

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA¹

RODRIGUES, Kátia Regina Beal²

RESUMO

O campo da psicologia hospitalar tem crescido significativamente nas últimas décadas, constituindo-se de uma especialidade da psicologia, com cursos de especialização em várias áreas da saúde. Não obstante, ainda há obstáculos a serem contornados para delinear com maior precisão a área de atuação do psicólogo na equipe interdisciplinar, dentro da perspectiva de assistência integral e integrada. A atuação do psicólogo no hospital vem dar oportunidade para que mostre o que significa o percurso da vida: viver, adoecer, morrer. O psicólogo hospitalar tem em mente o aspecto humano, permitindo que o paciente tenha uma expressão livre de seus sentimentos, medos, desejos e que tenha, acima de tudo, o controle de sua vida e, portanto, podendo participar de tudo o que lhe acontece, sem minimizar os dados acerca da situação do paciente. O psicólogo hospitalar deve tratar a dor do paciente como se fosse única, proporcionando uma elaboração do processo do adoecimento e colocando-se à disposição do paciente e seus familiares. O presente artigo aborda, em linhas gerais, os principais pontos a serem considerados em relação à atuação do Psicólogo da Saúde em Unidades de Terapia Intensiva. Traz uma série de considerações sobre o histórico e avanço dessa área de atenção à saúde humana, e busca estabelecer interface entre a visão biopsicossocial da pessoa internada na UTI e a importância da atenção integral a esta em um momento tão crítico de sua existência.

Palavras-Chave: Psicologia da Saúde e Hospitalar, Psicólogo Hospitalar, Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The field of hospital psychology has grown significantly in the last decades, consisting of a specialty of psychology, with courses of specialization in some areas of the health. Not obstinate, still they find obstacles to be contouring to delineate with bigger precision the area of performance of the psychologist in the team to interdisciplinary, inside of the perspective of integral and integrated assistance. The performance of the psychologist in the hospital comes to give to the chance and elaboration of that it means the passage of the life: to live, to adducers, to die. The hospital psychologist has in mind the human aspect, allowing that the patient has a free expression of its feelings, fears, desires and that it has, above of everything,

the control of its life and, therefore, being able to participate of that it happens to it, not to minimize the data concerning the situation of the patient. The hospital psychologist must deal with pain the patient as if she was only providing an elaboration of the process of the illness and placing it the disposal of the patient and its familiar ones.

The present article approaches, in general lines, the main points to be considered in relation to the performance of the Psychologist of the Health in Centers of Intensive Therapy. It brings a series of considerations on the description and advance of this area of attention to the health human being, e searches to establish interface enters the biopsicossocial vision of the interned person in the C.T.I. and the importance of the integral attention to this at a so critical moment of its existence.

Key-words: Health and Hospital Psychology, Hospital Psychologist, Center of Intensive Therapy.

¹ Este trabalho resulta do relatório de estágio supervisionado em Psicologia da Saúde e Hospitalar, realizado na UTI do Hospital Presbiteriano Dr. Gordon (Hospital Evangélico) de Rio Verde – GO, desenvolvido pela autora, apresentado em Dezembro de 2006, sob a orientação e supervisão do Professor Mestre Joel Marcos Spadoni.

²Psicóloga Clínica – CRP 09/5096. Consultório Particular UNICLÍNICA - Rua Rosulino Ferreira Guimarães, 868 – Centro – Rio Verde – GO. Instrutora SENAC e SENA AIRES.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva é um recurso hospitalar destinado ao tratamento de graves enfermidades. O paciente que está na UTI recebe um tratamento especial pelas suas condições, e por toda a demanda de cuidados que lhe são propostos pela terapia intensiva.

A terapia intensiva é uma especialidade voltada completamente a este paciente, que não está internado somente por um comprometimento específico, mas um comprometimento sistêmico, em todo o seu organismo.

O cuidado com o paciente que se encontra na UTI é único entre as especialidades da medicina. Enquanto outras especialidades estreitam o foco de conhecimento e interesse para um particular tipo de terapia, ou um particular grupo de idades, a medicina intensiva é dirigida a pacientes com ampla variedade de patologias, cujo denominador comum é a extrema severidade da doença ou o risco de desenvolvimento de complicações da doença. Até mesmo o risco de vida.

A Unidade de Terapia Intensiva tem, então, o propósito de conter as complicações em pacientes críticos através de um tratamento de cuidados intensivos.

