

ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS RESIDENTES NA HOSPITALIZAÇÃO EM UTI PEDIÁTRICA EM CASO DE CRISE ASMÁTICA SEVERA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carina Da Silva Borges

Universidade Federal do Pará (UFPA) | Bragança, Pará, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3730-4721>

Ísis De Cássia Palheta Da Silva

Universidade Federal do Pará (UFPA) | Bragança, Pará, Brasil
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6350-8464>

Luciane Assunção Martins

Universidade Federal do Pará (UFPA) | Bragança, Pará, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4152-4746>

Steffanie Brito Cota

Universidade Federal do Pará (UFPA) | Bragança, Pará, Brasil
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7356-7786>

DOI - CAPÍTULO 03: 10.53524/lit.edt.978-65-84528-16-1/03

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a experiência de residentes de psicologia do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Pará, na atuação em UTI Pediátrica com criança em crise asmática severa. **MÉTODOS:** Este estudo foi desenvolvido em um hospital de referência no nordeste do Pará. O procedimento utilizado foi o relato de experiência, a partir da metodologia do Arco de Manguerez em suas 5 etapas como caminho para a discussão proposta. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A internação hospitalar em UTI pediátrica é caracterizada por diversos fatores psicológicos, tanto desencadeantes como decorrentes da enfermidade, discussão amplamente apresentada na literatura. A atuação dos profissionais de psicologia em equipe multiprofissional deve pautar-se pela comunicação clara e coerente com pacientes, de acordo com seu estágio de desenvolvimento, assim como com os cuidadores/responsáveis, considerando-os como sujeitos ativos. Este trabalho permitiu observar a educação em saúde como um artifício decisivo para o fomento da autonomia no processo saúde-doença e no cuidado compartilhado entre os níveis de atenção e os usuários que percorrem a rede. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Observa-se a importância do trabalho do psicólogo nesse contexto, principalmente na busca de construir uma ponte de diálogo entre equipe e família/paciente. **PALAVRAS CHAVE:** Psicologia da saúde; Humanização da assistência; Bem-estar da criança; Unidades de terapia intensiva;

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the experience of psychology residents from the Integral Attention in Women's and Children's Health Program at the Universidade Federal do Pará, working in a Pediatric ICU with a child with a severe asthmatic crisis. **METHODS:** This study was carried out in a referral hospital in the northeast of Pará. The procedure used was the experience report, based on the methodology of Arch of Manguerez in its 5 stages as a path for the proposed discussion. **RESULTS AND DISCUSSION:** Hospitalization in a pediatric ICU is characterized by several

psychological factors, both triggering and resulting from the disease, a discussion widely presented in the literature. The performance of psychology professionals in a multidisciplinary team should be guided by clear and coherent communication with patients, according to their stage of development, as well as with caregivers/guardians, considering them as active subjects. This work allowed us to observe health education as a decisive artifice for the promotion of autonomy in the health-disease process and in the attention shared between the levels of care as well as the users who travel through the network. **FINAL CONSIDERATIONS:** The importance of the psychologist's work in this context is observed, mainly in the search to build a bridge of dialogue between the health team and the family/patient.

KEYWORDS: Health psychology; Humanization assistance; Child Health; Intensive care units;

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido durante as atividades da residência multiprofissional em saúde, com ênfase em “Saúde da Mulher e da Criança” da Universidade Federal do Pará (UFPA), realizada em uma instituição de referência estadual na atenção materno-infantil. Essa atividade ocorreu no ano de 2022 e este relato de experiência propõe apresentar o processo de atuação da psicologia em serviços de Unidade de Terapia Intensiva – UTI pediátrica a partir de referenciais teóricos e intervenções que possibilitem sua operacionalização.

A Psicologia Hospitalar foi reconhecida como especialidade em 2001 e, atualmente, regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 13/2007. A atuação da psicologia no contexto hospitalar se orienta pela tríade paciente, família e equipe de saúde e com os princípios técnicos e teóricos da(o) Psicóloga(o). Nesse sentido, o principal objetivo do serviço de psicologia é oferecer suporte psicológico aos pacientes hospitalizados nas unidades de internação, além do apoio emocional aos familiares e acompanhantes, em busca de minimizar o sofrimento provocado pelo processo de hospitalização (MÄDER, 2016).

