UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

WALTER LISBOA OLIVEIRA

**Investigação psicológica de pacientes
em Unidade de Terapia Intensiva**

São Paulo

2011

WALTER LISBOA OLIVEIRA

**Investigação psicológica de pacientes
em Unidade de Terapia Intensiva**

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues.

São Paulo

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Oliveira, Walter Lisboa.

Investigação psicológica de pacientes em unidade de terapia intensiva / Walter Lisboa Oliveira; orientador Avelino Luiz Rodrigues. -- São Paulo, 2011.

190 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia da saúde 2. Psicologia clínica 3. Psicanálise 4. Medicina psicossomática 5. Unidade de terapia intensiva I. Título.

RA776.9

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Walter Lisboa Oliveira

Título: Investigação psicológica em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição_____Assinatura_____

DEDICATÓRIA

A todos meus amigos e familiares, em especial, meus pais,
Luiz Hermínio e Maria de Fátima, e minha namorada Thaina Schwan
pelo apoio incondicional durante essa jornada.

AGRADECIMENTOS

A meus pais Luiz Hermínio de Aguiar Oliveira e Maria de Fátima Lisboa Oliveira, pelo inestimável apoio e carinho, imprescindíveis para o sucesso deste trabalho;

A meus irmãos Luiz e Vitor, que apesar da distância, sempre se fizeram presentes ajudando-me tanto neste trabalho, quanto em outras situações da minha vida.

À minha namorada Thaina Schwan, pelo carinho em todos os momentos dessa difícil jornada e pela compreensão do meu distanciamento físico na fase de conclusão do mestrado;

A meu orientador, Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, pelas preciosas orientações, incentivo à minha formação profissional e decisivo apoio tanto do ponto de vista acadêmico quanto da solidariedade humana revelada nesta árdua caminhada.

À Profa. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos pelo acolhimento carinhoso e estímulo ao desenvolvimento deste trabalho;

À Clarice Guimarães, por todo cuidado e dedicação durante minhas atividades no Hospital Universitário, sobretudo na fase inicial do trabalho.

À Profa. Dra. Lílian Sharovsky e Profa. Dra. Leila Tardivo por suas valiosas contribuições ao desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao Prof. Dr. Paulo André da Silva por sua disponibilidade e dedicação em discutir esta pesquisa, apresentando autores e opiniões, que me ajudaram a ver a ciência de uma forma mais crítica.

A meus amigos que deram valiosa colaboração durante o desenvolvimento do meu trabalho, Rebeca de Cássia, Jorge Costa, Ronaldo Lopes Coelho.

Aos meus amigos dos laboratórios CHRONOS-USP e SuCor que contribuíram de forma significativa para o êxito deste trabalho.

A meus colegas e professores da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em especial à Professora Nilza Maciel Oliveira, por acreditar neste sonho, ajudando-me na elaboração do projeto e às Professoras Patrícia Furuta e Adriana Haberkorn, por suas importantes opiniões e contribuições para o aprimoramento do mesmo.

À Professora do curso de especialização em Psicoterapia Breve Operacionalizada, Ileuza Maria Santana, pelo apoio e incentivo à carreira acadêmica.

A todos meus amigos aracajuanos, residentes em São Paulo pelas alegrias e conforto emocional que têm me proporcionado aqui nesta cidade: Carlos Hermínio, Ana Paula Lima, Arthur Maia, Eduardo Araújo, Fábio Teles, Flávio Ryan, Jorge Batalha, José Victor, Lécio Bourbon, Marina Vahle, Pablo Carranza, Roberto Gomes, Thaisa Aragão, Vânia Lourenço, Vinícius Schwan e Thaiana Santana.

À psicóloga Mia Olsen de Almeida por ter proporcionado o imprescindível equilíbrio para levar avante essa missão, sempre expressando boa vontade e carinho para comigo.

A todos meus familiares pelo apoio e carinho manifestados ao longo dessa jornada, em especial aos meus avós Luiz Alves (in memorian) e Maria Hermínia (in memorian), Walter Lisboa (in memorian) e Helena Maria Franco, minha tia avó Beltiz Franco (in memorian), meus tios Carlos Hermínio e Eline Franco, Eugênio Hermínio e Carla Quiroga, Manuel Hermínio e Sandra Pereira, José Paulino, José Teles e Antônia Rosa, sobretudo quando das suas visitas a São Paulo e constante apoio.

À Universidade de São Paulo, em especial ao Instituto de Psicologia e ao Hospital Universitário, pelas condições oferecidas para realização deste trabalho.

Aos funcionários da USP, em especial da Pós-Graduação, Secretaria de Psicologia Clínica e Biblioteca, pela paciência e disponibilidade em ajudar.

Aos profissionais do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, da UTI, especial o Dr. Francisco Garcia Soriano, por terem valorizado essa pesquisa e prestado importante colaboração para a sua concretização.

Aos meus professores do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, em especial meus orientadores ao longo da minha vida acadêmica, grandes incentivadores e responsáveis pelos primeiros passos deste caminho que venho percorrendo: Célia Vieira, Cybele Ramalho, Daniel Coelho, Marcus Eugênio, Maria Benedita, Ricardo Barreto e Sheila Barboza.

À CAPES pelo apoio financeiro fundamental para a realização deste curso de pós-graduação.

A todos os pacientes e participantes da pesquisa, essenciais ao seu desenvolvimento, por compartilharem suas histórias e experiências de vida, revelando aspectos íntimos de sua existência, acreditando e dando significado ao nosso trabalho.

RESUMO

Oliveira, W. L. (2001). *Investigação psicológica de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A partir da experiência clínica com pacientes em UTI, foi realizada uma pesquisa que teve como objetivo compreender a experiência subjetiva destes, considerando o ser humano como ser biopsicossocial, levando em conta não só a enfermidade orgânica ou suas condições clínicas, mas também seus aspectos psicológicos, sua história, percepções, angústias, medos e fantasias. Os participantes selecionados tinham mais de 18 anos de idade, estavam aptos para se comunicar adequadamente - sem o impedimento de lesões ou equipamentos - e, segundo a equipe de enfermagem, possuíam condições clínicas que permitiam a participação no estudo. O método de pesquisa foi o clínico-qualitativo e, dessa forma, a coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-dirigidas, com tempo médio de trinta minutos, que aconteceram no leito de UTI, preservando a postura psicanalítica de escuta e acolhimento. Antes de sua realização, foi utilizada a escala mini-mental para verificar o nível de consciência. As entrevistas foram transcritas e a partir da leitura destas, emergiram algumas categorias, que foram analisadas. A análise das entrevistas revelou uma percepção ambivalente da UTI. Ao mesmo tempo em que é um local de elevada sofisticação tecnológica, o que lhes transmite segurança, é também um espaço de contato com suas próprias limitações. A análise revelou ainda ser este, um momento de dificuldade para muitos dos pacientes, por conta da existência de feridas narcísicas, vivência de castração, desamparo, distância da família, angústia de morte, entre outros. Tal momento, no entanto, dependendo de suas crenças ou histórias de vida, além de difícil, é também comumente visto por eles como um período de reflexão sobre sua existência e até mesmo de amadurecimento.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Psicologia Clínica, Psicanálise, Medicina Psicossomática, Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

OLIVEIRA, W. L. (2001). Psychological Investigation of Intensive Care Unit patients. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

From clinical experience with ICU patients, a survey was conducted aiming to understand their subjective experience, considering the human being as a biopsychosocial being, taking into account not only the organic disease or clinical conditions, but also his psychological aspects, history, perceptions, anxieties, fears and fantasies. The selected participants were 18 or more years old and able to communicate properly - without injuries or equipment - and, according to the nursing staff, had medical conditions that allowed the participation in the research. The research method was the clinical-qualitative one, and thus the data collection was obtained by semi-directed interviews with an average of thirty minutes performed in the ICU bed, preserving the psychoanalytic approach of listening and reception. Before its completion, the minimal scale was used to assess the level of consciousness. The interviews were transcribed and from their reading, some categories emerged, that were analyzed. This analysis revealed an ambivalent perception of the ICU. While it is a place of high technological sophistication, which gives safety to them, it is also an area of contact with their own limitations. The analysis also revealed that this is a time of difficulty for many patients because of the existence of narcissistic wounds, experience of castration, helplessness, distance from family, fear of death, among others. This moment, however, depending on their beliefs or life stories, besides difficult, it is also commonly seen by them as a period of reflection on their lives and even on their personal growth.

Keywords: Health Care Psychology, Clinical Psychology, Psychoanalysis, Psychosomatic Medicine, Intensive Care Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Percentual de itens do levantamento bibliográfico sobre o termo UTI-CTI em JUL/2011	44
Tabela 1 – Caracterização dos participantes	78

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychological Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRP	Conselho Regional de Psicologia
ESQ	Environmental Stressor Questionnaire
HC	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
HU	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
MMSE	Mini-mental state examination
OMS	Organização Mundial da Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

PALAVRAS INICIAIS	15
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 A compreensão do mundo, do homem e das relações entre mente e corpo ao longo da história.....	18
1.2 O surgimento do hospital	32
1.3 A Unidade de Terapia Intensiva - UTI	33
1.4 A inserção da Psicologia no ambiente hospitalar.....	36
2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	43
2.1 Equipe.....	44
2.2 Humanização, bioética e tanatologia	47
2.3 Família	52
2.4 A experiência do paciente.....	54
2.5 Ampliando o conhecimento acerca da realidade do paciente	59
3 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	64
3.1 Objetivo geral.....	64
4.2 Objetivos específicos	64
4 MÉTODO	66
4.1 Considerações Epistemológicas	66
4.2 Participantes	67
4.2.3 Critérios de Inclusão	67
4.2.4 Sobre a seleção dos participantes.....	68
4.2.5 Amostragem	69
4.2.6 O ambiente natural	69
4.3 Instrumentos e Procedimentos.....	70
4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	73
4.5 Análise dos dados.....	73
5 RESULTADOS	77

5.1 Apresentação dos participantes	79
5.1.1 Antônio, 64 anos	79
5.1.2 Bernadete, 70 anos.....	81
5.1.3 Carlos, 52 anos.....	83
5.1.4 Denise, 50 anos	85
5.1.5 Eduardo, 77 anos.....	87
5.1.6 Fernando, 60 anos.....	89
5.1.7 Geovana, 70 anos.....	90
5.1.8 Heitor, 57 anos	92
5.1.9 Inácio, 64 anos.	94
5.1.10 Janaína, 84 anos	96
5.1.11 Kassandra, 52 anos	97
5.1.12 Luciana, 22 anos.....	99
5.1.13 Mário, 76 anos	101
5.1.14 Nelson, 18 anos.....	103
5.1.15 Otávio, 75 anos.....	105
5.1.16 Pedro, 28 anos	107
5.1.17 Quirino, 85 anos.....	109
5.1.18 Raquel, 71 anos.....	111
6 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	114
6.1 Sobre a entrevista	115
6.2 O hospital, a UTI e sua equipe.....	118
6.3 Feridas Narcísicas	128
6.4 Vivências de castração e desamparo	137
6.5 O contato com a morte.....	143
6.6 - Família e meio social	147
6.7 <i>Coping</i> , religiosidade e o sentido da experiência em UTI	153
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS.....	166

PALAVRAS INICIAIS

O interesse em pesquisar a realidade psíquica do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu a partir da minha experiência neste espaço hospitalar durante um curso de especialização em Psicologia Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Visando aprofundar o entendimento sobre a vivência psíquica de pacientes em UTI, realizou-se, naquela ocasião, um levantamento bibliográfico preliminar, constatando que apesar de diversos pesquisadores já terem explorando este tema, suas contribuições na área da Psicologia focavam principalmente as questões relacionadas aos familiares de pacientes e aos profissionais das equipes multiprofissionais que trabalham na UTI, deixando muitas vezes fora da investigação o principal elemento do processo terapêutico: o paciente. Esta constatação reforçou o meu interesse em aprofundar o estudo acerca da experiência psíquica destes pacientes, buscando ouvi-los em uma postura de acolhimento, além de uma escuta que permitisse alcançar e compreender estas vivências e o sentido da experiência, para assim contribuir com o saber que vem se constituindo na Psicologia Clínica, a partir da Psicologia Hospitalar e da Saúde, mais especificamente na atuação em Unidades de Terapia Intensiva. Dessa forma, ouvindo o que os pacientes tinham a dizer, enquanto estavam na UTI, acredito poder contribuir para um melhor entendimento de aspectos da realidade psíquica destes, objetivando, consequentemente oferecer subsídios para melhorar o atendimento a essas pessoas e uma contribuição para a humanização deste tipo de atendimento hospitalar.

A pesquisa orienta-se por uma metodologia de pesquisa qualitativa, mais especificamente o método clínico-qualitativo apresentado por Turato (2008), fazendo uso, portanto, de entrevistas e diários de campo para estudar a realidade encontrada na UTI. O método foi pensado buscando considerar o sujeito em sua totalidade biopsicossocial, tal como descrito por Engel (1977 apud Kaplan & Coogan, 2007), que rejeitou o paradigma dominante de um corpo visto como uma máquina, propondo um modelo mais abrangente, no qual o ser humano é visto a partir de três diferentes perspectivas: física, psicológica e sociocultural. Da mesma forma, tal abordagem considera ainda a perspectiva reforçada em 1978, no artigo primeiro da Declaração de

Alma-Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978) por conta da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, através da qual a saúde é enfatizada como um bem-estar físico, mental e social e não mais simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.

Além disso, o método qualitativo mostra-se adequado para estudar fenômenos subjetivos como a angústia, o medo e a fantasia, conforme será discutido ao longo desta dissertação. Segundo Turato (2004), é muito comum que essa mesma reflexão não seja feita quando é utilizado um método quantitativo, apesar de esse método também fazer referência a uma forma de compreender os sujeitos e o mundo que o cerca. Dessa forma, para uma melhor compreensão do método e dos objetivos desta pesquisa, situaremos a noção de sujeito aqui adotada, assim como o tipo de conhecimento que almejamos alcançar ao longo desta pesquisa. Com esse intuito, discutiremos primeiramente a compreensão que o homem teve de si ao longo dos anos e em seguida situaremos em que contexto a pesquisa se localiza. Mais adiante focaremos no surgimento do hospital e de que maneira a Psicologia se inseriu no campo da saúde e mais especificamente dentro do hospital. Foi realizado também um levantamento bibliográfico no banco de dados *Scielo* e em alguns bancos de dados internacionais, conforme será mais discutido adiante, com o objetivo de conhecer um pouco mais o panorama no qual se insere nossa pesquisa, para com isso, termos subsídios para a análise e discussão dos dados.

Após essas reflexões, julgamos pertinente discutir o método utilizado, detalhando itens importantes como os critérios de inclusão, os instrumentos, a amostra, os procedimentos utilizados, entre outros. Finalmente, apresentaremos alguns resultados obtidos, apresentando depoimentos dos pacientes entrevistados e procurando fazer uma interlocução com outras pesquisas.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A compreensão do mundo, do homem e das relações entre mente e corpo ao longo da história

Nas últimas décadas, a medicina empreendeu grandes avanços, como se pode observar através do elevado grau de sofisticação de técnicas de diagnóstico e de tratamento, os quais tem contribuído significativamente para uma melhoria da qualidade de vida do doente. No entanto, os pacientes levam ao hospital mais do que sua doença. Trazem características que lhes são próprias, oriundas de sua realidade sócio-econômico-cultural e mais do que perder a saúde, muitas vezes perdem sua identidade. É prática comum no ato da hospitalização, para facilitar o manejo dos enfermos, dispô-los, uniformizados, em leitos e quartos numerados, passando a ser um doente entre muitos (Rocco, 2010). E nessas condições, é comum que no adoecimento se potencializem angústias, medos, inseguranças, raivas, revoltas, que são direcionadas não só para outros doentes e familiares, mas também para o próprio profissional de saúde (Bruscato, 2004).