1.1 A Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva é uma unidade do hospital onde estão concentrados os recursos humanos e materiais necessários ao adequado atendimento aos pacientes, cujo estado clínico exige cuidados médicos e de enfermagem constantes, especializados e ininterruptos. Seu objetivo principal é restabelecer, nestes doentes considerados graves, o funcionamento de um ou vários sistemas orgânicos, gravemente alterados, até que a patologia que motivou a internação seja adequadamente compensada ou até que os parâmetros fisiológicos atinjam níveis aceitáveis.

Segundo Di Biaggi (2002), existem critérios para a admissão de pacientes na UTI, tais como: pacientes para os quais a probabilidade de sobrevida sem tratamento intensivo é pequena, porém com o tratamento intensivo é grande; pacientes que não estão gravemente enfermos, mas que possuem um alto risco de se tornarem, porque há a necessidade de cuidados intensivos para prevenir graves complicações ou tratá-las; pacientes com pequena probabilidade de sobrevida apesar dos recursos disponíveis na UTI.

Ao mesmo tempo em que favorece as possibilidades de recuperação orgânica, a UTI traz toda uma gama de situações, que atuam como desestabilizadores para o equilíbrio

psicológico, incluindo alterações psicológicas e psiquiátricas, também desencadeadas por situações ambientais.

Segundo Angerami-Camon (1994), as características da UTI com a rotina de trabalho, as situações de morte iminente, somados à dimensão individual do sofrimento da pessoa internada, tais como a dor, o medo, a ansiedade, o isolamento do mundo, trazem vários fatores psicológicos que interatuam de maneira grave na enfermidade que a pessoa possui.

Nos dias atuais, as UTIs existentes, de modo geral, são locais onde se internam doentes graves que ainda têm um prognóstico favorável para viver. Nesse local, são atendidos casos de pessoas que se encontram em uma situação limite (entre a vida e a morte) e necessitam de recursos técnicos e humanos especializados para sua recuperação. São espaços não muito grandes, com divisões internas semelhantes: sala onde ficam os pacientes, recepção, sala de reunião, quartos de descanso dos profissionais, banheiro e copa. Eles são reconhecidos e legitimados pelos médicos como um ambiente onde são utilizadas técnicas e procedimentos sofisticados para reverter distúrbios que colocam em risco vidas humanas.

No início, segundo Oliveira (2000), as UTIs eram reservadas a pacientes com infarto agudo; depois, com a criação de equipamentos mais sofisticados, passou-se a cuidar também de pacientes portadores de insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, hemorragia digestiva alta, em estado de coma, estado de choque e diversas outras situações igualmente graves.

Os profissionais que ali trabalham são altamente especializados e recebem treinamentos especiais. Nas UTIs, podem ser encontrados profissionais com diferentes formações: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogos. Certo é que, em poucos locais se encontra uma equipe de trabalho formada com todos esses profissionais.

No momento da ida para a UTI, começa a se evidenciar a rotina dessa unidade hospitalar. A primeira ação normalmente a ser realizada é a da “perda” das roupas, caso ainda não tenham sido retiradas em outra unidade. Esse processo inicial de internação remete a outras perdas, como a da saúde e a dos “direitos”. Outros procedimentos, da competência da equipe, também podem ser observados, tais como colher dados a respeito da doença, verificar o estado clínico de quem está sendo atendido, guardar os pertences pessoais. Além disso, encontram-se cuidados especiais, como a colocação de roupas da unidade, a escolha do leito apropriado e todo um aparato higiênico no que diz respeito a banhos e desinfecção. Aos familiares, são dadas instruções específicas. Isso tudo normalmente ocorre em um curto

espaço de tempo e com muita rapidez. O ritual de preenchimento de formulários aumenta o clima de capitulação pessoal.

A UTI é um lugar isolado, separado por uma porta, onde se pode ler: “entrada permitida somente para pessoas autorizadas”. Lá, o tempo torna-se uma incerteza, e, às vezes, nesses locais, não existe nem mesmo relógio para orientar os pacientes. Geralmente está localizado no último andar do hospital geral ou de uma casa de saúde. Os ruídos dos aparelhos utilizados são intensos e irreconhecíveis pelo senso comum. As janelas são fechadas e a luz é artificial. A temperatura é constante, mantida por ar condicionado. No ar, odor de remédio ou desinfetante.