Este objetivo se desenvolve conjuntamente a demandas e características da equipe e da instituição, assim como os processos comunicacionais e psicológicos que também circulam neste meio. A inserção da psicologia na equipe multiprofissional dá-se, portanto, a partir de uma compreensão biopsicossocial do processo de adoecimento que tenta instaurar aberturas nos processos institucionais, normalmente focados de forma unilateral no saber biomédico (COPPUS; NETO, 2016).

Simonetti (2004) propõe que a atuação da Psicologia da Saúde no contexto Hospitalar seja compreendida a partir da mudança no paradigma que busca

identificar possíveis causas psicológicas das doenças para a percepção da subjetividade presente em toda e qualquer doença. Esta descrição propõe que a identidade profissional da psicologia no contexto hospitalar é construída como um conjunto de conhecimentos e fazeres sobre os processos de saúde-doença dos sujeitos (usuários, família, equipe) no âmbito subjetivo, contextual e relacional.

No contexto mais amplo, a Política Nacional de Humanização (PNH) insere-se nesta compreensão ao fornecer um rearranjo funcional do cuidado em saúde, através da construção de valores que estimulam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, através de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão. A política propõe a articulação de diferentes tecnologias de cuidados a fim de proporcionar um ambiente de trabalho e atenção que propiciem melhor qualidade e acolhimento às pessoas (BRASIL, 2013).

A atenção hospitalar também é alvo de discussão e debate no âmbito da Política Nacional de Humanização. A articulação entre as propostas da clínica ampliada, acolhimento e a cogestão têm sido descritas como essencial para a efetivação de uma transformação da realidade organizacional, com melhores resultados em termos de saúde, maior segurança e racionalidade. Neste sentido, o presente trabalho foi desenvolvido a partir de reflexões e diálogos entre as psicólogas residentes em saúde da mulher e da criança acerca de um caso clínico atendido na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-Ped).

2 MÉTODO

Este trabalho desenvolveu-se através de um relato de experiência, resultado da atuação de psicólogas residentes em Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança - UFPA, em Unidade de Terapia Intensiva - UTI Pediátrica, realizado no período de maio de 2022, em um hospital de alta e média complexidade da Região Atlântico Caetés no estado do Pará.

Para este estudo, foi utilizado como aporte metodológico o Arco de Manguerez, que se caracteriza por uma metodologia de problematização, a qual oportuniza uma reconstrução de conceitos e o compartilhamento de vivências (SILVA *et al.*, 2020). Este método além de observar os problemas que afetam o cotidiano dos sujeitos, com objetivo de encontrar soluções, parte do pressuposto

mediador entre a pessoa e a sociedade, propondo reflexões sobre as causas, consequências e significados da problemática (SILVA *et al.*, 2020).

O Arco de Manguerez é composto por cinco etapas, que são: Observação da Realidade, pontos chaves, teorização, hipótese e soluções e aplicação a realidade (SILVA *et al.*, 2020 p 45). Nesse sentido, o curso de residência em questão, busca a cada semestre, realizar um estudo de caso chamado “Caso Motivador”, que reúne os diversos núcleos formativos inseridos no programa, objetivando conhecer um caso clínico e propor soluções para esse, a partir da metodologia do Arco de Manguerez, possibilitando o ensino aprendizagem em equipe multiprofissional.

A problematização da realidade fundamenta um processo autêntico de educação e compreende os seres humanos sempre em relação com o mundo e os processos em curso. A própria realidade de ensino-aprendizagem, quando propõe a articulação entre teoria e prática é um desafio na realidade das Residências Multiprofissionais no Brasil, devendo ser fomentada por um processo de ação-reflexão-ação (MAROJA; ALMEIDA JÚNIOR; NORONHA, 2020; SILVA, 2021).