Diante dessa realidade, tem sido muito comum a crítica exagerada às práticas médicas, atribuindo aos profissionais um olhar reducionista voltado exclusivamente para o cuidado de enfermidades. No entanto, um exercício de reflexão a respeito da forma como o homem entende a si mesmo e da consequente forma de tratar enfermidades ao longo do tempo revela que essas formas são muitas vezes consequências de diversas circunstâncias históricas e de um número elevado de exigência em tais ambientes. Assim, neste capítulo, será feita uma breve discussão com o intuito de ajudar o leitor a se situar em meio às questões que envolvem a presente pesquisa. Evidentemente, não abarcaremos toda a história dos mais diversos povos e tempos remotos, mas apresentaremos alguns delineamentos e rumos que a ciência tomou, passando por grandes nomes que contribuíram para a construção do conhecimento científico, acreditando fornecer elementos para uma melhor

compreensão da realidade das ciências biomédicas e do ambiente hospitalar, com o qual nos deparamos em nossa pesquisa.

Através de estudos arqueológicos e de pinturas rupestres, verificou-se indícios do esforço humano para curar doenças num período de aproximadamente 20 mil atrás. Pinturas ilustram xamãs, vestindo máscaras e realizando rituais, que de acordo com algumas religiões antigas, seria uma forma de influenciar espíritos bons e maus a fim de obter a cura da doença. Nessa época, as pessoas frequentemente estavam expostas a forças hostis do ambiente e sua sobrevivência estava baseada na vigilância constante contra essas misteriosas forças do mal. Se uma pessoa ficava doente e não havia uma razão óbvia pelo ocorrido, era comum que essa condição do indivíduo fosse erroneamente atribuída a uma fraqueza dele frente a uma força mais forte, feitiçaria ou possessão por um espírito ma¹l. E mesmo lidando com forças supostamente sobrenaturais, os indivíduos ao seu redor pensavam em formas de enfrentar esse mal. Muitas vezes eram realizados tratamentos árduos, baseados em rituais de feitiçaria e exorcismo e uma forma primitiva de trepanação². Explorações arqueológicas já revelaram crânios humanos com buracos irregulares aparentemente perfurados por curandeiros que se supõem tivessem como objetivo permitir que os demônios causadores da doença saíssem do corpo pelo orifício aberto. Era um ritual realizado em pessoas vivas e mortas e há registros históricos de que a prática acontecia na Europa, no Egito, na Índia e na América do Sul (Straurb, 2005).

Assim, durante muito tempo na história da humanidade, o homem era visto como alguém em meio a forças poderosas e os males eram decorrentes dos conflitos entre estas. No entanto, por volta do século VI antes de Cristo, na Grécia e nas colônias gregas da Ásia menor, surgiram pensadores com novas propostas de entender o mundo, que deixariam suas marcas para toda a civilização ocidental. Nessa época, denominado período cosmológico, a preocupação era buscar o princípio e a lei que regia o universo que até então era concebido mitologicamente. Os primeiros filósofos partiam do pressuposto de que o cosmo era um composto de partes ou a mistura de

¹ Apesar dos antigos registros, essa visão ainda é comum entre alguns povos indígenas e religiões contemporâneas.

² Técnica cirúrgica que consiste em perfurar um orifício em um osso (Dicionário Houaiss, 2009).

elementos simples e com isso, o mundo só seria compreendido uma vez que se conseguisse encontrar a unidade ou o elemento mais simples do universo. Para eles, tudo que era complexo constituía o mundo de aparências, enquanto a verdadeira realidade era a unidade simples, fonte geradora dos planetas, dos animais, da natureza e dos homens. Nesse contexto, alguns filósofos como Tales de Mileto (640-548 a.C.) acreditavam que a água era a substância fundamental do universo, uma vez que o elemento era encontrado na maior parte dos componentes dos reinos mineral, vegetal e animal, pois se a água é um elemento que nutre todos os seres vivos, seria possível que ela lhes dera origem (Freire, 1997). Estas explicações podem aparentar serem simples para fenômenos e seres extremamente complexos, mas as explicações cosmológicas constituíram uma mudança em relação aos modelos de explicação anteriores, na medida em que não se fundavam em narrativas mitológicas e buscavam fornecer uma explicação racional e sistemática sobre a origem, ordem e transformação da natureza (Chauí, 1996).

No entanto, apesar desses esforços e aparentes avanços, muitas vezes esse raciocínio mostrava-se insustentável. O mundo, como o filósofo Heráclito (540-475 a.C.) afirmava, estava em constante atividade e ficava extremamente difícil reduzi-lo a um elemento simples. Esses questionamentos proporcionaram o desenvolvimento do raciocínio de Pitágoras (570-496 a.C.) que sustentava a ideia de que o ser permanente procurado pela filosofia encontrar-se-ia nos números. Assim, para lidar com as coisas mutáveis da realidade, os conceitos matemáticos serviriam perfeitamente, na medida em que eles seriam atemporais e imóveis e expressariam as relações fixas e numéricas das coisas. Nasce aqui uma tentativa de compreensão do mundo baseada em termos quantitativos que influenciou significativamente no procedimento usual das ciências, no sentido de obter um conhecimento mais exato dos fenômenos (Freire, 1997).

Com o decorrer do tempo, no entanto, as especulações a respeito do mundo são deslocadas para o homem, que passa a ser o novo objeto da filosofia grega, juntamente com os problemas humanos e outras questões específicas de ordem psicológica. Platão (427-347 a.C.), aluno de Sócrates, um dos primeiros filósofos que marcam essa transição, assim como seu professor, acreditava que o conhecimento daquilo que nos cerca é imperfeito e sujeito às ilusões, uma vez que vem através dos

sentidos. Para Platão, o mundo material seria apenas uma cópia imperfeita de um mundo à parte, o mundo das ideias, que existiria fora do homem e independente dele. As ideias, apesar de pertencerem a outro mundo, seriam inatas ao homem, pois a alma, antes de encarnar no corpo, contemplara-se do mundo das ideias, esquecendo-se destas quando se uniu ao corpo. Por essa razão, o corpo seria um obstáculo ao conhecimento. Na medida em que desenvolvia esse raciocínio, Platão dava um passo crucial que marcaria todo o pensamento ocidental. Ele pensava um mundo imaterial distinto do corpo, característica essa que marca a perspectiva dualista, tão comentado nos dias de hoje, separando alma e corpo e mais tarde, mente e corpo (Freire, 1997).

Essa forma de pensar o homem vai marcar toda a tradição do pensamento ocidental de tal forma que muitas vezes nas tentativas de se remontar uma história do pensamento filosófico ao longo da humanidade, deixava-se de lado o médico grego Hipócrates (cerca de 460 a 377 a.C), contemporâneo de Sócrates. Considerado por muitos o pai da medicina, Hipócrates procurava olhar o homem, seu paciente, de forma abrangente e raramente se referia a uma enfermidade de maneira isolada. Porém, ao longo do tempo, com surgimento de outros pensadores, filósofos e pontos de vista, o saber hipocrático vai se fragmentando (Corrêa, Siqueira-Batista & Quintas, 1997).

Hipócrates via o médico como um servidor da arte médica e, nesse serviço, seu papel era ajudar o doente a combater a doença. Para ele, o corpo era uma unidade funcional, na qual todas as partes se interpenetrariam e a *psyché*, a alma, exerceria uma função reguladora, de coesão, crescendo e diminuindo, renascendo a cada instante até a morte. Seria uma parte essencial do ser, mas essa organização era passível de desorganizar-se e seria justamente essa desorganização que propiciaria o surgimento de uma doença. Ao tentar compreender uma enfermidade, Hipócrates tinha como ferramentas essenciais a observação clínica e anamnese, considerando a dimensão histórica do paciente e colocando em perspectiva o passado, o presente e o futuro do paciente. Através do exame clínico, ele visava mais do que identificar entidades mórbidas, mas também entender a história singular do doente, buscando prever seus possíveis desdobramentos. Seus diversos métodos são até hoje utilizados, dentre os quais se destacam a investigação do aspecto geral do paciente, a palpação e a auscultação. Não havia sintoma isolado e unívoco. Hipócrates fazia um exame global

e diferencial (Volich, 2000) e sua importância vai além dos seus métodos de investigação. Ele foi o primeiro a propor explicações que iam de encontro ao misticismo e superstição presentes nas antigas abordagens ao doente, pois via a doença como um fenômeno natural e acreditava que o estudo de suas causas era de extrema importância (Straub, 2005). Preocupado com o estudo das enfermidades e dos pacientes, Hipócrates empreendia estudos de caso repletos de descrição, com grande riqueza de detalhes, incluindo sua evolução diária, registrando a temperatura corporal, frequência cardíaca, respiração e outros sintomas físicos, contribuindo notavelmente para uma abordagem científica da medicina (Volich, 2000; Straub, 2005).

Apesar destas importantes considerações, Hipócrates durante muito tempo passou despercebido na história, uma vez que a ciência e a filosofia caminharam pelo fio lógico iniciado por Sócrates e Platão. Nessas circunstâncias, surgiu Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo deste último e que discordava do seu mestre por não acreditar nas ideias inatas e nem no mundo das ideias. No que diz respeito à suas contribuições e às formas de entender o mundo, além de ter atentado para fenômenos que se assemelhavam aos que a psicologia atualmente estuda, Aristóteles tinha como preocupação chave de seu pensamento o uso da lógica nas ciências, característica que perdurará até os dias de hoje. Dessa forma, para ele, a criança não traria nenhuma bagagem de conhecimento ao nascer e seria como uma tábula rasa, ou seja, completamente vazia e adquiria conhecimento através da experiência, pois, a seu ver, não existe inteligência que não tenha passado pelos órgãos dos sentidos. As sensações seriam, portanto, formas mais simples de conhecimento. Com isso, preocupado com os processos de aquisição do conhecimento, Aristóteles foi o primeiro homem que se tem conhecimento a escrever tratados sistemáticos de psicologia, escrevendo sobre os sentidos, a sensação, a memória, o sono, a juventude e a velhice, dentre outros temas. Por outro lado, apesar de duvidar do mundo das ideias, acreditava que a alma era imaterial, pensamento esse que será retomado com o início da idade média. (Chauí, 1996; Freire, 1997).

Um dos motivos que poderia explicar o eclipse da medicina hipocrática por pelo menos cinco séculos é o declínio da cidade de Atenas, no século III a.C, que ofuscou boa parte do legado cultural e intelectual grego da época. Felizmente, o

estudioso Claudius Galeno (131-201) resgatou o pensamento de Hipócrates, traduzindo algumas de suas obras para o latim, sendo influenciado pelo antigo médico grego. Acreditava que o corpo era suscetível a mudanças, podendo ser remodelado. Isso deveria ser feito sob critérios estritos, que deveriam ser prescritos apenas pelo médico. Assim, apesar da influencia de Hipócrates, Galeno, por defender uma estreita relação entre corpo e espírito, acabou desenvolvendo uma visão bastante normativa, enfatizando a boa “construção do corpo”, que dependeria do “bom comportamento” e da “boa proporção” entre as partes orgânicas. Ele também diferia do pai da medicina pela maneira com que encarava o conhecimento. Discordava do caráter efêmero do conhecimento apregoado por Hipócrates e com isso questionava também a importância da dúvida e da introspecção do médico, possuindo um discurso mais firme e categórico sobre a medicina (Volich, 2000). Galeno, entretanto, deve ser lembrado por suas importantes contribuições, dentre os quais seus escritos sobre anatomia, higiene e dieta, construído sobre as bases hipocráticas da explicação racional e da descrição cuidadosa dos sintomas físicos de cada paciente. Além disso, ele expandiu algumas das teorias hipocráticas, o que o permitiu que desenvolvesse um sistema de farmacologia tão elaborado que seguiria por quase 1500 anos (Straub, 2005).

Com a chegada da Idade Média, no entanto, o olhar sobre o homem não era mais tão amplo. Devido à grande influência da religião nessa época, o homem era entendido a partir da separação entre corpo e alma, predominando a noção de que as doenças eram punições divinas (Carvalho, 2007). Com a ascensão do cristianismo no final da Idade Antiga, uma nova ordem começava a se estabelecer em todo o mundo ocidente. A Sagrada Escritura emergiu como paradigma de todas as verdades, espalhando-se e dominando aos poucos todos os impérios da época. Destronava-se assim a filosofia antiga e o antropocentrismo para dar lugar ao teocentrismo, ou seja, Deus passava a ocupar o centro de toda a vida e também nos mais diversos campos como a filosofia, a literatura, a arte, a arquitetura e a educação (Freire, 1997).

Com a expansão do catolicismo na Europa Ocidental, o pensamento religioso passou a dominar os cenários social, filosófico e científico, o que manteve todos aqueles conhecimentos clássicos, inclusive os da medicina, sujeitos ao enclausuramento, ficando sua transmissão restrita aos copistas e monastérios. A

crença na imortalidade da alma e o consequente desprezo pelo corpo fizeram com que o exame clínico e todos os demais conhecimentos médicos desenvolvidos na Antiguidade saíssem de cena. A Igreja era onipresente. Os que se aventuravam ao exercício da medicina, o faziam mesclando elementos de ordem natural da doença com aspectos sobrenaturais, além de desconhecerem quase que completamente a anatomia humana. Diversos teóricos e estudiosos que contrariavam as ideias da Igreja, como Copérnico e Galileu foram perseguidos, e o pouco conhecimento obtido na Antiguidade deveria ser transmitido sem que fosse criticado (Volich, 2000). Com isso, os dez séculos da Idade Média (século V a XV depois de Cristo) não trouxeram grande colaboração para a psicologia e as ciências em geral. A principal de suas escolas, a escolástica, realizou diversos estudos sobre a natureza e a alma, mas apenas antecipavam verdades já conhecidas, constituindo, portanto, um saber sem valor científico (Freire, 1997).

Após esse intervalo decorrente da Idade Média³, no final do século XV, nascia uma nova era, caracterizada pelo ressurgimento da investigação científica, possibilitando o desenvolvimento das ciências, dentre as quais, a astronomia, a física, a química e a biologia. No plano espiritual, caiu o dogmatismo e no plano religioso ocorreu a Reforma e a Contra-Reforma, fruto dos questionamentos à Igreja. No plano geográfico, houve a expansão geográfica, resultante dos grandes descobrimentos. No plano da literatura, recuperaram-se os autores Greco-romanos da Antiguidade e do Império Bizantino, enquanto que no que diz respeito à Astronomia, confirmou-se o heliocentrismo, ou seja, a ideia de que o sol era o centro do universo e não mais a Terra. Ocorreram ainda mudanças no sistema político e econômico, com a afirmação do mercantilismo e a criação dos novos Estados e a ascensão da burguesia (idem).