Internado nesse local, o doente torna-se um paciente, uma pessoa resignada aos cuidados médicos, que deve esperar serenamente a melhora de sua doença. Esse paciente perde sua identidade, transforma-se em número, em um caso clínico, deixa de ser responsável por si mesmo, sua doença e vida. O paciente é vulnerável, submisso e dependente.

Para o paciente e seus familiares, esses procedimentos são assustadores e invasivos, considerando a UTI um lugar frio, impessoal e mecanizado, visto por muitas pessoas até mesmo como sinônimo de morte. Entre a casa e a UTI há, assim, divergências, como a falta de cumplicidade que é imposta, mas também ocorrem convergências, como a busca de ajuda que é dedicada ao paciente. Ao que parece, a equipe acredita que as emoções interferem negativamente no tratamento. Algumas vezes até pode ser, mas não se tem tal preceito como absoluto. Talvez o que se tenta mesmo é fugir do confronto com a morte. Relacionar-se com uma pessoa que está muito doente é difícil. É mais fácil lidar de forma abstrata com a doença de um determinado leito. Nem informações sobre o estilo de vida do paciente e circunstâncias psicossociais são registradas nos prontuários.

Aos poucos, a equipe intensivista impõe ao novo doente e seus familiares um “modo de ser paciente”. Uma outra estratégia é utilizada: trata-se das informações dadas aos familiares sobre o estado clínico do paciente. Nem sempre essas informações são claras, pois os médicos utilizam termos técnicos em seus boletins. Mesmo assim, são satisfações oferecidas a respeito de um ente querido, que está sendo cuidado por uma equipe que vai apresentando sua competência. Uma relação de confiança precisa, então, ser estabelecida para que o papel do paciente internado e obediente seja aceito.

Na UTI as tensões são constantes. Os profissionais, ao perceberem que os outros de que estão tratando são seres humanos como eles, parecem experimentar uma vivência de extrema angústia. Vivem ali algo que parece ser pior que a morte e que, freqüentemente, não se leva em consideração. É difícil defrontar-se com pacientes de fraldas, imobilizados, com

aparelhos, chorando, despertos, conscientes ou não de seu estado clínico, além de outras situações constrangedoras. Constatase que, para os profissionais, essa experiência também é revestida de dificuldades. Cuidar de alguém e, efetivamente, aproximar-se dessa pessoa, faz com que da experiência da morte do próximo, surja a consciência do que seja morrer.

Vale observar que muitos dos que vivenciaram a experiência desse tipo de internação sobreviveram por haver algo mais além de aparelhos e tecnologia. Talvez, o desejo de continuarem vivos. Por outro lado, há também que se pensar na opção que alguns pacientes fazem pela morte. A princípio, pode-se considerar que essa escolha não existiria e, inevitavelmente, ninguém desejaria, de antemão, morrer. No entanto, alguns pacientes, em número cada vez menor, passam a olhar a morte com aceitação e, mesmo, serenidade. No entanto, há toda uma luta contra a morte, na UTI, ocasionando verdadeiros embates.

É interessante perceber que a UTI é mantida pela comunhão dos objetivos (salvar vidas), solidariedade, existência de um adversário comum (a doença) e formação de equipe para combater o mal. Até os uniformes dos médicos e profissionais de saúde são iguais: roupa branca, azul ou verde. Nesse ambiente fechado, a atuação da equipe caracteriza-se pelo trabalho em conjunto. Frequentemente ouve-se nessa unidade: “todos são importantes”. A busca da melhora do paciente une os integrantes do setor. As desavenças ficam para depois, ou são “esquecidas”. A urgência e a necessidade de vencer a doença não propiciam tempo para se pensar em questões que não são nobres, a não ser salvar vidas. A idéia de conjunto de pessoas, todas importantes, para salvar vidas, é fundamental, mas a glória individual de um médico não é eliminada e isso pode ser observado. Assustando a alguns, o objetivo maior desses profissionais, de vencer as doenças e prolongar vidas, provoca desequilíbrio.

Esse desequilíbrio pode surgir em decorrência da onipotência. Mas se a morte é inerente à espécie humana, e os indivíduos recusam-na, conseguindo prolongar a vida por muito mais do que o esperado. Segue-se a essa constatação uma série de paradoxos: tão perto da morte, profissionais e pacientes, cada vez mais a ignoram. Lutando pela espécie, os profissionais afirmam sua individualidade.