O exercício desta intervenção ocorreu, inicialmente, por meio de busca ativa no censo hospitalar dos pacientes internados em UTI pediátrica, com objetivo de realizar observação da realidade, com isso, foram realizadas visitas aos leitos das crianças internadas e seus responsáveis, preenchendo dados de questionário sociodemográfico e ofertando escuta qualificada para melhor observação da realidade. Após realização de visitas ao leito, buscou-se observar o prontuário eletrônico, o qual consta dados de internações anteriores com a descrição detalhada da situação do caso, possibilitando a reflexão dos pontos chaves e dos questionamentos a respeito das recorrentes internações da criança.

A partir disso realizou-se a terceira etapa do método, a teorização ocorre a partir da busca por conhecimento científico para auxiliar no entendimento dos pontos chaves. Sendo a próxima etapa de hipóteses de soluções, permite que possa ser elaborado criticamente possíveis soluções ou formas de intervir no problema em questão, esta etapa concretizou-se através de reuniões entre residentes de psicologia, que a partir das leituras de literaturas referentes a este contexto, puderam refletir criticamente sobre a atuação deste profissional nesse contexto e como seria possível realizar uma proposta de intervenção, partindo assim para a próxima etapa, de aplicação a realidade, o que nesse sentido, deu-se através da

intervenção com ênfase na proposta do jogo lúdico, do brinquedo terapêutico e do acolhimento humanizado a demanda apresentada.

Este estudo pretende descrever a experiência no atendimento de um paciente que apresentava demanda de crise asmática severa, com internações recorrentes. Para a escolha deste caso analisou-se fatores vinculados a aspectos de vulnerabilidade social relacionada ao contexto familiar, econômico, geográfico e de saúde.

A atuação das profissionais desenvolveu-se através de condutas humanizadas, com objetivo de validar a criança como sujeito no seu processo de adoecimento, assim como, enfatizar a importância da família e dos cuidadores como figuras chave no processo de tratamento. Nesse sentido, tais condutas referem-se à utilização de técnicas e procedimentos como: o jogo lúdico, brinquedo terapêutico, escuta especializada, interconsulta, atendimento integral a família e ações humanizadas com mobilização da equipe multiprofissional.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Este caso refere-se a uma criança em estágio do desenvolvimento pré-operatório, segundo Jean Piaget, fase do desenvolvimento marcada pelo processo de linguagem e sua função simbólica. A criança apresentou diagnóstico de crise asmática severa, definida como uma doença inflamatória crônica por hiperresponsividades das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. É uma condição multifatorial determinada pela interação de fatores genéticos e ambientais (BRASIL, 2010).

O paciente possuía, ainda, histórico de internações recorrentes em hospital de alta e média complexidade no nordeste no Pará. A instituição em questão localiza-se em uma longa distância com relação à residência do paciente, o qual tinha dificuldade de acesso à assistência médica em seu território situado em área rural distinta do município da instituição de referência.

Para observação do caso é importante ressaltar que embora a área rural se configure em um distrito que possui uma unidade básica de saúde, a distância entre o distrito e a sede do município pode ser um fator que influencia na assistência à saúde do local, pois, além disso, como agravante, as estradas e mananciais no

período do atendimento encontravam-se intrafegáveis e a cidade declarada em estado de calamidade pública.

No período de internação hospitalar, efetuou-se visita do serviço de psicologia, em UTI pediátrica, em que foi observada criança com intenso desconforto respiratório, astênico, choroso e com aparente dificuldade em receber aleitamento materno. Segundo Baldini e Krebs (2010), esta característica pode ser percebida também como forma de comunicar o estresse e a ansiedade, assim, com o desconforto respiratório, a criança sente dificuldade de utilizar a sucção para se acalmar.

Os fatores psíquicos, tanto desencadeantes como decorrentes da enfermidade são extensamente descritos na literatura. As abordagens atuais sobre o tratamento de crianças com asma têm enfatizado a importância de programas de educação sobre asma para pacientes e familiares com o objetivo de auxiliar pais e crianças a controlar melhor a doença, melhorando sua qualidade de vida (GOULART; SPERB, 2003).