O tabu medieval da dissecação humana foi suficientemente superado e o anatomista Andreas Vesalius, até então perseguido por seus estudos de dissecação em seres humanos e animais, conseguiu publicar um estudo composto por sete volumes dos órgãos internos, musculatura e sistema esquelético do corpo humano. Com isso, na escola de Medicina, através de seus trabalhos, ele prova que algumas das teorias de

³ Apesar deste intervalo ocorrido no ocidente, em algumas regiões da Europa, em especial na península ibérica, os árabes não sofreram interferência da Igreja, continuando suas pesquisas e avanços científicos.

Galeno e outros médicos estavam incorretas por não trabalharem com a dissecação humana. Nem mesmo Galeno havia dissecado um corpo humano (Straub, 2005). Nesse mesmo período, de retomada do espírito científico, surgiu a figura de Descartes (1596-1650), que imprimiu ao método científico uma tendência que influenciou a compreensão do Homem até nossos dias. Baseado na importância da dúvida sistemática, Descartes elabora um método através do qual propõe priorizar a “clareza e a distinção” do corpo e de suas funções, valorizando seu material em detrimento da experiência subjetiva (Volich, 2000). Assim, priorizando a razão, ele retoma a questão iniciada por Platão do dualismo mente-corpo. Com esse intuito, Descartes identifica duas áreas distintas no ser humano: o reino físico e material, o corpo; e o reino imaterial, a mente. O reino material possuiria características físicas como massa, extensão no espaço e movimento, ao passo que os fenômenos mentais não a possuíam, nem sequer uma localização no corpo. A mente tinha como atividades específicas recordar, raciocinar, conhecer e querer; resultante da interação com o corpo, a mente poderia desempenhar atividades como a sensação, a imaginação e o instinto (Freire, 1997).

A ligação entre os dois reinos, no entanto, era situada para Descartes na glândula pineal e através dela, a mente controlaria o corpo (Freire, 1997). Há que se destacar, no entanto, que apesar de ele apontar uma interação entre as duas dimensões, essa influência mudaria apenas o rumo mecânico das atividades do corpo. Descartes esforçara-se para romper com o misticismo e as superstições do passado e por isso rejeitava qualquer outra possibilidade de influência da mente no corpo. Essa postura abriu caminho para uma nova era de pesquisa médicas, fundamentadas na confiança na ciência e no método racional (Straub, 2005). Assim, apesar das críticas que se faz a esse pensamento, por resultar numa visão fragmentada do homem, através do qual o corpo era comparado a uma máquina com seus vasos, válvulas e engrenagens ao longo da estrutura corporal (Marques, 1993), devemos destacar o grande avanço científico no estudo do corpo e das doenças orgânicas em consequência dessa linha de pensamento. Para Descartes, a doença ocorria quando a máquina estragava e era tarefa do médico consertar esta máquina. Essa visão foi continuada pelo modelo biomédico, que propunha que as doenças poderiam ser explicadas por distúrbios em processos fisiológicos, os quais surgiriam a partir de

desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas, viróticas ou outras que independeriam de processos psicológicos e sociais (Carvalho, 2007). Através dessa perspectiva, o próprio Descartes descreveu todos os reflexos básicos do corpo, construindo elaborados modelos mecânicos para demonstrar seus princípios (Straub, 2005).

A partir daí, a ciência pôs-se a caminhar buscando se alinhar a um ideal de racionalidade. No século XVI, por exemplo, surgem defensores, como o médico e fisiologista italiano Santorio de Pádua (ou ainda “Sanctorius Santorio” ou “Santorio Santorii”), em prol da importância da medida de parâmetros objetivos, como peso, pulso e temperatura do paciente para entender o desenvolvimento da doença, tendo elaborado métodos específicos para tais fins. A ciência, pautada no ideal de objetividade, intensificava cada vez mais suas pesquisas e métodos de mensuração da natureza. No século XVII, Isaac Newton formulou a lei da Gravitação Universal, repercutindo sobre toda a produção científica da época, deixando uma tendência que se intensificaria nos séculos seguintes. A partir desse evento, disseminou-se a ideia que todos os fenômenos da Natureza seriam mensuráveis e equacionáveis, fato que contribuiu para que se estabelecessem as bases do método científico, da maneira como conhecemos em nossos dias. Ainda nesse século, já havia se desenvolvido a concepção de aparelho funcional e de sistema fisiológico, assim como já se decifrava o até então enigma a respeito da passagem do sangue da circulação arterial para a circulação venosa através dos vasos capilares. Cada vez mais a ciência ia se familiarizando com a anatomia e funcionamento do corpo e nesse contexto surgiu na Inglaterra do século XVII uma visão militar da doença que não é rara nos dias de hoje: a doença seria um inimigo que deveria ser combatido e para isso o médico deveria se valer de seus conhecimentos e técnicas para mobilizar e reforçar as defesas do organismo, que se expressariam através de sintomas como dor, febre e fraqueza (Volich, 2000).

Assim, a ciência e a medicina, motivadas pelos diversos avanços na tecnologia, evoluíram rapidamente durante os séculos XVII e XVIII. Por exemplo, apesar de Galileu já ter construído um termômetro tempos atrás, somente no fim do século XVII, surgiu um modelo mais preciso, inaugurando o sistema centígrado de

mensuração da temperatura na prática clínica, rápida e amplamente disseminado. Outros importantes avanços tecnológicos, baseados na auscultação e no uso do microscópio, associados ao método anátomo-clínico e à nosologia contribuíram para o desenvolvimento de um conhecimento cada vez mais abrangente sobre o corpo, dando origem mais tarde, no século XIX, à teoria celular da doença, segundo a qual a enfermidade resultaria do funcionamento incorreto ou da morte das células corporais. Nesse tempo, a cirurgia já exercia enorme fascínio pela possibilidade de curar a doença, através da eliminação dos sintomas ou da extirpação das partes do corpo atingidas, o que favorecia o deslocamento do foco do cuidado do doente, aumentando os riscos de que a compreensão de suas origens e dinâmica fosse negligenciada. Mais tarde Pasteur derrubava a teoria da geração espontânea, fazendo importantes descobertas, aperfeiçoando a teoria celular, ajudando a moldar a teoria dos germes e também a base da patologia moderna, o que o possibilitou o desenvolvimento de vacinas, um importante meio de prevenir algumas doenças (Straub, 2005; Volich, 2000).

Após Pasteur, os procedimentos médicos desenvolveram-se rapidamente. Nesse mesmo século o gás éter apareceu como um importante anestésico, cinquenta anos mais tarde descobriu-se o raio X, possibilitando a observação dos órgãos internos com o indivíduo vivo. Assim, até o fim desse século, os pesquisadores já haviam identificado uma variedade de microrganismos que causavam doenças, assim como já conseguiam visualizar melhor seu desenvolvimento e planejar um tratamento mais adequado. Por outro lado, com o avanço de equipamentos diagnósticos cada vez mais sofisticados, a relação médico-paciente foi se modificando, diminuindo o valor dos outros sentidos do médico, além da própria intuição deste e de sua representação interna do paciente (Straub, 2005; Volich, 2000).

Dessa forma, no século XIX, a medicina procurava basear-se na observação e no método experimental. Assim, os pesquisadores, mais a par da anatomia básica, voltariam agora seus interesses para o estudo do sistema nervoso, investigando sua estrutura e conhecendo-se os neurônios, suas sinapses, correntes elétricas, mielinização e alguns dos fenômenos mais elementares do fenômeno cerebral. Tentavam descobrir se as funções mentais possuíam algum correspondente

físico no cérebro e também buscavam correlações da forma do tecido nervoso com características da personalidade. Desfrutava-se da sensação de que tudo agora poderia ser observado, medido e estudado. A quantificação destacava-se no meio científico. O astrônomo media o curso das estrelas e dos planetas, o químico quantificava as reações químicas, o fisiologista mensurava as reações psicofísicas no animal e no homem e tudo que estava ao alcance do homem era objeto de estudo passível de ser observado e quantificado (Freire, 1997).

Nessas circunstâncias, a ciência adquiriu um caráter positivista, substituindo o idealismo racional do conhecimento (a ideia de compreensão do espírito e das coisas ao seu redor) pela concepção de que através da ciência, o homem seria capaz de prever as respostas a serem obtidas pelo conhecimento. Assim, obedecendo-se rigorosamente a uma metodologia seria possível atingir o conhecimento, uma vez que culturalmente o homem conhecedor era situado eternamente ao objeto. Além disso, a inserção do Positivismo na ciência acabou marcando a ideia de utilidade do conhecimento para transformar a realidade ao seu redor e a objetividade passa a ser uma preocupação central da ciência, o que resultou numa cuidadosa exclusão cada vez maior de posições supostamente valorativas. Com isso, o homem sentia-se livre, capaz de assumir racionalmente sua própria forma e alcançar uma verdade objetiva e científica, o que por outro lado tinha como efeito colateral um maior distanciamento dos problemas subjetivos do homem (Martins & Bicudo, 2005).

Interessante destacar que até mesmo a psiquiatria, no fim do século XIX e início do século XX, sofreu influência desse modo muito objetivo de pensar o homem. Herdeira da clínica médica, a psiquiatria assinalava o próprio cérebro como origem das doenças mentais e nessas circunstâncias, o psiquiatra era um especialista em manifestações mentais patológicas, as quais em sua maioria das eram tidas como o reflexo de uma disposição hereditária do cérebro. Esta influência não poupou de igual modo a Psicologia que, principalmente com os trabalhos de Wundt, avançava significativamente, estando mais preocupada com o sensório e se aproximando mais da fisiologia do que da própria Psicologia (Perestrello, 1982).

Em meio a essa sociedade motivada por suas aspirações de uma racionalidade capaz de conhecer a tudo e a todos, Sigmund Freud apontou questões

que punham em xeque a razão e o suposto conhecimento que o homem tinha a respeito de si. Médico neurologista, Freud começou a atender pacientes, que mais tarde seriam denominadas histéricas, com sintomas corporais que não condiziam com a realidade orgânica daquele corpo. Confrontando o saber médico de sua época, ele afirmou que tais sintomas estariam numa dimensão psíquica e, portanto, iam além do alcance da medicina. Com isso, empenhou-se na investigação de fenômenos psíquicos e durante um tempo utilizou a hipnose para tal fim, abandonando-a mais tarde e concedendo a palavra às suas pacientes. Percebeu que nem mesmo elas tinham consciência do significado dos seus sintomas. Notou que havia algo naquele sofrimento que não dizia respeito à consciência (Moretto, 2001). Finalmente passou a compreender que o sintoma observado nas histéricas era uma conciliação entre o eu consciente e a demanda de energia psíquica inconsciente. Por alguma razão, a consciência recusava a energia vinda do inconsciente e a energia acabava se expressando pelo corpo (Freud, 1926[1925]/2000). Dessa forma, a psicanálise, ao postular o inconsciente, evidenciava o paradoxo de um sujeito constituído por aquilo que ele não podia saber (Conté, 1995).

Assim, da mesma forma que após as descobertas de Copérnico e Darwin o homem passou a reconhecer não estar no centro do universo e nem ser uma criação divina, como se pensou outrora, agora ele perdia mais um de seus apoios com as evidências de que forças inconscientes determinavam o comportamento e a consciência do Homem. Se por um lado, após Darwin, o homem era visto como uma espécie que havia dado muito certo e de alguma forma a natureza divina do humano foi questionada, por outro, a racionalidade e o sentimento de liberdade ainda persistiram. Com Freud, as próprias motivações humanas eram questionadas, evidenciando-se que estas muitas vezes expressariam impulsos animais e racionais (Tarnas, 2003). As experiências de natureza sexual da infância, muitas vezes esquecidas, teriam um peso na vida das pessoas, os sintomas corporais podiam revelar simbolicamente conflitos inconscientes, assim como também os sonhos o podiam. Dessa forma, no tocante ao estudo do homem, a Psicanálise promoveu uma ruptura desenvolvendo explicações para comportamento que antes seriam considerados fora do âmbito da explicação científica (Marx & Hillix, 1973).

Oriundos do movimento teórico iniciado por Freud, muitos estudiosos, principalmente desde a década de 20, empenharam-se mais especificamente em desenvolver uma abordagem psicanalítica da doença orgânica. Levando em conta importantes eixos da teoria freudiana, buscaram superar o modelo de conversão histérica numa tentativa de compreender o sintoma somático. Buscaram também correlações entre a motricidade e a atividade mental, a função econômica da angústia no psiquismo, o papel da agressividade na etiologia de algumas doenças e a noção de caráter e de especificidade da personalidade mórbida. Empenharam-se em estabelecer correlações entre alguns tipos de conflitos emocionais específicos e estruturas de personalidade com alguns tipos de doenças orgânicas como a úlcera, alergias, enxaquecas, asma e distúrbios digestivos. Em 1922, Félix Deutsch utiliza o termo Medicina Psicossomática, retomando a discussão sobre a relação médico-paciente, considerando diversos aspectos psicodinâmicos do paciente (Lipowski, 1984).

Com o tempo, após o trabalho de vários psicanalistas, as concepções acerca da natureza humana foram se aprofundando cada vez mais, até se perceber o simbolismo e o conteúdo rico não somente nas psiconeuroses, mas também de certas enfermidades tais como a úlcera gastroduodenal, a colite ulcerativa e a hipertensão arterial. Mais tarde, após estudos iniciados por Franz Alexander, na década de 1940, tal concepção acerca de conteúdos simbólicos foi deixada de lado, dando lugar a uma nova ideia na qual tais enfermidades teriam como ponto de partida um conflito psíquico não resolvido (Perestrello, 1982). Alexander acreditava que os fenômenos somáticos e psicológicos ocorriam ao mesmo tempo no indivíduo, constituindo-se meramente como dois aspectos de um mesmo processo. Com isso, ele desenvolveu um método, através do qual procurava estudar este processo estabelecendo correlações causais entre os aspectos somáticos e psicológicos, uma vez que este último é percebido subjetivamente, na forma de emoções, ideias e desejos, que podem ser convertidas ou transmitidas pela comunicação verbal. Nesse raciocínio, cada estado emocional teria sua própria síndrome fisiológica, ou seja, cada dinâmica psíquica específica provocaria uma resposta vegetativa correspondente. Assim, se ocorressem dificuldades na vazão dessas emoções ou desejos, este fato poderia provocar uma alteração funcional dos órgãos ou até mesmo uma doença orgânica. Nessas circunstâncias, Alexander concluiu

que aspectos subjetivos constituiriam a cadeia multicausal das doenças, aproximando mais as dimensões somática e psíquica (Alexander, 1989).

Assim, a psicossomática foi se constituindo a partir de três perspectivas epistemológicas diferentes (a neurobiologia, a psicanálise e a antropologia médica), procurando dar conta da difícil missão de estudar o homem-doente e os processos provenientes do adoecimento. Dessa forma, ela se constituiu como um campo de saber que estuda empiricamente as relações mente-corpo e que se preocupa com a formulação de bases técnicas para uma compreensão sistêmica das doenças e das intervenções transdisciplinares da terapêutica (Eksterman, 2010). Nessas condições, a psicossomática vai tomando forma, distinguindo-se da medicina e da psicanálise, constituindo uma nova disciplina e se diferenciando por abordar o sujeito em sua totalidade psíquica, biológica, histórica e social, levando em conta a relação que ele tanto consigo mesmo quanto com os outros. Seguindo essa trajetória, a psicossomática vai se mostrar uma disciplina coerente e objetiva para a compreensão dos fenômenos tanto do adoecer, quanto dos processos da vida e do viver.