No território da UTI, de tantos desequilíbrios, incertezas e paradoxos, facilmente se passa da luta pela vida à morte resignada (e vice-versa); do desafio que se impõe ao risco de continuar vivo, ao medo de morrer (e vice-versa). Nada é permanente, sendo um espaço ambíguo, onde se procura controlar, através mesmo da negação e isolamento, o imprevisível. Na UTI se esconde e se denuncia: o paciente que morre, o seqüelado, o que ficou em coma, o profissional que não consegue fazer o diagnóstico não salva sempre, é impotente e onipotente.

Vale ainda evidenciar que, mesmo havendo pontos em comum entre as UTIs, como a presença dos respiradores e a ausência de relógio, cada uma tem sua particularidade e termos específicos para a sua rotina. Esses fatos fazem com que se pense na singularidade de cada espaço construído: espaço social e individual.

Conforme Oliveira (2000), no espaço da UTI, alguns controles são feitos em relação à temperatura ambiente (baixa e constante), à luminosidade (sempre a mesma, seja dia ou noite), aos ruídos das máquinas e à contaminação. Uma imagem que surge é a de um útero. Ali a pessoa pode viver de novo. Passa por um ambiente parecido com o útero materno onde, a princípio, o ambiente provê as necessidades. Mas o (re)nascimento exige que a “pessoa-bebê” respire por si mesma e que, nas vias do desejo, (re)viva.

Quando uma pessoa é internada em uma UTI, torna-se impotente, incapaz de efetuar uma ação para alívio de sua dor, sede, fome, movimentos como andar, mover-se na cama, falar e até mesmo respirar.

Oliveira (2000) acrescenta que uma primeira vivência de satisfação do bebê será encontrada no registro da necessidade; geralmente a fome será saciada com o alimento oferecido. Em se tratando de seres humanos, no entanto, essa experiência, apesar de ocorrer em um registro orgânico, inscreve-se no nível do aparelho psíquico. A partir de então, cada demanda do bebê vincular-se-á com o traço de lembranças deixado por essa primeira experiência.

Essa explicação, segundo Oliveira (2000), foi elaborada por Freud e faz com que se pense no conceito de realidade psíquica. Vale lembrar que o bebê também pode realizar seu desejo através de uma alucinação, assim como o paciente, através de sua capacidade de pensar, pode manter um controle diante da situação pela qual está passando. No entanto, tanto a alucinação do bebê, como o pensamento do paciente não são suficientes para satisfazer suas necessidades. O bebê dispõe de suas manifestações corporais para anunciar a tensão em que se encontra e precisa do outro para aliviar seu estado de privação. O paciente pode reclamar da comida, água, calor, falta de ar, entre outras coisas, solicitando aportes reais de que carece para acalmá-lo. Os dois, além da satisfação de suas necessidades, dependerão da “mão” que dá o que eles solicitam. Os procedimentos necessários à vida do paciente (dieta, oxigênio, medicação, exames, posição, cuidados higiênicos e assim segue), assim como os cuidados com o bebê, como já foi escrito, inscrevem-se no nível do aparelho psíquico. Nos dois casos, não basta saciar a necessidade, porque existe uma demanda, que é demanda de amor.

O paciente, quando internado na UTI, por vezes, sofre perdas violentas, tanto fisicamente quanto no nível de sua singularidade e subjetividade. Perde suas garantias, não

sabe como será sua vida depois, tem medo de ser um fardo para a família, de perder o emprego. Fica bastante frágil, desamparado e se encontra em um período difícil. Muitas vezes, precisa (re)significar sua vida, precisa (re)aprender a respirar sozinho. De alguma forma, vivencia a experiência de renunciar aos seus investimentos. Ele ficará afastado da família, amigos, trabalho e lazer. A rotina de sua vida será alterada, passará por um estado de privação, isolamento, entregue aos outros, aos profissionais de saúde.

A forma como cada um vai lidar com essa renúncia e privação, provavelmente, estará relacionada à sua história de vida. Como alguns pacientes conseguem suportar tanta privação? Por que outros esbravejam e até fogem da UTI? Por que outros preferem a morte? Alguns, por fim, terminam perguntando sobre si, sua história, seu vazio, e, ao viverem de novo, podem descobrir que, ao respirarem sozinhos, são responsáveis tanto por sua história passada como pela que virá.

