impacto. 2024. DOI: <https://doi.org/10.56238/I-CIMS-027>
10. Silva MEA, Leite FLS, Souza AC, Quental OB. Humanização na unidade de terapia intensiva: desafios e estratégias para melhorar o cuidado intensivo. *Rev Ibero-Am Humanidades Cienc Educ*. 2025;11(10):3173-3182. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i10.21600>
11. Antunes J, Torres CMG, Alves FC, Queiroz ZF de. Como escrever um relato de experiência de forma sistematizada? *Contribuições metodológicas. Práticas Educativas, Memórias e Oralidades*. 2024;6:e12517. DOI: <https://doi.org/10.47149/pemo.v6.e12517>
12. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*. 2021;17(48):60-77.
13. Giolo JCC, Teixeira NSN. *Análise do comportamento: conceitos e aplicações*. 1st ed. São Paulo: Freitas Bastos; 2025.
14. Guilhardi HJ. *Comportamentos do psicoterapeuta TCR: terapia por contingências de reforçamento*. 1st ed. Campinas (SP): Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento; 2024.
15. Silva GF, Sousa QCD. Hospital psychology in the cognitive-behavioral therapy (CBT) approach. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2025; 11(11). DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i11.21241>
16. Guilhardi HJ. *Objetivos, procedimentos psicoterapêuticos e atividades [manuscrito não publicado]*. Campinas, SP: Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento - ITCR; 2019. Disponível em: <https://es.scribd.com/document/438059559/Atividades-Psicoteraputicas-e-Procedimentos-Psicoteraputicos>. Acesso em: 01 out. 2025.
17. Santana FAL, Bolsoni-Silva AT, Oliveira JMC. Social skills training programs for university students in Brazil: rapid review. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2025; 26(3). DOI: <https://doi.org/10.5935/2318-040420250023>
18. Lopes Filho S. Prolonged hospitalization (PH) and its psychological impacts on patients in medical hospital clinics: bibliographic review. *Revista Egan*. 2026; 1(2):1-23. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19055457>
19. Sant’Anna GR, Santos AEM. Educação permanente em saúde aliada à Política Nacional de Humanização/SUS: relato de experiência no contexto hospitalar. *Revista de Educação, Pesquisa e Informação em Saúde*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.71209/repis.2023.1.e0111>
20. Costa CE, Banaco RA. The operant behavior in Skinner. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. 2025;16(2):59-73. DOI: <https://doi.org/10.18761/AB70CECRB>
21. Benvenuti MF, Bernardy JL, Toledo TN, Santiago J, Siqueira JO, Silveira PSP. The role of schedules of reinforcement in the experimental analysis of social behavior. *Perspectives on Behavior Science*. 2024; 47(4):717-738. doi: <https://doi.org/10.1007/s40614-024-00421-5>
22. Schoneberger T. Defining verbal behavior: two conflicting approaches. *The Analysis of Verbal Behavior*. 2025;41(1):117-149. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40616-025-00217-x>
23. Claro PCG, Farias MRD. The regulation of scientific research involving human beings in Brazil: what has changed for the Humanities and Social Sciences? *Revista DELOS*. 2025; 18(71):1-12. DOI: <https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n71-028>
24. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*. 2025; 333(1):71-74. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>
25. Oliveira NNR, Sousa TT, Alencar HV, Barbosa ES, Souza JCG. Atuação do psicólogo no acompanhamento de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva no Brasil. *Revista Contemporânea*. 2026;6(1):e10211. DOI: <https://doi.org/10.56083/rcv6n1-099>
26. Oliveira MIS, Silva JN, Lima ALS, Brito JCD, Saikoski R, Caioni NSS. Ambiente, acolhimento e conforto: humanização como estratégia terapêutica em UTIs. *Caderno Pedagógico*. 2026;23(1):e22630. DOI: <https://doi.org/10.54033/cadpedv23n1-004>
27. Salomão AMSB, Bomfim LS, Souza VP, Castro AADS. Comunicação eficaz na UTI: estratégias para melhorar a segurança e o cuidado do paciente. *Rev Multidiscip Integr*. 2026; 1(1). DOI: <https://doi.org/10.61164/2d1m5m30>

Contribuições do autor

Todos os autores foram responsáveis pela concepção, redação e aprovação da versão final do artigo.

Editor-chefe

José Cláudio Garcia Lira Neto

Assistente da revista

Maria Clarice dos Anjos Vieira

Copyright © 2026 Revista Científica Integrada.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que terceiros distribuam, remixem, modifiquem e desenvolvam seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe deem crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. Recomenda-se maximizar a divulgação e utilização de materiais licenciados.