Em outro momento da assistência psicológica com familiares, observou-se que diversos fatores que possivelmente contribuíam para o alto índice de internação, como: pouca informação e dificuldade de compreensão do diagnóstico, exposição a tabaco e fumaça, mudança climática e a estrutura do ambiente domiciliar.

Com relação a pouca informação e dificuldade de compreensão acerca do diagnóstico de asma e os aspectos relacionados à doença, a pesquisa realizada por Zhang L *et al* (2005), com pais de 87 crianças asmáticas com idades entre 29 dias e 10 anos revela que 61,6% dos pais relataram ter informações insuficientes sobre a doença e 96,6% não compreendiam o papel da inflamação das vias aéreas.

O estudo também demonstra que 71,3% das famílias tinham nebulizador em casa, porém 80,6% não dominavam a técnica de manuseio, tal desinformação sobre a origem e prognóstico da doença, pode dificultar a compreensão da necessidade do tratamento regular e da cronicidade da doença, o que podemos observar no relato dos familiares.

Foi identificado ainda que a criança dispunha de intensa exposição a tabaco e fumaça proveniente de queima de carvão vegetal, recurso utilizado para produção de alimentação diária. Assim, de acordo com os dados coletados por Zhang L *et al*. (2005), 65,5% dos pais não tinham consciência da importância do controle do

ambiente domiciliar, sendo que nesses casos a presença de fumantes era frequente nos domicílios das famílias pesquisadas.

Os resultados também demonstraram que 79,3% dos responsáveis observaram que a mudança climática e o resfriado são fatores desencadeantes de crises asmáticas em seus filhos. Nesse sentido, ressaltando as informações colhidas através da escuta a respeito do ambiente domiciliar e o clima da região em que residem, entende-se que essa intensa exposição a agentes alérgenos podem ser desencadeadores de crises e causa de recorrentes internações.

Além disso, outro fator importante e que também foi citado pela pesquisa de Zhang L *et al* (2005), é sobre a insuficiência de informações e trocas entre membros da equipe, o que dificulta a orientação da família com relação ao diagnóstico e prognóstico da doença. Dessa forma, observou-se uma interconsulta deficitária o que resultou na dificuldade de compreensão do diagnóstico pela família, entretanto, apesar de haver dificuldades nesse processo de comunicação entre a equipe de referência, constatou-se mobilização entre os profissionais residentes que possibilitou intervenções ativas e eficientes no caso exposto.

3.2 BREVE DESCRIÇÃO ACERCA DA HOSPITALIZAÇÃO EM UTI PEDIÁTRICA

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica pode ser caracterizada como a unidade hospitalar destinada ao atendimento em sistema de vigilância contínua a crianças com quadros graves ou de risco, potencialmente recuperáveis. Este setor envolve a utilização de recursos tecnológicos e medicamentosos, assim como tomadas de decisões mais complexas, ações rápidas e equipe de saúde habilitada para tais particularidades (HEMESATH; ROSSI, 2019; SANTOS; ALMEIDA; JUNIOR, 2012)

As UTIs são ambientes complexos, que movimentam toda a infraestrutura hospitalar e serviços de apoio, têm rotina própria e diversos estressores - físicos, ambientais, psicológicos e sociais. Elas possibilitam a sobrevivência e o restabelecimento da saúde de uma pessoa criticamente doente, mas também carregam a dimensão de ambiente estressante, de isolamento, ansiedade e de hiper estimulação sensorial (GUERRA; CHESANI; BOSSARDI, 2019).

Nas Referências Técnicas para atuação dos profissionais de psicologia nos serviços hospitalares do SUS (CFP, 2019), o Conselho Federal de Psicologia aborda as importantes contribuições das práticas psicológicas no âmbito hospitalar,

considerando que a dimensão subjetiva das pessoas assistidas em hospitais é um aspecto imprescindível durante o tratamento.