1.2 Os Aspectos Psicológicos evidenciados na UTI

Di Biaggi (2002) considera a possível ruptura entre a normalidade psíquica anterior e a provável alteração pós-internação em UTI. O autor considera que quando uma pessoa adoece gravemente, algo em seu sentimento de inviolabilidade se rompe, constituindo um estreitamento de horizonte pessoal, uma ruptura em muitas das suas ligações com o seu meio, sua vida real e uma distorção do seu relacionamento com os demais, frente a esta nova condição. Corpo físico e referenciais emocionais estão frágeis. A internação em uma UTI invariavelmente se associa a uma situação de grande risco. Em termos psíquicos e emocionais mobilizam-se sentimentos extremos como o medo insuportável, manifestações de ansiedade como a agitação psicomotora, ou a grave depressão. O clima da UTI, por características bastante específicas, acentua sensações e sentimentos de desvinculação, ressentimento, desamparo.

Angerami-Camon (1994) coloca que os fatores psicológicos devem ser observados durante o período de internação, tais como: agitação, depressão, anorexia, insônia e perda do discernimento. A *agitação* refere-se ao reflexo orgânico somado à ansiedade, aumento da pressão arterial, dificuldades circulatórias e baixa resistência à dor. Isso pode dificultar até mesmo a absorção de alguns medicamentos; a *depressão* é a instância final do quadro psíquico evolutivo do enfermo, onde seus mecanismos de defesa, como a negação, racionalização e a projeção vêm-se falidos, apresentando uma apatia à vida e à persistência

de fantasias mórbidas, muitas vezes evoluindo a morte; a *anorexia* é o estado em que a pessoa torna-se de difícil contato e passa a reclamar e solicitar a todos o tempo todo. A cama é ruim, reclama da comida, da enfermagem, do médico; a *insônia* é a dificuldade de dormir porque o sono, para alguns pacientes, pode estar associado à morte e à *perda do discernimento* que pode ocorrer porque a UTI é um ambiente artificial, sem luz do dia e sem alterações significativas de rotina. Por essa razão a pessoa perde a noção de tempo e espaço.

1.3 Atuação do Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva

Os objetivos do psicólogo no hospital, bem como na UTI, é trabalhar com o paciente, com a família e com a própria equipe de saúde.

Segundo Angerami-Camon (1994), o sofrimento físico e emocional do paciente precisa ser entendido como coisa única, pois os dois aspectos que o constituem interferem um sobre o outro, criando um círculo vicioso onde a dor aumenta a tensão e o medo que, por sua vez, exacerbam a atenção do paciente à própria dor que, aumentada, gera mais tensão e medo.

“Essa compreensão ajuda o psicólogo a quebrar esse círculo vicioso de forma a tentar resgatar, junto com o paciente, um caminho de saída para o sofrimento onde, de um lado, as manobras médicas, medicamentos, exames, introdução de aparelhos intra e extracorpóreos vão se somar às do psicólogo, que favorece a manifestação dos medos e fantasias do paciente, estimula sua participação no tratamento, ouve e pondera sobre questões que o afligem” (ANGERAMI-CAMON, 1994, p.31).

A família também é um fator importante no processo da internação. A família está fora da UTI esperando por notícias do paciente. Angustiada e sofredora, sente-se impotente, e ao mesmo tempo, desorientada pela doença. A família, portanto, também precisa do psicólogo porque é a fonte de motivação do paciente para lutar contra a doença.

A pessoa que está internada não tem como foco principal a atenção primária, porque a preocupação da equipe de saúde nesse momento é garantir a vida. Mas o trabalho do psicólogo, na UTI, é importante porque este faz um preparo para que as limitações advindas da doença não tragam à pessoa sentimentos de inutilidade para si e para o mundo.

O atendimento multidisciplinar¹, na UTI, é de primordial importância, uma vez que os profissionais estão envolvidos no atendimento a esse paciente, que se encontra no momento mais frágil de sua vida.