Assim, tendo como base o que foi exposto acima, vemos que inicialmente o homem era compreendido a partir de explicações místicas, para somente anos mais tarde dar lugar a explicações fisiológicas. Ao invés de forças divinas, as doenças passariam a ser compreendidas, procurando obedecer o princípio da lógica, surgindo exames baseados na ausculta e na apalpação e parâmetros mensuráveis. Com Descartes, inaugura-se a percepção do corpo como uma máquina que poderia eventualmente apresentar falhas e tal visão contribui significativamente para um maior afastamento do misticismo e de explicações religiosas. Tal concepção, aliada ao avanço tecnológico, por sua vez, favoreceram com que a ciência adquirisse aos poucos um caráter positivista, entendendo o corpo a partir de parâmetros físicos, como temperatura, frequência cardíaca, entre outros. No final do século XIX, no entanto, Freud depara-se com uma série de fenômenos somáticos que não podiam ser explicados pelas ciências positivistas e com isso empreendeu estudos sobre o inconsciente. A partir desse momento, surgiram vários seguidores e a psicanálise percorreu diversos caminhos, dentre os quais um deles resultou na Psicossomática, que propõe um estudo interdisciplinar sobre o homem, procurando fazer um resgate de

alguns valores hipocráticos, na medida em que o considera em suas dimensões psíquica, biológica, histórica e social.

1.2 O surgimento do hospital

Apesar de a preocupação com o corpo e as questões da existência humana terem uma história de longa data, é pertinente ressaltar que somente nos fins do século XI, o hospital veio a se tornar uma realidade. De acordo com Volich (2000), nessa época surgiram as Cruzadas, as quais promoveram a circulação de populações e ideias em toda a Europa e é nesse contexto que surgiram os primeiros hospitais e faculdades de medicina. Frise-se, todavia, que a despeito dos avanços da divulgação no campo das ciências médicas proporcionados pelo surgimento da imprensa, o hospital, como destaca Foucault (2005b), não nasceu como uma entidade médica instalada em ambientes específicos tal qual conhecemos hoje e sim a partir de uma experiência médica desenvolvida em ambiente extra hospitalar.

Desde o surgimento dos primeiros hospitais até antes do século XVIII, o hospital consistia numa instituição destinada à assistência às pessoas pobres enfermas, não para serem curadas, mas sim isoladas para proteger o resto da população do contágio de doenças perigosas. Assim, o hospital acabava tendo como função recolher estes enfermos nas cidades e, por não ter uma finalidade terapêutica específica, funcionava basicamente como um morredouro. Havia uma assistência material, para que fossem dados os últimos cuidados e uma espiritual, como o último sacramento. Nesse contexto, além dos enfermos que ali se encontravam, havia leigos e religiosos, atuando não para curar o doente, mas simplesmente para fazer caridade e garantir também sua própria salvação. Com isso, isolava-se a população dos perigos do contágio de doenças, garantia-se a salvação espiritual da alma dos enfermos através dos trabalhos religiosos e também da alma daqueles que ali exerciam os cuidados. (Foucault, 2005b)

Ainda de acordo com Foucault (2005b), o passo importante para que a medicina e o hospital se unissem foi a anulação dos efeitos negativos através da introdução de mecanismos disciplinares neste ambiente. Primeiramente, mudou-se o foco da intervenção do médico. Ao invés de apenas atuar diretamente na doença, a medicina preocupar-se-ia também com o ar, com a água, a alimentação, o regime geral, etc. Nestas circunstâncias, ganharam destaque os estudos como os de Pasteur e Koch, em meados do século XIX, a exemplo da teoria bacteriológica que se desenvolveu e do uso de métodos e anti-sépticos que diminuiu bastante o número de mortes por infecção. Além disso, o uso da anestesia, que permitiu a realização de cirurgias sem dor, contribuiu para alterar a imagem do hospital, que deixou de ser um lugar aonde os pobres iam para morrer, para se transformar num local em que os enfermos poderiam se curar. A partir daí, pessoas mais abastadas começaram a solicitar serviços hospitalares e os hospitais por sua vez mudaram de vez seu objetivo para se tornarem centros de cuidados médicos (Lisboa, 2002).

1.3 A Unidade de Terapia Intensiva - UTI

Após percorrermos sobre o hospital, torna-se imprescindível para o entendimento do nosso trabalho uma reflexão sobre a UTI, local onde nossa pesquisa foi desenvolvida. A UTI é o local do hospital onde se concentra os recursos humanos e técnicos necessários para o atendimento de pacientes cujo estado clínico exige cuidados constantes (Chiavone, 2005). Em essência, seu trabalho “compreende um conjunto de estratégias de atendimento e cuidado voltadas para a recuperação e reabilitação de pacientes com graves problemas de saúde, com riscos imediatos/mediatos de morte” (Souza, Nascimento, Cassel apud Pinho, Santos & Kantorski, 2007). Diante disso, uma característica que se sobressai na UTI é a monitoração contínua das informações vitais do paciente, tais como a pressão arterial, temperatura corporal e a oximetria de pulso, dados sobre os procedimentos automatizados sobre o qual ele possa estar submetido tal como a ventilação mecânica,

além de coletas periódicas de sangue para exames, entre outros (Bongard & Sue, 2005).

A ideia de se reservar um espaço no hospital como a UTI visa assegurar uma observação efetiva e dirigida a pacientes mais graves, a fim de se proporcionar ao paciente crítico um melhor cuidado, visando garantir não só sua sobrevivência, mas também sua reintegração com o mínimo de desconforto a uma existência normal (Gomes, 1988).

Há mais de um século, surgiu a ideia de concentrar doentes graves junto ao posto de enfermagem para racionalizar e aumentar a eficiência do tratamento. Mas, só nos anos 50 e 60 começaram a surgir unidades especialmente estruturadas para o tratamento de pacientes com poliomielite que necessitavam de ventilação artificial, assim como também surgiram unidades militares responsáveis pelo tratamento de ferimentos graves adquiridos nos campos de batalha (Franco Júnior, 1995).

A primeira forma de atendimento pensada para os pacientes, ainda não muito específica, visava um grande benefício quanto à assistência, mas tornava-se altamente onerosa. Para dar conta dessa especificidade visando um custo mais viável, criou-se um serviço com esse perfil dentro do hospital. Dessa forma, isso atentaria a tais necessidades de cuidados, aliando assim o conhecimento da doença e a precisão de equipamentos ao desenvolvimento de métodos assistenciais e a uma vigilância contínua (Gomes, 1988).

No Brasil, apenas em 1970 surgiram as primeiras unidades de terapia intensiva em hospitais privados do Rio de Janeiro e de São Paulo (Haberkorn, 2004). E nos últimos anos, foi possível observar um aumento na demanda de pacientes para UTIs, o que se explica pelo aumento da expectativa de vida da população geral e à sobrevivência de pacientes, além das oportunidades de restabelecimento da saúde oferecidas com os avanços técnicos ocorridos tanto no diagnóstico quanto no tratamento de inúmeras doenças, antes consideradas incuráveis (Chiavone & Sens, 2003 apud Haberkorn, 2004).

Conforme já descrito anteriormente, para que a medicina e o hospital firmassem seu lugar na sociedade como instância que cura, foi preciso romper com determinadas crenças e misticismos, estudando especificamente o corpo em suas

dimensões físicas e químicas, o que teve como efeito colateral a primazia da dimensão biológica sobre as demais. Hoje, notadamente, mas não exclusivamente, sob influência do pensamento freudiano, já se fala num entendimento do homem como um todo, no qual corpo e mente estão em intensa interação. Mas, apesar de já conhecidas as ideias desse novo paradigma, nem sempre elas são colocadas em prática, principalmente num ambiente como a UTI, em que salvar vidas é a prioridade. O sucesso no atendimento a um paciente na UTI, de acordo com Gomes (1988), está intimamente relacionado a uma rápida avaliação das mudanças ocorridas nas condições clínicas e orgânicas do paciente.

Assim, visando eficiência, e numa tentativa de evitar frustrações, prioriza-se em tal ambiente uma atuação dinâmica e sistematizada. Porém, em consequência dessa linha de conduta, conforme Kübler-Ross (1997), há muitas vezes uma “coisificação” do paciente, seja pela eficiência exigida nos cuidados a ele, ou pelas próprias dificuldades pessoais dos profissionais em lidar com situações limítrofes. Somado a isso, a própria UTI, pela sua dinâmica, é considerada um fator precipitante de sofrimentos psicológicos e transtornos psiquiátricos. Comumente, o paciente é sedado, durante o período de recuperação progressiva da consciência, e mantido ausente de referências externas, sob iluminação artificial constante, com dificuldades para dormir, sob a típica sonoridade monótona dos aparelhos que monitoram os sinais vitais, diante da movimentação contínua da equipe, além de estar em contato com fatores ansiogênicos importantes como a dor, o sofrimento, a solidão e a morte (Zimmerman & Bertuol, 2002).

Sendo assim, a UTI configura-se num panorama peculiar, o qual devido à constante luta pela sobrevivência do paciente, este, muitas vezes, acaba se defrontando com um sofrimento psíquico com o qual nem ele e nem a equipe médica está acostumada a lidar. Miranda & Stancato (2008), por exemplo, ilustram, a partir de revisão de literatura, aspectos que demonstram a UTI como um ambiente insalubre, evidenciando não só fatores biológicos, físicos e químicos, mas também hábitos e atitudes dos profissionais. Quanto à comunicação, Chaitin et al (2008), Inaba, Silva & Ribeiro (2005), enfatizam a importância de uma interlocução adequada entre a equipe e os familiares do paciente internado na UTI, informando o quadro clínico, fornecendo

informações quanto aos cuidados dispensados ao paciente, tirando todas as dúvidas possíveis e buscando transmitir as notícias de maneira apropriada. Adentrando um pouco mais nesse campo de pesquisa, Lemos & Rossi (2002), num estudo etnográfico, estudam o significado cultural da UTI para os pacientes e seus familiares, apontando entre eles, a percepção de um lugar de desconhecido e assustador, ao mesmo tempo em que representa um elo entre a morte e a vida. Nesse âmbito, Silveira (2005), através de relatos da sua experiência na Unidade de Terapia Intensiva, aponta ainda a importância de se ter um cuidado humanizado nesse setor do hospital, que atente para a individualidade do paciente e sua família. Aprofundando um pouco mais na realidade da UTI, Severo & Girardon-Perlini (2005) realizam um estudo acerca da percepção que os pacientes e seus familiares tinham do ambiente da UTI, revelando a imagem de um ambiente pouco acolhedor, que gera ansiedade e insegurança, associado muitas vezes a doenças graves e à morte.

Outros estudos voltam-se mais para realidade do paciente, a exemplo do realizado por Weinhouse, Manaker & Wilson (2008) que aponta a existência de ulcerações associadas ao stress da internação em UTI, principalmente quando esse momento se prolonga. Souza (2006) enfatiza a separação dos familiares, a substituição do cuidado pela equipe intensivista, quando o paciente vem de uma enfermaria, e ainda a exposição a um ambiente desconhecido, com movimentação constante de profissionais, repleto de aparelhos com ruídos e alarmes, iluminação constante, variação térmica e a realização frequente de procedimentos invasivos. Alguns autores (Franco Júnior, 2005; Zimmerman & Bertuol, 2002; Romano, 1999) referem ainda a existência de ansiedade, depressão ou *delirium* em pacientes internados na UTI, mas sem explicitar as questões vivenciais do paciente.

1.4 A inserção da Psicologia no ambiente hospitalar

Já no século XX, o hospital era uma instituição com credibilidade para diversos tratamentos médicos, mas a Psicologia não tinha muito espaço no campo da

saúde e nem no hospital. A prioridade era a cura de enfermidades orgânicas. No entanto, ao longo desse século, vão ocorrer importantes mudanças na sociedade que vão criar condições para emergência da Psicologia no âmbito da saúde.

Conforme mencionado acima, nos séculos anteriores a ciência tem avançado significativamente possibilitando o tratamento e a prevenção de diversas doenças, já que inovações tecnológicas têm permitido diagnósticos mais precisos e uma compreensão mais profunda das enfermidades, além de um melhor controle dos dados clínicos e do desenvolvimento da doença. Straub (2005) destaca que os últimos avanços tecnológicos, na higiene, nas medidas de saúde pública e microbiologia foram tão significativos que praticamente erradicaram doenças infecciosas temidas no passado. A qualidade de vida mudou, a maioria das pessoas tomou consciência de que a saúde significava muito mais do que estar livre de doenças e, portanto, começaram a procurar a fazer coisas visando garantir uma maior longevidade, como a prática de exercícios e o controle da alimentação. Assim, com uma maior consciência das questões relacionadas à saúde e com a melhoria dos serviços de saúde, a expectativa de vida aumentou.

Outro fator que contribuiu para uma maior importância da psicologia no campo da saúde é que se as pessoas antes morriam de doenças causadas por falta de água potável, alimentos contaminados ou infecções contraídas de pessoas doentes, com as melhorias na higiene pessoal, na nutrição, na saúde pública, como um melhor sistema de tratamento de esgotos, hoje em dia esse panorama mudou na maioria dos países desenvolvidos. (Straub, 2005). Atualmente, diversas pesquisas apontam o aumento de doenças intimamente relacionadas ao estilo de vida de cada um, muitas vezes associada com o stress (Rodrigues & Limongi-França, 2010). Nessas condições, emergiu a necessidade de um campo voltado para a identificação de correlatos etiológicos entre aspectos emocionais e o surgimento de doenças, visando com isso à manutenção da saúde física e emocional, a prevenção e o tratamento de doenças. Num sentido mais amplo, buscando promover a formação e melhoria nas questões relacionadas à saúde (Ismael, 2005).

Além disso, devido à enorme complexidade de procedimentos e maior número de recursos tecnológicos, os custos com a saúde subiram muito, o que ajudou

a focar a atenção na promoção e manutenção da saúde (Straub, 2005). Assim, em 1939, a Psicossomática já dava seus primeiros passos como campo de produção e difusão de conhecimento, com o lançamento do periódico *Psychosomatic Medicine*, tendo como Franz Alexander um de seus editores, o que possibilitou o desenvolvimento do campo, publicando articulações entre aspectos psíquicos e uma variedade de problemas de saúde como a hipertensão, enxaquecas, úlceras, hipertireodismo e asma brônquica. Alexander, um dos precursores da Psicossomática, pensava-a como um campo no qual se verteria os conceitos somáticos e os psicológicos, constituindo-se com um campo de pesquisa e tratamento, que consideraria as doenças com resultado da influência de diversos fatores (Alexander, 1989). O lançamento deste periódico, para muitos pesquisadores, é o marco de fundação da psicossomática enquanto campo organizado do conhecimento, tal como hoje conhecemos.