Desta forma, discutir humanização hospitalar, especialmente no contexto pediátrico torna-se relevante principalmente considerando que a hospitalização infanto-juvenil potencializa a ocorrência de estados de depressão, angústia e ansiedade. A experiência de internação hospitalar na infância, devido às suas características e rotinas muitas vezes rígidas e inflexíveis, pode ocasionar sentimentos negativos e afetar sensivelmente o estado emocional da criança hospitalizada, levando-a ao medo e a altas taxas de estresse (MENEZES, 2010).

Ao mesmo tempo, segundo Menezes (2013), a permanência no hospital também representa a possibilidade de receber os cuidados necessários para a manutenção da vida e, portanto, este ambiente também pode configurar-se como um contexto de desenvolvimento para a criança. É neste ponto que se abrem as possibilidades de atuação e inserção profissional da psicologia no contexto da UTI-pediátrica, onde pode atuar como facilitadora do processo de hospitalização, da comunicação e cuidado com as relações interpessoais que ocorrem neste espaço e do incentivo a autonomia das crianças e famílias no seu processo de cuidado.

3.3 INTERVENÇÕES DA PSICOLOGIA NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO EM UTI PEDIÁTRICA

A intervenção da Psicologia nesse contexto pode se dar de diferentes maneiras, e uma delas é o processo de educação em saúde. Este é processo dinâmico, no qual existe um diálogo horizontal entre profissionais e usuários, tornando-se um dispositivo flexível, acessível e construído em conjunto. Também se caracteriza pelo distanciamento de modelos no qual existe a sobreposição do saber formal e científico, para um modelo no qual determinantes e condicionantes de saúde são considerados, juntamente com às necessidades de um grupo social específico (BRASIL, 2007).

No caso em questão, a Unidade Básica de Saúde presente no distrito assumiria um papel de proporcionar ao usuário medidas como: visita frequente do Agente Comunitário de Saúde, onde o mesmo pode observar lacunas sanitárias e epidemiológicas; atividades em espaços de comum acesso aos moradores, com o objetivo de impulsionar a autonomia dos usuários, como a exemplo de ensinar o manuseio correto de instrumentos inalatórios; orientação acerca de fatores de risco

que podem estar presentes no ambiente e facilitar a compreensão de estratégias para enfrentamento em momentos de crise (BRASIL, 2010). No entanto, através da intervenção com familiares, observou-se uma lacuna na assistência no contexto de saúde primária.

Devido a sua abrangência, a educação em saúde, pode estar presente em todos os níveis e complexidades da rede, assim, no caso da asma, a educação dentro hospital se dá com o objetivo de que sejam adotadas medidas de prevenção terciária, as quais são aplicadas no tratamento da asma e que pretendem evitar crises graves e restringir o impacto da doença na rotina do asmático, assegurando-lhe um maior nível de qualidade de vida.

Cabe destacar que as orientações repassadas à família e paciente devem ser construídas levando em consideração o contexto em que estes estão inseridos. Neste caso, constatam-se dois condicionantes que impactam o estado de saúde da criança: a intensa exposição a tabaco e fumaça proveniente de queima de carvão vegetal para preparo de alimentos. Diante desta realidade, considera-se pouco efetivo apenas orientar a família a evitar a exposição a estes alérgenos, sendo necessário uma atuação em rede socioassistencial que proporcione os meios para a garantia de direitos, como por exemplo o acesso a um gás de cozinha. Essa medida, sendo articulada de forma intersetorial, pode ser efetiva para diminuir a ocorrência de crises desencadeadas pelo ambiente.

No que tange a hospitalização, dentre as estratégias e técnicas utilizadas para auxiliar as crianças internadas em UTI pediátrica, compreende-se a necessidade de inseri-las enquanto protagonistas do seu cuidado. Para isto, as informações acerca do diagnóstico e procedimentos devem ser fornecidas não apenas aos pais, como também às crianças.

No entanto, o fornecimento de informações deve acontecer através de uma postura responsável, que considere sua faixa etária e capacidade de compreensão no momento da hospitalização. Assim, para que possamos atuar com a criança em um contexto de hospitalização, é importante compreender em qual estágio do desenvolvimento ela se encontra, utilizando-se desse pressuposto, entende-se que o paciente, de acordo com a epistemologia genética de Jean Piaget, encontrava-se no estágio pré-operatório, que perpassa de 2 aos 7 anos de idade.