Angerami-Camon (1994) acrescenta que, tanto o paciente quanto o cirurgião, devem ser providos de um representante pessoal, o psicólogo, cujas funções seriam, de um lado,

¹ A visão multidisciplinar enfoca o paciente visto através de várias especialidades que constituem na integração

dos serviços de saúde voltados para o paciente e sua família.

representar o paciente que, com seu estado mental e físico afetado, não tem condições para representar a si mesmo, e, por outro lado, o cirurgião, que nem sempre consegue ser tão útil quanto gostaria no lidar com os medos e fantasias do paciente em relação ao que vai acontecer. O representante seria alguém que nada faria ao paciente, como cortar ou suturar, caso contrário, também, ele se veria obrigado a esconder ou reprimir seus sentimentos e angústias. É o que se entende como “privilegio” do psicólogo no hospital, na medida em que ele não representa ameaça.

O autor acredita que essa ponte tem grande importância porque possibilita desenvolver dois sentimentos imprescindíveis para o bom prognóstico emocional da relação do indivíduo com a cirurgia e o processo de internação e recuperação que são a confiança e a autorização.

1.4 Objetivos a serem alcançados na Unidade de Terapia Intensiva pelo Psicólogo Hospitalar

Di Biaggi (2002) relata alguns dos objetivos a serem alcançados pelo psicólogo hospitalar na UTI, tais como: trabalhar terapeuticamente a relação emocional do paciente com a sua doença e/ou momento de crise pela necessidade de permanência na UTI para o tratamento; orientar o paciente durante o processo de internação, avaliando o quadro psíquico e intercorrências emocionais; favorecer a expressão não verbal do paciente entubado ou sem possibilidade de comunicação verbal, através de técnicas adaptativas à situação, aliviando o estresse, sempre com caráter preventivo em saúde mental; favorecer a expressão de sentimentos e emoções dos pacientes, sobre seu tratamento e sobre sua experiência e vivência na UTI, ambiente psicopatológico por excelência e mobilizador de conflitos; ampliar, através de técnicas psicológicas, a consciência adaptativa do doente frente ao ambiente estressor, levando em conta o caráter deste paciente e seus recursos internos de enfrentamento; estimular a equipe a perceber suas dificuldades em lidar com situações críticas, atuando em momentos paralisantes ou de grande angústia, com suporte psicológico, visando ao fortalecimento do profissional; acompanhar e preparar psicologicamente os familiares de pacientes em situações críticas como pré-óbitos ou morte súbita, morte encefálica, comas, e impacto de eventos traumáticos; estimular pacientes comatosos com ações especiais, visando a ampliar as possibilidades humanizadoras, frente às condições inóspitas vividas por estes pacientes, até a superficialização de consciência, o que se traduz em cuidado intensivo e

afetivo aos momentaneamente incapacitados de reações observáveis; prevenir a saúde mental de familiares que apresentam reações neurovegetativa na UTI, próprias do ambiente crítico, tais como: desmaios, perdas de equilíbrio, sudoreses, quedas de pressão, surtos psicóticos, reações histéricas, frente à emoção de ver seu familiar internado na UTI, através de entrevistas e atendimentos anteriores à entrada na UTI; realizar acompanhamento psicológico de familiares, oferecendo condições para expressão de dúvidas, fantasias, falsos conceitos em relação à doença e à necessidade de permanência do paciente na UTI; desenvolver atividades de estudo e pesquisa em bioética, principalmente, na Unidade de Terapia Intensiva; promover a humanização da tarefa do intensivismo, melhorando a qualidade de vida do paciente, da família e equipe de saúde; desenvolver atividades didáticas com os estagiários das áreas da saúde na UTI, graduandos e formados, com internos e residentes médicos e outros profissionais de saúde, atuando de forma integrada, colaborando para uma visão global do paciente e contribuir para um maior entendimento por parte da equipe de saúde, de forma multidisciplinar, dos comportamentos e situações de alto grau de estresse para o paciente, familiares e equipe de saúde.

Di Biaggi (2002) coloca ainda que o atendimento deve ser realizado através da Psicoterapia Breve². Observou-se que as respostas às experiências traumáticas são de importância fundamental na prática da saúde psicológica. Amplia-se a hipótese que intervenções preventivas aumentam a contribuição para além da dinâmica intrapsíquica, principalmente em situações de crise. A Psicoterapia Breve é extremamente eficiente em situações de crise ou de emergência. Crises e tensões comuns à vida da maioria dos seres humanos produzem uma demanda urgente e de intervenção rápidas. Uma intervenção rápida é eficaz e sempre solicitada em acontecimentos catastróficos. A Psicoterapia Breve é eficaz para um ambiente como a UTI. Segundo Di Biaggi (2002), a Psicoterapia Breve é identificada com um método de tratamento para sintomas ou desajustamentos que exigem o alívio mais rápido possível, por causa da capacidade que estes sintomas psíquicos têm de levar a ameaça de vida.