É em meio a essas discussões que campos de saber como a psicologia da saúde vão emergir. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como um completo bem-estar, físico, mental e social. Apesar das críticas a essa definição idealizada no que diz respeito ao “completo bem-estar”, é mais importante salientar a consideração dos aspectos mentais e sociais no tocante à saúde e não mais simplesmente a presença ou ausência de afecções e enfermidades. Custódio (2003) destaca que a OMS tem se preocupado com ações voltadas para a promoção da saúde, além de questões relativas às desigualdades sociais, atenção sanitária em geral, políticas de saúde, buscando, por exemplo, promover a higiene. Preocupações essas que são captadas pelo ambiente acadêmico e se reflete na comunidade.

A Associação Americana de Psicologia (em inglês, APA – American Psychological Association) também se preocupou com essa interação entre os aspectos psicológicos e orgânicos. Desde 1911, a APA já realizava discussões entre a Psicologia e a formação médica e sua prática (Enumo, 2003). Em 1973, ela indicaria uma força-tarefa para explorar o papel da psicologia no campo da saúde, a fim de avaliar se a psicologia se situaria através da medicina comportamental ou se ela se estabeleceria como um campo distinto com seus próprios objetivos, prioridades e técnicas. Diante disso, após os estudos realizados, em 1978, foi criada na APA a divisão de Psicologia da Saúde, que de acordo com seu primeiro presidente, Matarazzo seria

um agregado de contribuições específicas da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação de etiologias e diagnósticos voltados à saúde, doença e disfunções relacionadas, e para análise e promoção do sistema de cuidados com a saúde e formação de políticas de saúde. (Matarazzo apud Enumo, 2003).

Ao apresentar sua definição, o então presidente da APA apresentava a necessidade de ampliar a compreensão dos aspectos psicológicos, uma vez que estavam intimamente imbricados com a prevenção, na gênese e no tratamento das doenças (Neme, 2003). A divisão de Psicologia da Saúde nasceu também com objetivos definidos, dentre os quais estudar a etiologia de determinadas doenças, levando em conta as origens psicológicas, comportamentais e sociais das doenças; empenhar-se por promover a saúde, estudando formas de fazer com que as pessoas tenham hábitos mais saudáveis; elaboração de programas para prevenção e tratamentos de doenças, ajudando, por exemplo, as pessoas a perderem peso, pararem de fumar ou lidar melhor com o estresse; estudar meios de auxiliar as pessoas que já se encontram doentes a se adaptarem e enfrentar melhor tal condição; e promover políticas públicas de saúde (Straub, 2005).

No decorrer dos anos seguintes, a expressão Psicologia da Saúde conquistaria seu espaço, inclusive também através de importantes periódicos como o *Journal of Health Psychology* e o *British Journal of Health Psychology* (Custódio, 2003). Com isso, a Psicologia da Saúde buscou constituir-se em um importante canal de interlocução transdisciplinar, contribuindo para um melhor entendimento dos aspectos psicossociais do adoecimento, incrementando as possibilidades de investigação e intervenção com o doente e o contexto do adoecimento (Neme, 2003).

Com relação a atuação de psicólogos no contexto hospitalar, o primeiro psicólogo que se tem notícia atuando neste ambiente ocorreu no Hospital McLean, fundado em 1818, em Massachussets (Romano, 1987 apud Ismael, 2005). Nesse hospital tem início pesquisas pioneiras sobre a atuação do psicólogo no hospital, tendo sido fundado por lá um laboratório de Psicologia em 1904 (Ismael, 2005).

Apesar de no âmbito internacional ter havido o desenvolvimento da Psicologia da Saúde e da Psicossomática, no Brasil desenvolveu-se exclusivamente um ramo da Psicologia específico do ambiente hospitalar, a Psicologia Hospitalar. É

possível que isso tenha ocorrido pela força que a atuação do psicólogo teve no Hospital antes mesmo de uma difusão maciça da Psicologia da Saúde ou da Psicossomática fora do ambiente hospitalar.

As primeiras atuações no Brasil de psicólogos em hospital surgiram no Brasil na década de 1950, com algumas pesquisas e intervenções pontuais como o estudo coordenado pelo médico Raul Briquet e a psicóloga Betty Katzenstein para a introdução do sistema de alojamento conjunto da maternidade do hospital das clínicas em 1950 (Cytrynowicz, 2004). Em 1957, o Prof. Dr. José Fernandes Pontes no Serviço de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP conseguiu formar uma equipe multidisciplinar. (Rodrigues & Pontes, 1998)

No período de 1952 a 1954, Mathilde Neder iniciou um trabalho como colaboradora na Clínica de Clínica Ortopédica e Traumatológica (atualmente Instituto de Ortopedia e Traumatologia) do Hospital das Clínicas da USP – HC. Mais tarde, em 1974, dirigiu o recém-criado Serviço de Psicologia da Divisão de Reabilitação Profissional de Vergueiro, do HC. Em 1982, assumiu a coordenação das atividades psicológicas do Instituto Central do HC, montando e dirigindo a Unidade de Psicologia (posteriormente denominada Divisão). Ainda nesse mesmo ano, ela fundou o curso de especialização "Psicologia da Saúde: Psicologia Hospitalar" e a partir destes trabalhos, a psicologia cresceu e se consolidou não só na área da saúde, mas de uma maneira geral, uma vez que ela também esteve empenhada nas discussões do projeto que regulamentaria a profissão (Mathilde Neder, 2005).

Conforme aponta Campos (2010), no mínimo há quatro décadas, o psicólogo já era solicitado em instituições de saúde para integrar equipes multidisciplinares, tendo seu papel cada vez mais reconhecido. Isso, no entanto, significa que este profissional começou a atuar na área da saúde antes mesmo da regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil e quando tal profissão se regulamentou ainda não contemplava a área da saúde, algo que ocorreu na década de 70, com a criação na APA do grupo de trabalho na área de saúde, conforme já discutido anteriormente.

Nesse contexto, a atuação de psicólogos em hospitais foi se ampliando, começando pelos grandes hospitais gerais e hospitais-escola. Com o aumento do interesse dos psicólogos pela atuação em hospitais começaram a surgir os primeiros

cursos de psicologia hospitalar, como disciplinas em cursos de graduação e pós-graduação, e posteriormente os primeiros cursos de especialização no final da década de 70 (Cytrynowicz, 2004). Em 1997, com objetivo de ampliar esse campo de conhecimento e promover o profissional que se dedica à essa área, é fundada a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, que fortalece desde então a Psicologia Hospitalar (Ismael, 2005).

Desta forma, a trajetória desenhada acima nos revela a importância da abordagem multidisciplinar da saúde humana e em particular na saúde psíquica. Das considerações trazidas à tona, depreende-se que o tratamento adequado da saúde humana deve compreender a abordagem de um conjunto complexo e dinâmico de fatores relacionados às dimensões biológicas, psicológicas, históricas e sociais do ser humano. A Psicologia, por sua vez, procura atentar a tais aspectos, em especial, suas três linhas que compartilham de diversos pontos de vista, conforme discutido anteriormente: a Psicologia da Saúde, a Psicossomática e a Psicologia Hospitalar. Assim, alicerçado na compreensão do homem como um ser biopsicossocial e dessas variadas e complexas interações que estabelece com o meio onde vive, decidimos realizar uma investigação psicológica de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.

2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Nosso estudo se inicia com um levantamento bibliográfico a respeito da UTI, visando traçar um panorama da realidade deste ambiente hospitalar⁴. Nesta perspectiva, realizamos em julho de 2011, no portal *scielo*, um levantamento de 693 itens a partir de pesquisa com os termos “UTI” e “CTI” (Centro de Terapia Intensiva). Seguindo um modelo de levantamento bibliométrico, os resumos foram lidos e categorizados. Desses itens, 368 foram excluídos em virtude de não corresponderem efetivamente a uma unidade de tratamento intensivo ou de, mesmo sendo voltadas a esse tipo de unidade, apresentarem características específicas, como a UTI pediátrica e neonatal, distintas daquelas estudadas em nosso trabalho. Excluídos, portanto, os itens destoantes do objetivo do estudo restaram 317, que foram agrupados em cinco categorias, que serão representadas graficamente, possibilitando a visualização tanto do número absoluto e quanto do percentual de artigos selecionados, a saber:

- a) questões biomédicas (quadros clínicos, medicamentos, patologias, técnicas de intervenção) – 214 (68%);
- b) equipe (trabalho, capacitação, estresse, *burnout*, etc.) – 49 (15%);
- c) humanização, bioética e tanatologia – 36 (11%);
- d) experiência da família – 8 (3%);
- e) experiência do paciente – 10 (3%)

⁴ Cumpre ressaltar que inicialmente foi realizado um estudo introdutório sobre a realidade da UTI, mas uma vez adotado um método qualitativo, optamos por realizar o estudo bibliográfico aprofundado somente após a coleta e a análise dos dados, a fim de evitar que estas informações influenciassem o olhar do pesquisador. Após o levantamento, os dados foram reabordados e procurou-se articulá-los com a literatura nacional e internacional.

Figura 1 – Percentual de itens do levantamento bibliográfico sobre o termo UTI e CTI em julho de 2011.

A primeira categoria, evidentemente, com 214 itens (68%), foi a que predominou, abordando questões ligadas diretamente à dimensão orgânica do corpo, às patologias, quadros clínicos e diversas técnicas de intervenção da equipe. Este predomínio reflete a natureza da UTI, um local de cuidados essenciais à preservação da vida, com uma preocupação por abordagens dinâmicas e eficazes. Com relação às demais categorias, tendo também apresentado o percentual de itens neste levantamento, aprofundaremos em cada uma delas separadamente, uma vez que consideramos de essencial importância para ampliarmos nossa compreensão sobre a UTI e demais personagens envolvidos nesse ambiente.

2. 1 Equipe

Neste item, procuramos abordar os artigos referentes à experiência da equipe na UTI. Inserem-se aqui artigos referentes ao stress, *burnout* e como estes profissionais percebem seu trabalho. A partir da leitura destas pesquisas, o trabalho em UTI mostra-se como uma atividade que tende a despertar o interesse de muitos profissionais que aspiram prestígio e reconhecimento, mas que por outro lado

encontram uma realidade de trabalho com elevado grau de exigências e responsabilidades, que muitas vezes sobrecarregam estes profissionais. Muitos estudos com a equipe apontam um elevado desgaste físico e emocional, devido à longa jornada de trabalho (Silva & Lima, 2006; Pereira & Bueno, 1997) e à sobrecarga de tarefas, o que ocasionalmente é visto como um fazer burocrático e desvalorizado (Alves, Lopes & Jorge, 2008). Nessas circunstâncias, esse ambiente de trabalho acaba sendo percebido como difícil e desgastante (Pereira & Bueno, 1997), além de ser uma fonte potencial de cansaço e estresse (Baasch & Laner, 2011). Além dessa jornada de trabalho, muitos profissionais fazem dupla jornada para incrementar sua renda (Preto e Pedrao, 2009), o que compromete ainda mais a qualidade de vida destes e se reflete numa elevada taxa de rotatividade no setor (Bastos, 2001).

Outro importante aspecto a respeito da equipe de UTI é o tipo de relação entre os membros que a constitui, marcada por uma rígida hierarquia, o que para muitos deles dificulta o desenvolvimento do próprio trabalho em equipe (Alves, Lopes & Jorge, 2008; Shimizu & Ciampone, 2004). Um dos estudos com a enfermagem de UTI identifica o anseio de uma relação mais horizontal no que diz respeito às decisões e poderes, assim como uma maior participação de todos os membros da equipe (Shimizu & Ciampone, 2004).

Nessas circunstâncias, é notável também a presença da ansiedade nestes profissionais. Em pesquisa com enfermeiros, 38,1% dos participantes relataram tal sentimento diante de uma situação adversa com medicação (Padilha, 2002). Outros sentimentos ainda permeiam a equipe: o medo “de não dar conta”, de errar, de errar muitas vezes, entre outros. E se por um lado, o profissional lida com tais sentimentos e desafios, por outro, há cobrança por dinamismo, organização, responsabilidade e raciocínio rápido (Bastos, 2001). Tais condições de trabalho somadas ao alto nível de exigência técnica e de respostas imediatas para emergências, por sua vez, são fontes geradoras de cansaço e estresse constantes para os profissionais da UTI (De Martino & Misko, 2004). Além disso, estes profissionais também estão constantemente expostos aos ruídos dos equipamentos e à possibilidade de complicações no atendimento dos pacientes. Tal realidade, aliada à sobrecarga de trabalho (Silva & Lima, 2006), às corriqueiras dificuldades em lidar com outros membros da equipe (Shimizu & Ciampone,

2004) e ao estresse e consequente cansaço físico e emocional, acabam se configurando em quadros de Burnout, a síndrome do esgotamento profissional, conforme apontada em pesquisas (Nascimento Sobrinho, 2011).

Além dos desafios técnicos referentes aos cuidados com os pacientes e a relação com a equipe, há ainda os desafios em lidar com a frustração diante do agravamento dos pacientes ou mesmo a possibilidade de morte destes. Pereira e Bueno (1997) ressaltam o convívio constante com o sofrimento, a morte e a imprevisibilidade nestes ambientes. Menezes (2000) aponta ainda que o local de maior ocorrência de morte no hospital é de fato na UTI, o que pode ser extremamente frustrantes para os profissionais que ali trabalham, que muitas vezes agem como se não fossem passíveis de adoecer ou morrer, mas que entram em contato frequentemente com esta realidade e consequentemente com sua condição humana e de finitude. Assim, se por um lado muitas vezes, conforme aponta Bastos (2001), os intensivistas apresentam um sentimento de onipotência, acreditando poder curar e salvar tudo, por outro, apontam Baasch & Laner (2011) a impotência e a frustração também são presentes. Conforme indicam Shimizu & Ciampone (2004), isso talvez se deva pelo mito da eficiência da tecnologia.

Por outro lado, há de se ressaltar também que pesquisas sugerem a existência de um sentimento de contribuição através do trabalho, principalmente, pelo fato de atender pacientes que verdadeiramente necessitam de atendimento médico (Baasch & Laner, 2011). Para muitos profissionais, segundo estudo de Pereira & Bueno (1997), o trabalho em UTI é visto como uma fonte de atendimento assistencial, de doação, crescimento e de conhecimento.

Dessa forma, conforme o exposto, o trabalho em UTI é uma atividade envolta de situações extremas e que muitas vezes parecem contraditórias. A equipe vivencia um local de luta entre a vida e a morte, no qual se empenham e procuram recursos para que a primeira vença, no entanto, justamente por ser o local do hospital com mais recursos para lidar com situações de risco, é comum que eles lidem com quadros clínicos extremamente delicados, fazendo com que eventualmente entrem em contato com a morte. Por essas razões, estes profissionais lidam constantemente com o sofrimento humano e o stress, além de um consequente desgaste físico e emocional.