Pádua (2009), explica que nesse estágio do desenvolvimento, dá-se início ao pensamento com linguagem, quando a criança consegue dar significado ao objeto,

ocorre também o jogo simbólico, a imitação diferenciada, a imagem mental e as outras formas de função simbólica. Para o autor, nesta etapa a criança tem a capacidade de representar, ou seja, de pensar um objeto por meio de outro objeto, tal representação consiste em interiorizar as ações executadas no estágio anterior (PÁDUA, 2009).

Para Piletti, Rossato e Rossato (2018 p.138), neste período pré-operatório, a capacidade simbólica da criança é utilizada de maneira a substituir um objeto ou acontecimento por sua representação mental, conseguindo distinguir uma imagem, uma palavra ou um símbolo, daquilo que significam. Os autores descrevem ainda que a criança:

[...] pensa o ambiente, as situações ao redor com a utilização de símbolos, representando-os por meio da linguagem verbal, da imitação, do desenho, da dramatização, e etc. pode representar brincando, em que um galho seco se transforma numa varinha mágica, uma caixinha de fósforo num carrinho e ainda utilizar-se de brinquedos, de objetos, para expressar seus desejos, suas angústias. com a possibilidade dessas ações, a criança cria, recria, faz de conta, dá vida a seres inanimados, atribui características humanas a seres não humanos e utiliza-se cada vez mais de um amplo vocabulário (PILETTI; ROSSATO; ROSSATO, 2018, p.139).

É através da possibilidade de representar brincando, que podemos atuar com a criança nesse contexto, utilizando de recursos lúdicos para que ela possa dar significado às emoções que ocorrem no processo de hospitalização. Além disso, o jogo simbólico torna-se importante para que esta criança possa compreender sobre os procedimentos que serão utilizados durante a hospitalização.

Baldini e Krebs (2010) sinalizam que o brincar também se apresenta tanto como recurso terapêutico quanto recreativo. No primeiro caso, é possível que por meio do brincar a criança compreenda e integre em seu psiquismo seus sentimentos e troca de papéis, por exemplo, ao trocar o papel de paciente com o de médico, transforma sua situação de passiva a ativa. Com isso, a criança oferece “pistas” não só do que sente, mas do que é mais adequado para ela em determinado momento. Além disso, o brincar pode se apresentar com o objetivo de lazer, garantindo o direito e a necessidade infantil a ludicidade.

No ambiente hospitalar o uso de luvas, seringas, esparadrapo, entre outros materiais simples, pode ser utilizados na brincadeira como forma de estimular a imaginação e o processo de simbolização. Na UTI pediátrica o uso do brinquedo terapêutico configura-se em uma oportunidade de preparar a criança para os procedimentos que serão realizados durante a internação. Nesta a criança é

comumente submetida a procedimentos invasivos, como a punção venosa. Medeiros *et al.* (2009) expõem como esse procedimento se insere na dinâmica hospitalar e indicam que:

Vários estudos apontam que este é um momento estressante, por ser desconhecido, intrusivo e doloroso, sendo retratado como uma experiência desagradável, amedrontadora e traumática sobretudo para a criança pré-escolar, podendo aumentar significativamente o seu medo e a ansiedade, expressos por meio do choro, da raiva e agressões peculiares à idade, ocorrência vivenciada pelos pais com muito sofrimento e angústia (MEDEIROS *et al.*, 2009 p. 910)

Além da possibilidade da utilização de brinquedos, um outro recurso que poderá ser utilizado para facilitar o esclarecimento de sentimentos e pensamentos é o desenho, pois através dele a criança manifesta seus medos, angustias e tristezas, os quais nem sempre serão verbalizados. Ressalta-se que a criança precisa ter conhecimento do que irá ver e ouvir neste ambiente, e principalmente, o que poderá sentir. Dessa forma, é necessário haver uma abordagem honesta sobre o assunto da dor e dos procedimentos aos quais ela será submetida para que se estabeleça um vínculo de confiança e segurança na equipe.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo descrever a experiência de residentes do programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança do curso de Psicologia vinculados à Universidade Federal do Pará, sobre a sua atuação em UTI Pediátrica em casos de crise asmática severa.