A Psicoterapia Breve visa elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação na mais ampla escala possível, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de adaptação e enfrentamento. Apresenta-se como uma técnica que não reformula o indivíduo, mas o ampara de fora para dentro. O sentido da terapia breve é solução de problemas, em que o fundamental é a motivação e a utilização de técnicas de aprendizagem, para fortalecimento da auto-estima e uma maior tolerância do paciente.

²Psicoterapia breve é um método de terapia que busca obter uma melhora da qualidade de vida a curto prazo, escolhendo um determinado problema mais premente e focando os esforços na sua resolução.

2. METODOLOGIA

2.1 Estudo de Campo

O presente trabalho foi realizado na UTI do Hospital Presbiteriano Dr. Gordon, de Rio Verde – GO, como parte das atividades realizadas no Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde e Hospitalar, tendo como objetivos principais exercer a reflexão de sentimentos para com a equipe de enfermagem da UTI, paciente e família; compreender os estressores que envolvem o profissional de saúde intensivista; elaborar as necessidades mais urgentes do profissional intensivista; e trabalhar as relações existentes na UTI de forma multi e interdisciplinar³.

2.2 Intervenções

Em um primeiro momento foi estabelecido o *rappor*⁴ com a equipe, que se mostrou gentil e receptiva ao nosso trabalho. A atenção estende-se aos pacientes estabelecendo contatos verbais e táteis, situando-os na esfera têmporo-espacial.

Não identificamos resistências da equipe, e após o estabelecimento de vínculos, foi possível elaborar algumas questões relacionadas ao trabalho intensivista.

A atuação do psicólogo hospitalar na UTI é de fundamental importância tanto para a equipe, como para pacientes e familiares. Para a equipe, por precisar trabalhar algumas questões referentes ao distanciamento de determinados sentimentos e emoções para concluir suas funções, ficando assim para o profissional de psicologia as intermediações entre médico/equipe de enfermagem/paciente/família, sendo o facilitador dos sentimentos que estão latentes e são manifestos pelo aparente distanciamento por parte da equipe, e da apatia ou desespero do paciente.

O profissional de enfermagem é o elo entre o médico e a família, é ele que no manejo dos cuidados corporais e das medicações, faz o papel de compreender e minimizar o sofrimento emocional e corporal dos pacientes.

³ A equipe é formada por vários profissionais ocupando-se de sua área específica, mas também se preocupando com o que acontece paralelamente, de forma que o tratamento seja global, integrativo e interativo, sendo fundamental a troca de informações.

⁴Termo em inglês, utilizado em alguns meios terapêuticos para designar o relacionamento paciente-profissional. O ideal é que exista um bom *rappor*t, ou seja, confiança, respeito, simpatia e cooperação de ambas as partes.

A equipe de enfermagem possui um grande potencial para com os cuidados físicos, porém fica claro que não possui e não tem condições para a minimização do sofrimento emocional que envolve um paciente acamado, fragilizado por pensamentos e necessidades que não são corporais.

Observa-se que se faz necessário identificar anseios, angústias e dificuldades da unidade familiar em relação à doença e ao seu tratamento; a família apresenta uma escuta seletiva, o que torna ainda mais sensível a transmissão de informações, pois a emoção apresenta-se bastante abalada.

O trabalho do psicólogo é de fundamental importância para o resgate do equilíbrio perdido pela doença com a internação na UTI, tanto para o paciente como para a família. A interdisciplinaridade deixa transparente o papel de cada profissional diante das dificuldades e exigências nesta situação de emergência, amenizando e dividindo a dor do paciente e de seus familiares.

As intervenções com os pacientes foram feitas de forma sistemática, tanto para os que estavam em coma tanto para os que estavam em estados conscientes, trabalhando principalmente a localização no tempo e no espaço como também a reestruturação psicológica na busca da compreensão da doença e aceitação para melhoramento do estado geral.

Diante da diversidade de problemas, as atitudes facilitadoras citadas por Angerami-Camon (2002), a consideração, a compreensão e a empatia foram as mais utilizadas. Atitudes que possibilitam o reconhecimento do outro enquanto paciente e a sua perda de autonomia diante da situação em que se encontra.