2.2 Humanização, bioética e tanatologia

Após compreendermos um pouco da realidade dos profissionais, aprofundaremos em algumas questões referentes à sua prática, levando em conta a humanização, bioética e o contato com a morte. Os artigos referentes a estes aspectos foram agrupados em uma mesma categoria por estarem intimamente correlacionadas em muitas pesquisas. Grande parte dos estudos que surgiram são reflexões oriundas da prática em UTI, procurando promover os valores da bioética e da humanização. Nesse sentido, Correa (1998) destaca a importância da humanização, caracterizando a UTI como um espaço altamente especializado, que utiliza uma tecnologia onerosa, mas que muitas vezes deixa o paciente impedido de falar ou se expressar com mais clareza, por conta de tubos, aparelhos de ventilação artificial, sedação, coma, perdendo também o poder de controlar o seu próprio corpo quanto aos cuidados diários de higiene, vestimentas, alimentação, movimentação. Estão, portanto, em um estado de sujeição total ou quase total àqueles que deles cuidam. Nesse contexto de sujeição e de vivenciar tais condições diariamente, o autor propõe que os pacientes sejam observados através de um olhar mais humanizado que vá além da dimensão biológica e dos aspectos técnicos envolvidos.

Além destas condições, outros elementos precisam ser levados em conta, pois se não forem bem administrados podem interferir como importantes estressores ao paciente como é o caso da dor (Wallau, 2006), do ambiente (Boccanera, Boccanera & Barbosa, 2006), da inevitável exposição do corpo (Baggio, 2011), da distância dos familiares, da presença de tubos na boca ou no nariz, da irregularidade do sono, do fato de não ter controle sobre si mesmo e de uma grande e permanente sobrecarga de estímulos sensitivos, dolorosos e sonoros tanto durante o dia quanto à noite (Bitencourt, 2007).

Sabe-se que a manutenção da privacidade do cliente é um desafio para a equipe, pela especificidade da assistência e característica física das UTIs e muito já tem sido feito a fim de uma maior preservação da privacidade do paciente, ante a necessidade de exposição do corpo (Pupulim & Sawada, 2005). Ainda com relação a

essa questão, outro ponto importante é o contato físico com paciente. Se por um lado é um meio de se aproximar do paciente, importante para desenvolver um bom vínculo, por outro existem fatores que dificultam o toque, como o receio dos profissionais em tocar pessoas do sexo oposto, quando o procedimento é muito invasivo ou quando a parte do corpo a ser tocada é muito íntima, o que pode ser constrangedor tanto para eles quanto para os pacientes (Gala, Telles & Silva, 2003). Assim, no que diz respeito ao contato com o paciente, o profissional situa-se numa delicada linha entre manter-se próximo ao paciente, mas sem invadir sua privacidade.

Em estudo a respeito do cuidado da equipe com pacientes gravemente enfermos, Vargas e Meyer (2005) discutem esse atendimento muitas vezes mecanizado, afirmando que corriqueiramente ele propicia um olhar diferente sobre o paciente, esquecendo-se da totalidade deste, enquanto ser humano. Segundo os autores, médicos, enfermeiros, familiares e até mesmo os próprios pacientes interagem mais com o equipamento do que com uns aos outros. Há, por exemplo, uma preocupação exacerbada em saber como estão os parâmetros hemodinâmicos e respiratórios, que ofusca a própria situação clínica e os envolvimento existenciais dos humanos ali envolvidos.

Nessa perspectiva, surgem estudos como o de Silveira (2005), que procuram resgatar o valor da relação humana no âmbito dos cuidados com os pacientes na UTI, interagindo com ele buscando levar em conta não só a dimensão física, emocional, espiritual e social deles, mas também de seus familiares, o que humanizaria mais a experiência em tal ambiente. Outros estudos como o de Chaves & Massarollo (2009) enfatizam a importância da participação da família e do paciente na discussão da evolução e discussão das tomadas de decisões das condutas prognósticas, o que por sua vez refletiria um maior respeito à autonomia do paciente e de seus familiares.

O contato com os familiares, por sua vez, se dá no contexto das visitas periódicas ao leito, momento no qual estes podem ver o paciente e buscar informações sobre o mesmo com a equipe. Cabe destacar, no entanto, conforme elucidam Souza, Chaves & Silva (2006), o alto impacto dos visitantes ao visitarem o enfermo, o que leva a um convívio com situações de angústia, desespero e medo da morte. E nessas circunstâncias, ficam ávidos por informações. Os familiares querem saber o estado do

paciente e tirar suas dúvidas sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos ligados ao paciente. Muitas vezes querem apenas palavras de conforto e atenção, além de estarem muito preocupados com seu ente querido (Inaba, Silva & Telles, 2005).

No que diz respeito ao relacionamento com os visitantes, em particular com os familiares, estudos apontam que também existem dificuldades da parte da equipe em lidar com a situação de visita. Se por um lado, os familiares carecem de informações, por outro, de acordo com estudos de Santos & Silva (2006), nem sempre estas são bem compreendidas, seja pelo grau de desconhecimento do profissional da evolução clínica do paciente por não ter acesso frequente ao prontuário, seja por dificuldades pessoais dele ou dos membros da família. Os autores apontam ainda, em pesquisa com os profissionais da UTI, que a conversa com a família durante o horário de visita aparece como um momento difícil e cansativo, diante da responsabilidade da informação e o receio de sentir-se “encurralado” (sic).

Com isso, é comum a ocorrência de explicações técnicas que nem sempre auxiliam essa comunicação (Bezerra, 1998) ou que muitas vezes consistem em descrições de normas e rotinas da unidade, podendo ser compreendidas como um possível mecanismo de defesa frente a apreensão dos profissionais, do constrangimento e sensação de bloqueio diante de situação de ansiedade e tensão (Domingues, Santini & Silva, 1999).

Seria um engano, no entanto, acreditar que tais dificuldades da equipe são desconhecidas ou ignoradas. É conhecido esse desconforto diante da angústia da família frente à responsabilidade do profissional em comunicar o estado do paciente. Nessas circunstâncias, é que, conforme salienta Bezerra (1998), faz-se importante investir no ensino da comunicação na formação profissional, de forma a capacitá-lo para compreender melhor a atitude do familiar e realizar melhor o seu trabalho. E cada vez mais essa preocupação vem ganhando destaque, uma vez que, segundo pesquisa de Souza, Chaves & Silva (2006), os visitantes vêm sendo reconhecidos cada vez mais como clientes de cuidado, o que tem contribuído para humanizar mais o atendimento dispensado tanto ao paciente quanto a seus familiares.

Ainda no que diz respeito à humanização, destaca-se também a importância de um bom vínculo com o paciente. Alguns autores destacam também a necessidade

de escutar o paciente e exercer um papel de confortador, entendendo a família como uma extensão do doente, procurando compreender e minimizar o sofrimento diante do processo de morte e morrer (Silva, Campos & Pereira, 2011). No que diz respeito a esse tipo de relação, Silva, Campos & Pereira (2011), através de pesquisa com pacientes fora de possibilidade de cura, complementam que o tipo de assistência da enfermagem muitas vezes é direcionado para os aspectos técnicos e à complexidade de cuidados, como higiene, hidratação e medicação, além das variadas normas, rotinas e escalas.

Há, porém, que destacar que, conforme vimos aqui, depreende-se que se por um lado existem inúmeros estudos enfatizando a importância de o profissional entrar em contato verdadeiramente com o paciente, por outro lado não devemos perder de vista que muitos estudos têm apontado tal atividade como emocionalmente difícil, seja pelo grau de exigência técnica e a carga horária de trabalho, conforme se discutiu no tópico anterior, pela cobrança dos familiares do enfermo ou pela constante convivência com a dor, com o sofrimento e a morte.

Pesquisas evidenciam que a equipe compreende adequadamente o conceito de humanização, associando-o “às questões mais relacionais do ser humano, bem como àquelas que envolvem a sensibilidade, o respeito, a empatia e a responsabilidade do/no ato de cuidar” (Costa, Figueiredo & Schaurich, 2011). Ocorre que estes profissionais de saúde estão em contato com o desafio diário de lidar com intercorrências e com uma eventual piora do paciente, tendo a morte como uma de suas maiores dificuldades (Silva, Campos & Pereira, 2011). Diante deste tipo de situação, conforme relatam Ribeiro, Baraldi & Silva (1998), é comum a sensação de impotência e de tristeza. Nessas circunstâncias, diante do que foi observado podemos compreender porque muitas vezes, alguns profissionais parecem defender-se em posturas técnicas tanto no cuidado do paciente quanto no contato com a família.

Além do contato com o paciente em risco de vida, evidentemente é também comum o contato com o paciente recém-falecido. Quanto a isso, Ribeiro, Baraldi & Silva (1998) destacam a preocupação de enfermeiros em se envolverem com todas as questões técnicas possíveis, ao mesmo tempo em que entram em inevitável contato emocional, muitas vezes marcado como triste, sofrido, estressante e angustiante.

Nessas circunstâncias, os autores ainda conjecturam que tal postura, muitas vezes vista como uma insensibilidade, pode funcionar como um importante mecanismo de defesa para suportarem melhor o seu difícil cotidiano, exercendo suas funções e obedecendo a um elevado grau de profissionalismo em suas intervenções. Tal ideia de que o tecnicismo do cuidado pode emergir como defesa à tal vivência estressante também aparece em outros estudos como o de Vila & Rossi (2002) e Toffoletto (2005).

Alguns autores, como Silveira (2005), Vila & Rossi (2002) e Nascimento & Trentini (2004), enfatizam a importância da relação humana, das emoções e dos sentimentos como importantes aliados para humanização do tratamento. No entanto, se por um lado, a proximidade com a dor e o sofrimento pode provocar uma empatia por parte da equipe, existe também um grande desgaste emocional diante dessa proximidade constante com a terminalidade e dilemas éticos, que muitas vezes entram em conflito com seus valores e crenças e suscitam divergências de opiniões dentro da equipe (Chaves & Massarollo, 2009).

Se levarmos em conta que atualmente a situação de terminalidade está repleta de conceitos e valores, veremos que serão inúmeros os dilemas e contradições. Estudos relatam e discutem experiências com a distanásia, na qual se prolonga o processo de morrer sem que necessariamente se garanta a vida, em uma tentativa de lutar contra a inevitável morte, provocando conseqüentemente o sofrimento e agonia do enfermo (Biondo, Silva & Secco, 2009). Como já mencionado, essas contradições vão além da prática da equipe e residem também no que cada membro tem para si como ética, nas relações entre o saber e o fazer, entre o que prega a teoria e o que se torna possível uma vez que no cuidado ao paciente também estão em jogo várias dificuldades pessoais, profissionais e necessidades institucionais (Pinho & Santos, 2008), como também discutiram Moritz (2009), Menezes, Selli & Alves (2009), Vila & Rossi (2002) em estudos nos quais discutem os cuidados da enfermagem com as noções de ética e humanização.

Dessa maneira, podemos concluir que há um consenso sobre a importância de humanizar cada vez mais um ambiente como a UTI. No entanto, conforme vimos anteriormente neste e no item anterior, da mesma forma que o paciente está exposto a diversos fatores estressores, a equipe também está e é preciso levar em conta a

quantidade de elementos que estão em jogo exercendo pressão por todos os lados quando salvar vidas é a prioridade. Comentamos aqui através de alguns autores que a equipe conhece bem o conceito de humanização e tem evidenciado preocupação com o cuidado humanizado, com um contato mais próximo com o paciente, entrando em contato mais profundo com suas emoções e a realidade existencial do paciente. Contudo, tal condição é extremamente difícil de lidar quando levamos em conta o stress que a equipe enfrenta e o consequente estado de vulnerabilidade diante de tal sofrimento. Nesse sentido, concluímos, através da reflexão de Toffoletto (2005), que é necessário investir na discussão a respeito dos dilemas éticos envolvidos em toda prática da UTI, principalmente quando a humanização é o objetivo e a luta contra morte é uma realidade constante. E, além disso, é preciso procurar desenvolver estratégias que possam oferecer suporte psicológico, principalmente, aos profissionais diretamente envolvidos com o processo de morrer.

2.3 Família

Nesta categoria, consideraram-se somente os artigos que lidam com a UTI de adultos. Foram excluídos, portanto, todos aqueles que se referiam a UTI pediátrica e neonatal, por entendermos que se trata de uma experiência diferente para o familiar. Restaram, portanto, oito artigos, que refletiam sobre a vivência do familiar diante da realidade de ter um parente próximo internado em uma unidade de terapia intensiva, suas expectativas, seus medos e como esta se relaciona com a equipe.

De acordo com Lima & Santa Rosa (2008), apesar de a presença do enfermo na UTI tratar-se de uma questão de maior segurança ao paciente, a família muitas vezes encara este momento com muita incerteza e dúvidas, principalmente diante da perspectiva do futuro e possibilidade de morte. Ainda com relação a esta percepção da UTI, Fabiane & Correa (2007) destacam o estigma que o local carrega, sendo muitas vezes percebida como um estado entre a vida e a morte, ou até mesmo como um caminho sem volta. Soares (2007) acrescenta ainda que a população leiga,

em geral, percebe a UTI como um lugar frio, pouco acolhedor e de muito de sofrimento, apesar dos trabalhos já realizados em prol de um atendimento mais humanizado. O autor acrescenta ainda que muitos familiares se queixam por não terem um acesso mais flexível ao paciente, o que se reflete na ocorrência de estresse, ansiedade e depressão nestes, além de uma menor satisfação, de uma maneira geral, com a assistência prestada ao paciente. Tal assistência, por si só, independente das questões técnicas envolvidas, é vista pelos familiares como estressantes, conforme evidencia Costa (2010), que destaca como principais fatores de estresse para a família o fato de ver o paciente em coma ou sedado, entubado⁵ ou sem conseguir falar.

A distância do familiar por si é um fator desencadeador de estresse, pois além de o paciente estar em tais condições, há também uma quebra do cotidiano familiar, deixando uma lacuna nas relações familiares (Costa, 2010; Fabiane & Correa, 2007). Dessa forma, dentre as necessidades dos familiares, outra que se destaca é a necessidade de se comunicar com seus parentes, relatando notícias de casa ou algumas mudanças do cotidiano como uma forma de aproximação (Puggina, Silva e Araújo, 2008). Nestas condições, é comum que os familiares fiquem atentos aos cuidados prestados ao paciente, manifestando muitas vezes o desejo de acompanhar ou até mesmo permanecer ao lado dele (Fabiane & Correa, 2007). Muitos, diante de um parente em estado crítico, ainda aproveitam este pouco contato, procurando mensagens através de sinais como uma lágrima que escorre no rosto ou quaisquer outros que indiquem o estado vital (Lima & Santa Rosa, 2008).

Nestas condições, destacamos, através de estudo de Morgon & Guirardello (2004), algumas necessidades manifestadas pelos familiares como o desejo de sentir que há um interesse da equipe pelo paciente e que estes estão oferecendo o melhor tratamento possível, além de sentir que suas dúvidas foram esclarecidas com franqueza, além de ter esperança de melhora do seu ente querido.

Nesse sentido, diante da evidência de um sofrimento da família, faz-se importante também que se intervenha a fim de reduzir a ansiedade e o estresse. Costa (2010) menciona que uma explicação mais pormenorizada acerca das rotinas da UTI já

⁵ Paciente que recebeu um tubo pelo interior de seu corpo, muitas vezes com a finalidade de auxiliá-lo, através de respiração mecânica.

seria de grande auxílio. Quanto a isso, Oliveira (2010) relata experiências com grupos de apoio à família que têm melhorado os índices de satisfação do atendimento, além de contribuírem para uma prática mais humanizada, na medida em que funcionam como parte de um bom processo de acolhimento.