Foi possível observar a importância da conduta que considera a criança como sujeito no seu processo de adoecimento, assim como a consideração da família e dos cuidadores como figuras chave no processo de tratamento, uma vez que a possibilidade de compreensão da doença crônica e os cuidados necessários atua como fator de empoderamento no processo de saúde-doença. Estes fatores contribuem para evitar o agravamento de episódios de crise e a hospitalização recorrente.

A principal limitação deste estudo deu-se pela dificuldade de comunicação de familiares com a equipe de referência, fator que obstou o repasse de informações a respeito da doença e a possibilidade de compreensão desta pela família. Assim, observa-se a importância do trabalho do psicólogo nesse contexto, pois este profissional auxilia nesta busca e repasses de informações de forma mais clara e

precisa, possibilitando assim, a realização de uma ponte entre equipe e família/paciente.

REFERÊNCIAS

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. Humanização em UTI Pediátrica e Neonatal: estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe. **São Paulo: Atheneu**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Doenças respiratórias crônicas**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em saúde diretrizes: Promoção da saúde elemento inseparável entre padrão de vida e bem estar**. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Brasília, 2007.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde: 1ª edição. Brasília, 2013

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. **Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas**: 1. ed. Brasília, 2019.

COPPUS, A. N. S.; NETTO, M. V. R. F. A inserção do psicanalista em uma unidade de tratamento intensivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, p. 88-100, 2016.

GOULART, C. M. T.; SPERB, T. M. Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online]. v. 16, n. 2. 2003.

GUERRA, C. M.; CHESANI, F. H.; BOSSARDI, C. N. Unidade de terapia intensiva pediátrica: visão da criança sobre o processo de internação. **Revista Univap**, v. 25, n. 48, p. 176-188, 2019.

HEMESATH, T. P.; ROSSI, E.P. Indicador assistencial de avaliação psicológica aos familiares de crianças em unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) nas primeiras 24h após a internação na unidade. **Clinical and biomedical research. Porto Alegre**, 2019.

MÄDER, B. J. Caderno de psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão—Curitiba: CRP-PR, 2016. 76 p. **Psicologia em diálogo**, 2016.

MAROJA, M. C. S.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; NORONHA, C.A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional TT - Challenges of a questioning education to health professionals in a multiprofessional residency program TT - Los desafíos de la forma. **Interface (Botucatu, Online)**, [S. l.], v. 24, p. e180616–180616, 2020.

MEDEIROS, G. *et al.* Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 909-915, 2009.

MENEZES, M. **A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização**, 2013.

PÁDUA, G. L. D. A epistemologia genética de Jean Piaget. **Revista FACEVV**, n. 2, p.22-35, 2009.

PILETTI, N.; ROSSATO, S. M; ROSSATO G. **Psicologia do desenvolvimento**. Editora Contexto. 1ª ed. São Paulo, 2018.

Resolução CFP 13/2007. Institui a Consolidação das Resoluções Relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e Dispõe Sobre Normas e Procedimentos Para Seu Registro. P. 21-22. Disponível em: http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2007_13.pdf.

SANTOS, S. J. DOS; ALMEIDA, S. A. DE; JÚNIOR, J. R. R. A atuação do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - ALAGOAS**, v.1, n.1, p.11–16. 2012.

SILVA, L. A. R. *et al.* O arco de Magueres como metodologia ativa na formação continuada em saúde. **Interfaces científicas**. v.8, n.3, p.41-54, 2020.

SILVA, J. I. M. *et al.* Estudo de casos em programa de residência: um relato de experiência. **HU Revista**, v. 47, p. 1-6, 2021.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ZHANG, L. *et al.* Conhecimento de pais de crianças asmáticas sobre a doença no momento da admissão a um serviço especializado. **Revista Assoc Med Bras**, Rio Grande - RS, 2005.