O exercício da empatia refere-se a estar diante de uma situação de impotência vivida pelo doente, em que o olhar e o tato tornam-se ferramentas poderosíssimas, e a congruência que se torna uma elaboração do paciente e do interventor.

Essas atitudes são tão marcantes que se observam agradecimentos constantes, mostrando o quanto o paciente diante de um gesto de compreensão torna-se aceito, compreendido.

3. DISCUSSÃO

A vida, a doença e até mesmo a morte constituem-se como aspectos que devem ser considerados de forma multi e interdisciplinar na UTI. E como tal, devem ser estruturados e tratados por diferentes profissionais: médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas entre outros profissionais de saúde.

A saúde implica a doença, bem como esta implica aquela. A morte, então, também numa perspectiva dialética, coexiste com a vida; logo, coexiste com a doença.

Numa visão mecanicista e cartesiana, há a crença de que a técnica e a ciência dariam conta de todos os males, inclusive da morte. A medicina, como ciência cartesiana, desenvolve toda uma tecnologia a fim de lutar para que o ideal cartesiano de supressão de todos os males se efetive.

A psicologia que não exerce a cura, no sentido de Descartes, e sim o cuidado, no sentido de Heidegger, não se preocupa com a tecnologia, mas sim com o humano. Importa ao psicólogo o sentido dado por aquele que está doente, bem como o de seus familiares, à doença, à vida e à possibilidade do morrer.

Nossa atuação na UTI baseou-se no sentido de tornar claro o que significa o percurso da vida: viver, adoecer, morrer. Buscamos ter em mente o aspecto humano, permitindo que o paciente tivesse uma expressão livre de seus sentimentos, medos, desejos e que se sentisse, acima de tudo, dono de sua vida e, portanto, podendo participar de tudo que lhe acontecesse; não minimizando os dados acerca da situação do paciente. Procuramos cuidar de falar aquilo que pode ouvir e a seu modo; tratando a doença como algo inerente àquele indivíduo em determinado momento; respeitando as diferenças individuais, fazendo de cada relação uma situação singular; colocando-se à disposição do paciente e seus familiares, bem como estabelecendo um trabalho com as famílias no horário da visita.

A partir daí, atuamos na função de interlocutor, buscando estabelecer um equilíbrio nas relações entre os profissionais e profissionais, profissionais e pacientes, profissionais e familiares, familiares e pacientes. Na relação com o paciente, procuramos ser observadores atentos, estabelecendo um diálogo como fator de cuidado e uma escuta atenta da fala do paciente; deixando clara a necessidade de refletir sobre o significado do adoecer e mobilizando recursos próprios de cada paciente para o seu processo de reestabelecimento. Na relação com os familiares, sabendo-se que o desajuste do grupo familiar é algo freqüente como decorrência do surgimento da doença, objetivamos apoiar psicologicamente os membros da família, dando-lhes atenção, bem como as informações pertinentes, realizando

intervenções no ato da internação para obter dados referentes ao paciente e a seus familiares; informando sobre a doença, a importância da alimentação, da higiene e da relação com o paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além da competência técnica, o psicólogo precisa refinar-se como instrumento de trabalho, ampliando recursos de comunicação que propiciem a melhora substancial da qualidade do seu relacionamento com o paciente, com a família e com a equipe de saúde. O psicólogo precisa entender como vive o paciente para que o ato terapêutico exerça-se em toda a sua plenitude. A base do relacionamento é o encontro entre a pessoa do profissional e a pessoa do cliente, no contexto em que realiza o atendimento.

A Psicologia Hospitalar tem como objetivo principal, portanto, a minimização do sofrimento causado pela hospitalização e as seqüelas e decorrências emocionais dessa hospitalização, pois é notória a evidência cada vez maior de que muitas patologias têm seu quadro clínico agravado a partir de complicações emocionais do paciente, daí a importância da atuação do psicólogo no hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI-CAMON, W. A. (org.), **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.

ANGERAMI-CAMON, W. A. (org.), **E a Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 2003.

ANGERAMI-CAMON, W. A. (org.), **Psicologia da Saúde: Um Novo Significado para a Prática Clínica**: Pioneira, 2002.

ANGERAMI-CAMON, W. A. (org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

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

OLIVEIRA, E. C. N. **Viver é resistir: a singularidade da saúde a partir das práticas nos C.T.I.s.** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Psicologia, 2002.