Por outro lado, é preciso atentar para alguns importantes aspectos. Com relação ao trabalho com grupos, é possível que, além das questões técnicas do âmbito da UTI, venham à tona questões pessoais e com isso é de grande valia que haja a presença ou supervisão de especialistas em relações humanas e nesse tipo de trabalho, o que pode ajudar na compreensão das dificuldades e necessidades tanto dos participantes como do próprio coordenador (Oliveira, 2010). A favor desta aproximação entre equipe e família, podemos destacar a pesquisa de Costa (2010), que refere baixos escores de estresse da família no que diz respeito à relação com a equipe e a pesquisa de Silva & Santos (2010) cujas conclusões enaltecem esta aproximação.

Dessa forma, vemos também na família, a presença do estresse e de situações emocionalmente desgastantes. Além do fato de ter que visitar um ente querido gravemente enfermo, a família o faz durante duas ou três vezes por dia, em tempos limitados, geralmente trinta minutos. Assim, parece válido a iniciativa de procurar aproximar equipe e família, otimizando o momento das visitas, de forma que o visitante possa entrar em contato com seu familiar, mas também obter informações clínicas a respeito do mesmo, uma vez que, conforme Soares (2007), Fabiane & Correa (2007), esta unidade hospitalar carrega um estigma. Assim, tal aproximação pode ser proveitosa tanto para os pacientes quanto familiares, quanto à própria equipe, que pode fazer da relação com a família um importante aliado aos cuidados com o paciente, na medida em que promove o bem-estar deste e daqueles ao seu redor.

2.4 A experiência do paciente

Nesta categoria, a que mais se aproxima aos objetivos desta pesquisa, estão reunidos dez artigos que discorrem sobre a experiência do paciente em UTI, a partir da

percepção do mesmo. Desses artigos, um deles (Cohen & Gobbetti, 2009) consiste em um texto em formato de ensaio que aponta o grande avanço da medicina em detrimento da perda de autonomia do paciente. Com isso, ele questiona se, do ponto de vista bioético, a equipe estaria fazendo o melhor ao interná-lo na UTI. Comenta-se também a perda da autonomia por conta da fragilidade física, as dificuldades de se vincular a outras pessoas, uma vez que é comum o rodízio de profissionais, dificuldades pelo convívio com a dor, o sofrimento e com a morte.

Com relação aos demais artigos, três são estudos com instrumentos de avaliação do paciente. Um deles (Rosa, 2010) consiste em estudo para validar a versão brasileira da escala ESQ - *Environmental Stressor Questionnaire*, concluindo ser este um instrumento confiável e válido para avaliação de estressores em UTI. O segundo estudo (Costa & Marcon, 2009) discute a elaboração e avaliação de um instrumento para identificação de memórias referente à UTI. Além das memórias referentes às experiências vividas, tal instrumento também fornece dados qualitativos acerca de memórias como os sonhos, pesadelos e alucinações. O instrumento alcançou resultados equiparáveis a outros descritos na literatura, porém seus autores sugerem a continuidade dos estudos para que seja possível uma validação mais consistente.

O terceiro estudo (Souza, 2006) trata da aplicabilidade de um indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva e aponta este ambiente hospitalar como dotada de duas dimensões: por um lado é um local seguro e organizado, porém, por outro, é também um ambiente estressor e de tensão. Este artigo vai um pouco mais além, detalhando tal ambivalência do setor, conforme discutiremos a seguir, e se soma a outros seis artigos que exploram a realidade do paciente na UTI, partindo da perspectiva do mesmo.

Antes do ingresso na UTI, o paciente vivencia um sofrimento diante da imagem estereotipada de que a UTI é um lugar de morte. Após esse momento, o primeiro impacto é a cirurgia, evento que geralmente antecede a internação na UTI. Tal momento se representaria como um desligamento da vida, no qual o corpo ficaria por conta da equipe de saúde. Assim, apesar de ser um meio de recuperação, a cirurgia acaba sendo também um momento de confrontação com a própria finitude. Nessas

condições, acordar após a cirurgia seria um alívio, apesar de ainda estar em uma situação estressora (Guiraderllo, 1999).

Com relação à internação, o paciente, ao acordar, encontra-se sem a companhia de seus familiares num ambiente desconhecido, muitas vezes assustador que gera insegurança e medo. Ao invés das pessoas queridas, vê-se cercado por pessoas ativas e ocupadas, que apesar de muito preocupadas com sua recuperação, têm poucos recursos para reduzir a sensação de isolamento. Algumas vezes o contrário acaba ocorrendo e o paciente fica exposto às decisões assumidas por outras pessoas, ficando, portanto, passivo e alheio a seu tratamento, quando não destituídos de autonomia e responsabilidade. Nestas condições cabe destacar ainda que o medo da morte é constante para muitos pacientes, estar na UTI é estar entre a vida e morte, muitas vezes percebido como uma ida sem volta (Lemos & Rossi, 2002).

Souza (2006) destaca o estresse vivido pelos pacientes na UTI, a começar pelos equipamentos utilizados que são extremamente avançados e de alta precisão, mas que tornam o ambiente agressivo; e somados ao desconhecimento que se tem do setor, favorecem a ideia de “túnel” em direção à morte. Há ainda outros fatores físicos e ambientais como o barulho de aparelhos e pessoas, as dificuldades para dormir, a iluminação constante, a presença de sondas, a higiene feita no leito, o isolamento e a dor.

No que diz respeito à dor, Guiraderllo (1999) destaca os inúmeros fatores com as quais ela pode ser associada, tendo um caráter intrinsecamente subjetivo, individual e emocional. Nesse sentido, torna-se imprescindível ser solidário e respeitar a dor física e subjetiva do paciente e dispor-se a ouvir ao paciente, como uma tentativa de amenizar o sofrimento. Outro ponto importante que o autor destaca é a comum perda do referencial de dia e noite, decorrente do ambiente da UTI e do grau de dependência física, o que contribui com a sensação de perda do controle sobre a vida.

Outro estudo aponta ainda a presença nos leitos de UTI do *Delirium*, quadro confusional, com alta prevalência em pacientes críticos, que se caracteriza como um distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção. Comumente é resultado de alguma condição clínica, síndrome de intoxicação ou abstinência e apesar de geralmente ser reversível com tratamento à base de drogas antipsicóticos, pode ser um

importante perturbador do bem-estar do paciente ou até mesmo de sua saúde (Pessoa & Nacul, 2006).

Lemos & Rossi (2002) acrescentam ainda outras mudanças que ocorrem durante a internação tais como nos hábitos de higiene, de alimentação, de sono e repouso e de convivência. Tais condições colocam ainda o paciente conectado vinte quatro horas por dia com a rotina da UTI, colocando-os muitas vezes em contato com sua doença, despertando insegurança e medo. E por conta disso, é preciso atentar para a dimensão da enfermidade. Além disso, enquanto para o profissional de saúde, a doença afeta o indivíduo, para o paciente, além dele, afeta todas as pessoas que convivem com ele, como familiares, amigos e colegas de trabalho. Outro ponto que se destaca nestas situações é a comunicação que muitas vezes pode gerar mal-entendidos, diante da quantidade de termos específicos e pela bagagem cultural que cada paciente e sua família têm.

Ainda com relação à comunicação, Godoy (2009), em estudo com mulheres internadas em UTI que passaram por situação de “*near miss*”⁶, também destaca a ocorrência de comunicação ineficaz entre o paciente, a equipe e a família. Esta última, por sua vez, tem o contato apenas durante as visitas, momento que Lemos & Rossi (2002) apontam como imprescindível à internação, por aproximar a família do enfermo, conforme discutimos anteriormente, dando segurança a este e compartilhado este momento de dificuldade.

Tendo isso em vista, Maciel & Souza (2006) realizaram estudo no qual concluíram que os maiores perturbadores do descanso do paciente são os próprios profissionais de saúde que necessitam realizar seus procedimentos. Assim, nessas circunstâncias, as visitas familiares não interromperiam o descanso do paciente. Este mesmo estudo procurou ainda avaliar a opinião de pacientes sobre a presença de acompanhantes na UTI, tal como ocorre nas enfermarias. 58,7% dos participantes manifestaram esse desejo, ao passo que os demais preferiram não ter um

⁶ “Evento de quase perda”, ou seja, uma ocorrência clínica adversa séria que conduziu a danos e morbidade ao paciente que, de algum modo, sobreviveu e, comumente sofre repercussões físicas, mentais e sociais (Godoy, 2009).

acompanhante, acreditando que família ficaria muito preocupada, sofrendo, sem poder ajudar.

Se por um lado, a UTI suscita tantas angústias e ansiedades, por outro é importante ressaltar que ela aparece em algumas pesquisas como um lugar organizado, higiênico, seguro e de cuidado especializado. Além disso, apesar de ser um ambiente tipicamente muito agitado, os pacientes e seus familiares também conseguem perceber momentos de tranquilidade essenciais à recuperação (Souza, 2006; Lemos & Rossi, 2002). Há de se destacar ainda que o profissional é visto como uma figura de grande valor devido à proximidade em que se encontra, despertando no paciente a sensação de que está sendo bem cuidado (Guiraderllo, 1999) e que, de modo geral, os pacientes demonstram satisfação com relação à assistência recebida na UTI (Souza, 2006).

Durante a internação na UTI, emergem outros aliados do paciente ao enfrentamento dessa situação: a fé e a espiritualidade, que ao que parece, trazem conforto e confiança à família e ao paciente. Este é um aspecto que permeia todo o processo de internação e aparece também no momento da alta, que muitas vezes é visto como um recomeço ou um reencontro com a vida. (Lemos & Rossi, 2002).

Por fim, destacamos ainda a pesquisa de Machado (2007) que aborda a alta da UTI. Os autores avaliaram as atividades diárias, capacidade física, satisfação subjetiva da saúde e estado de felicidade dos pacientes após a alta. Eles observaram que na primeira semana há um decréscimo na qualidade de vida, porém logo esse quadro se normaliza e o paciente passa a gozar de boas condições clínicas, apresentando bons índices de satisfação. Esse fato pode ser explicado pelo tempo que é necessário para que o ser humano readquira as suas funções motoras e habilidades prévias e se adapte a uma nova realidade (Machado & Basso, 2007).

Dessa forma, a partir do que abordado aqui a respeito do paciente em UTI, podemos ver que ele se percebe num ambiente ambivalente. De um lado há o medo e a insegurança por conta de seu quadro clínico e do estigma de morredouro que a UTI possui, mas por outro lado há uma tranquilidade ou até mesmo conforto por se perceber em um lugar com aparatos tecnológicos e cuidados especializados.

2.5 Ampliando o conhecimento acerca da realidade do paciente

Após a leitura dos artigos anteriores, optamos por investigar mais profundamente a realidade do paciente no leito a partir de bancos de dados internacionais como o *Web of Knowledge*⁷, *PsycInfo*⁸, *Pubmed*⁹, *Uptodate*¹⁰ e *Psychosomatic Medicine*¹¹.

As pesquisas em cada portal iniciaram com o termo “*intensive care unit*”, no entanto, de acordo com o número de itens encontrados, tal busca era refinada, adicionando AND “psycholog\$”, expressão que através do operador booleano “\$” busca os termos derivados do radical “psycholog” como “psychological” and, “psychologist”, entre outros. Outro refinamento que permitiu uma busca mais precisa foi a adição das expressões NOT “neonatal” e NOT “*pediatric*”, o que garantiu a exclusão dos artigos realizados em UTI neonatal e UTI pediátrica. Tal exclusão se deu, conforme já explicitado, por entendermos que se tratam de vivências diferentes da UTI de adulto e, que apesar de extremamente ricas e importantes de serem estudadas, não representavam o foco deste trabalho. Cabe destacar, no entanto, que este trabalho de pesquisa realizado em alguns bancos de dados internacionais não se constituiu uma revisão sistemática, modelo de revisão com um maior rigor e grau de quantificação, que costuma consumir anos de pesquisa e são capazes de até mesmo responder perguntas de pesquisa. Assim, apenas estudamos alguns artigos alinhados com o foco do nosso trabalho, com o intuito de ampliar nosso olhar sobre essa realidade. A seleção destes artigos se deu inicialmente pelo título. Quando se evidenciava que mesmo tratava de questões relacionadas à realidade da UTI estudávamos atentamente o seu resumo. Confirmada a pertinência do artigo ao nosso trabalho, o mesmo era lido integralmente.

⁷ <http://www.isiwebofknowledge.com>

⁸ <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>

⁹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

¹⁰ <http://www.uptodate.com/index>

¹¹ <http://www.psychosomaticmedicine.org>

Dessa forma, aprofundando o olhar no que diz respeito à experiência de internação em UTI, a leitura dos artigos nos bancos de dados internacionais confirmam muitas das pesquisas brasileiras. Muitos estudos citam a presença de estresse ou fatores estressantes na UTI, tal como os antigos estudos de Hay & Oken (1972), que consideram este ambiente como fonte de experiência estressante para pacientes e equipe. Nesta mesma linha de percepção, encontramos outros trabalhos mais recentes como o de Biancofiore (2005), que estudando pacientes e cuidadores em UTI, identificou como principais fatores geradores de estresse ao paciente as dificuldades para dormir, dor, a presença de tubos no nariz ou na boca, saudades do cônjuge e da família, vendo-os poucos minutos por dia. Tais condições, conclui o autor, podem fazer da passagem na UTI uma estressante experiência. Gomez-Carretero (2007) acrescenta ainda, além do estresse, a presença de ansiedade, depressão ou a “síndrome de cuidados intensivos”, diante das dificuldades citadas anteriormente, além do consequente sentimento de perda de autonomia, o que provoca também a necessidade de saber o que está passando consigo.

Outros estudos confirmam também a dificuldade de dormir e a qualidade do sono. Dlin (1971) destaca a presença de aspectos perturbadores do sono como a iluminação constante, a presença de ruídos e a movimentação da equipe. Kadiev & Ali (2008) destacam que o uso de sedativos e analgésicos na indução do sono pode conferir algum conforto ao paciente, mas que não substitui o sono natural, em sua função de repouso e reparação.

A exposição aos ruídos, além das já conhecidas consequências psicológicas tem também uma resposta fisiológica decorrente do estresse, conforme mostram os estudos de Hsu (2010), no qual se evidencia a relação entre a presença dos ruídos na UTI e alterações na frequência cardíaca e na pressão arterial.

Com relação à realidade da UTI, McNicoll (2003) destaca ainda a presença de *delirium*, principalmente em pacientes mais idosos. É notável também a quantidade de artigos preocupados em estudar o estresse pós-traumático, decorrente da UTI, tais como os estudos de Davydow (2008), que, através de uma revisão sistemática aponta uma alta prevalência do transtorno, afetando negativamente a qualidade de vida do sobrevivente. Por outro lado, Richter, Waydhas & Pajonk (2006), em pesquisa com

pacientes que se internaram em tal unidade, verificaram que há indícios de que o transtorno possa estar associado não necessariamente ao ingresso na UTI, mas sim em decorrência de uma lesão corporal grave. Ainda com relação ao transtorno de estresse pós-traumático, Mealer (2007) afirma que há indícios ainda que o transtorno possa afetar não apenas os pacientes, mas também os profissionais da área.

Com relação a possíveis consequências psicológicas da internação é possível citar a pesquisa de Dowdy (2009) com pacientes de UTI com lesão pulmonar aguda. Nesses casos, são comuns os sintomas depressivos em seis meses, estando associados a fatores relacionados com a UTI. O estudo não é categórico em explicar o porquê desta associação, mas acredita que ela tenha a ver com determinados aspectos da doença e com os diversos cuidados intensivos decorrente dos sintomas, do que apenas com a internação propriamente dita.

Outras pesquisas também se afinam com a literatura nacional quando dizem respeito à ética e às situações de possibilidade de morte, dentre os quais destacamos o trabalho de Curtis, J. R. & Vincent, J-L (2010) ou de Bryce (2004) que discutem os dilemas éticos envolvidos em tal contexto muito semelhantes aos existentes no Brasil, como o momento certo para desligar determinado equipamento ou para realizar um procedimento invasivo de alto risco.

Por fim, destacamos ainda a pesquisa de Crunden (2010), um enfermeiro com vinte anos de experiência, que viu sua prática profissional dar uma guinada, quando sua mulher se internou em uma UTI por conta de um choque séptico. O autor descreve como acompanhou angustiado e com medo o agravamento gradual da condição clínica dela. Era difícil perceber o sofrimento da esposa com sua saúde e com o que acontecia com ela, ao mesmo tempo em que ele se envolvia com o medo e com a possibilidade de perdê-la. Em meio a essa situação, ele repensou seu papel como enfermeiro, ajudando os pacientes em sua recuperação com os procedimentos, mas também estando presente como outro ser humano. Afirmou também ter repensado alguns valores, uma vez que antes percebia a qualidade dos cuidados prestados na UTI, através do controle com as taxas de infecção, com o número de reclamações e elogios, número de incidentes e mortalidade, entre outros. A partir desse episódio, Crunden (2010), passou a ver que havia outra dimensão no cuidado do paciente, a qual

ele não costumava considerar antes como a dor, o desconforto e a humilhação referida pela esposa. Percebeu também que esta, por sua vez, conferia um valor especial aos pequenos atos de gentileza e carinho, que segundo autor ajudaram a manter a dignidade dela e a reduzir o medo que ela sentia. Assim, conclui enfatizando a importância de o profissional lidar com estes aspectos, tornando a experiência da internação em UTI mais suportável e menos assustadora para o paciente e seus familiares.

Tais estudos corroboram com a literatura nacional na medida em que visualizam muitas situações difíceis e estressantes, enfatizando também a necessidade de atentar para a dimensão subjetiva da experiência de cada paciente, com sua história e características que são próprias a cada um.

3 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

3 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

A partir da minha prática clínica na UTI, foi verificada a existência de diversas dificuldades e situações potencialmente estressoras, no sentido de sobrecarga e sofrimento. Há um crescente número de pesquisas, porém muitos deles relacionados, conforme levantamento mostrado, às questões biomédicas, à equipe e à humanização do atendimento. Tais estudos são de extrema importância, mas acreditamos que são necessárias outras pesquisas mais voltadas à realidade subjetiva do paciente. Tal constatação motivou a realização de um recorte mais específico dessa realidade, partindo da perspectiva da Psicologia Clínica, buscando conhecê-la a partir do discurso do próprio paciente. Nesta perspectiva, apresentamos os objetivos geral e específicos do trabalho.

3.1 Objetivo geral

Compreender a experiência subjetiva do paciente em UTI, levando em conta seus aspectos psicológicos, sua história, percepções, angústias, medos e fantasias.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar a percepção dos pacientes, sob a influência das emoções e afetos, quanto às condições em que encontram no leito de UTI;
- Investigar fantasias e conteúdos psicológicos com relação à sua condição clínica, à família, à equipe, expectativa de prognóstico, entre outros;
- Investigar as estratégias adotadas pelos pacientes para lidar com tal situação.

4 MÉTODO

Diante da necessidade de se enfatizar nessa pesquisa, aspectos subjetivos de cada paciente, optou-se por adotar uma abordagem qualitativa, por julgarmos mais adequada ao nosso tipo de estudo. Nessa perspectiva, adotamos o método clínico-qualitativo apresentado e sistematizado por Turato (2008), proposto para estudar os fenômenos humanos e suas interações e significados no campo da saúde. Dessa forma, a presente pesquisa buscará entender os sentidos que os sujeitos atribuem à internação numa UTI, assim como a experiência subjetiva na mesma, e como encaram esse momento, através de entrevistas semi-dirigidas, enriquecidas com as observações e percepções do pesquisador, uma vez que na pesquisa qualitativa, as impressões do pesquisador são consideradas e tidas como elemento essencial para compreensão dos fenômenos estudados.

4.1 Considerações Epistemológicas

A partir do que foi apresentado até o momento, julgamos necessário apresentar pontos fundamentais que justificam a escolha do método, entendendo-o como o mais adequado aos objetivos propostos e pressupostos teóricos que norteiam nossa pesquisa. De acordo com Turato (2008), o método qualitativo busca entender o fenômeno em seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, possibilitando assim, a identificação do que representam para os indivíduos os fenômenos da doença e da vida em geral. Assim, ainda de acordo com esse autor, através do método qualitativo seria possível estudar o significado das “coisas” e não simplesmente a existência ou não destas. Nesse sentido, procuramos compreender determinados fenômenos psíquicos e não apenas descrever sua existência ou não em um leito de UTI ou quantificar a intensidade de sintomas.

Um segundo aspecto que julgamos pertinente salientar diz respeito à compreensão que procuramos alcançar neste estudo. Adotaremos como base a Psicanálise, por entender que ela, ao considerar a dimensão inconsciente do sujeito tanto no ato da pesquisa, quanto no próprio cerne da elaboração teórica, do entrevistado e do entrevistador nos dá subsídios para compreender variados aspectos psicológicos do paciente, assim como sua história, percepções, angústias, medos e fantasias (Mezan, 1993).

Por fim, outro importante aspecto enfatizado é a consideração que se faz da própria experiência do pesquisador, registrado antes e após cada entrevista por meio de diários de campos e pelo registro de impressões a respeito de cada entrevista. Um dos motivos de tal postura é que ao invés de lutar pela ilusão de neutralidade, por nos situarmos em um referencial psicanalítico, aceitamos o fato da impossibilidade de o entrevistador, ainda mais na área de ciências humanas de se manter neutro e utilizar a vivência deste para enriquecer ainda mais a descrição dos dados. Pois, como dirá Bleger (1998), a objetividade de uma investigação dessa natureza só pode ser alcançada quando se incorpora o próprio sujeito observador como uma das variáveis do campo, uma vez que o próprio objeto de estudo é o homem. E como salienta a Psicanálise, a compreensão clínica torna-se mais adequada quando colocamos em jogo o inconsciente, tanto do entrevistado quanto do entrevistador.

4.2 Participantes

4.2.3 Critérios de Inclusão

Nosso grupo de estudo compreende pacientes com idade a partir de 18 anos, em Unidade de Terapia Intensiva, em decorrência de algum episódio agudo, seja adoecimento, acidente, intercorrências cirúrgicas ou pacientes pós-cirúrgicos. Além disso, estes pacientes deveriam estar aptos para se comunicarem adequadamente,

sem o impedimento de aparelhos de ventilação artificial, sondas, quaisquer outros equipamentos ou até mesmo lesões corporais que pudessem atrapalhar a expressão verbal do paciente.

Além desses critérios, levando em consideração o fato de que muitos dos pacientes de UTI apresentam quadros confusionais agudos causados por distúrbios orgânicos, como o *delirium* (Heckers, Tesar & Stern, 2003), ou até mesmo causados por ansiedade ou medo (Eisendrath & Chamberlain, 2006), foi utilizado, como instrumento para avaliação do estado de consciência, o *mini-mental*, ou MMSE – do inglês “*mini-mental state examination*” (Folstein, 1975). Assim, foi considerado como critério de inclusão o desempenho destes pacientes neste instrumento, um teste de fácil aplicação, que dura de cinco a dez minutos e avalia funções cognitivas específicas (Almeida, 1998).

4.2.4 Sobre a seleção dos participantes

O psicólogo, inserido nas atividades do hospital, atuava atendendo pacientes e familiares na clínica cirúrgica, incluindo a UTI e Unidade semi-intensiva. Os pacientes participantes da pesquisa foram selecionados mediante triagem realizada a partir de nomes sugeridos pela chefe da enfermagem responsável pela UTI, considerando as condições clínicas e estado de consciência vigil dos pacientes a serem entrevistados.

Posteriormente, os pacientes selecionados eram abordados pelo pesquisador e havendo concordância lhe era apresentado e lido integralmente o termo de livre de consentimento do participante do estudo, que poderia acompanhar o teor da leitura através da segunda via do documento (vide anexos 1 e 2).

4.2.5 Amostragem

Foi utilizada amostragem por conveniência e saturação. Ou seja, com relação ao primeiro aspecto, os pacientes eram atendidos conforme fosse possível de acordo com suas condições clínicas e vigis e se enquadrassem nos objetivos da investigação. No que diz respeito ao segundo, o número de participantes foi fechado quando, o conteúdo das entrevistas passou a se repetir significativamente.

Caso o paciente recusasse ou não se adequasse ao perfil da pesquisa, o mesmo não era entrevistado e o psicólogo pesquisador tomava os devidos cuidados, fazendo o acolhimento psicológico. Caso o paciente evidenciasse a necessidade de algum tipo de apoio psicoterápico, apresentávamos-lhe a possibilidade de encaminhamento para outro psicólogo da instituição ou, se preferisse, ser acompanhado pelo próprio pesquisador, conforme mencionado no termo de consentimento (vide anexo 1).

4.2.6 O ambiente natural

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), um hospital escola, composto de diversos funcionários, profissionais de saúde, residentes e estagiários. O espaço é dividido em quatro grandes setores: a clínica médica, a clínica cirúrgica, a clínica pediátrica e a clínica ginecológica. Na clínica cirúrgica, além dos leitos para cuidados pré e pós-operatórios, localiza-se a Unidade de Terapia Semi-Intensiva e a Unidade de Terapia Intensiva. Esta, por sua vez, possui 14 leitos e dispõe de um corpo técnico multidisciplinar que presta atendimento direto aos pacientes, além da realização de exames e aspectos administrativos do setor. Devido à natureza de cuidados prestados, existe um controle com relação à movimentação do ambiente, a fim de evitar infecções e também para não interferir na atribulada rotina da

equipe. Por conta disso, a visita de familiares é mais limitada que em outros setores, em geral duas horas por dia. No caso do HU, das 11h da manhã às 12h e das 16h às 17h.

Durante o tempo em que atuamos, pudemos perceber que a UTI é um ambiente bastante dinâmico e agitado, no qual é impossível prever o grau de “turbulência” do dia seguinte, o que muitas vezes refletia na prática que nos propúnhamos realizar. Houve dias em que era possível conversar com a enfermeira a respeito dos pacientes, realizar atendimentos e em seguida até discutir alguns casos com a equipe. Em outros, a equipe ficava inacessível, em consequência do envolvimento com alguma intervenção emergencial que, em alguns casos, poderia durar várias horas inviabilizando a entrevista dos pacientes. Este obstáculo operacional decorreu do fato do pacto com a chefia do setor e demais comitês de ética de que seria estabelecida uma interface com os profissionais de saúde antes de cada entrevista a fim de por um lado proteger o paciente e por outro evitar a realização da entrevista em um horário em que estivesse agendado algum procedimento médico essencial. Diante dessa realidade, não foram raros os dias em que não pudemos concretizar as entrevistas planejadas ou que as entrevistas foram interrompidas por alguns instantes para a realização de procedimentos habituais.

4.3 Instrumentos e Procedimentos

Após o consentimento da equipe para a realização de entrevista com um determinado paciente, este era abordado pelo pesquisador que procurava estabelecer um *rapport*, apresentando a pesquisa e enfatizando seus objetivos e importância. Caso ele aceitasse participar, era aplicado o MMSE (vide anexo 3) para triagem de pacientes suficientemente conscientes¹², com as funções psíquicas preservadas. Este é um

¹² Adota-se nessa pesquisa, a definição neuropsicológica de consciência apresentada por Dalgalarondo (2000), na qual esta se relaciona com um estado vigil, com grau de clareza do sensorio, ou seja, estar consciente seria então “estar desperto, acordado, vigil, lúcido” (pág. 63).

instrumento de rastreio utilizado para detectar déficits cognitivos, sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos e várias baterias neuropsicológicas (Brucki, 2003). É de fácil aplicação, composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, cada uma planejada para avaliar funções cognitivas específicas: *orientação para tempo* (5 pontos), *orientação para local* (5 pontos), *registro de 3 palavras* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *lembrança das 3 palavras* (3 pontos), *linguagem* (8 pontos), e *capacidade construtiva visual* (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, sabendo que 0 é ausência de déficits e 30 é um forte indício de comprometimento cognitivo (Almeida, 1998).

Com relação à nossa aplicação, devido às limitações físicas impostas ao paciente em leito, adaptamos a escala no que diz respeito ao item 3 (três) do tópico Linguagem. Ao invés do comando “Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” utilizou-se “Pegue este papel, dobre e coloque do outro lado da cama”. Utilizamos a palavra cama por entender que seria de mais fácil entendimento do que a palavra leito, que tecnicamente seria mais adequada. Não especificamos a mão, por entender que muitos dos pacientes tinham limitações físicas temporárias em um dos membros, seja por conta de edemas, sondas ou cateteres.

Em seguida, caso o paciente passasse pela triagem preliminar, a entrevista propriamente dita era realizada no leito, seguindo um modelo entrevista semi-dirigida (vide anexo 4), tendo o cuidado de desenvolver a pesquisa de acordo com as normas éticas, e de obter o consentimento prévio do paciente em participar da pesquisa através de termo específico (vide anexos 1 e 2). Optou-se pela realização das entrevistas no leito, por objetivar o estudo dos fenômenos trazidos nas falas dos pacientes em seu setting natural, valorizando, além do contato pessoal com o pesquisador, o próprio setting do sujeito da pesquisa. Pois, conforme apontam Denzin & Lincoln (apud Turato, 2008), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalística para o assunto em questão, o que significa buscar dar sentido ou interpretar os fenômenos que os sujeitos trazem, no *setting* natural, o qual seria, segundo Turato (2008) o local mais adequado para coleta de dados, por englobar e preservar as incontáveis

características da amostra a ser estudada. Cada entrevista foi gravada com o consentimento do participante e em seguida era transcrita

Com a relação à entrevista, ela se mostrou

um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (Turato, 2008. Pág. 308).

No caso do método clínico-qualitativo, a entrevista deu-se de forma semi-dirigida, uma vez que através dessa forma de entrevista, ao mesmo tempo em que se garante que o pesquisador obtenha as informações que deseja, também dá liberdade ao paciente para responder como lhe convier, de maneira que possibilita uma investigação mais ampla e profunda do entrevistado (Bleger, 1998).

O modelo aqui adotado (vide anexo 4) dispunha de seis perguntas voltadas para questões que julgamos que fariam emergir os conteúdos referentes à experiência subjetiva de cada paciente, que seriam respondidas livremente pelo paciente e que poderiam ser complementadas com outras perguntas do pesquisador ao longo da entrevista. Em nossas experiências, verificamos que por conta do contexto em que o paciente se encontra, há uma tendência de ele responder a perguntas “como você se sente?” ou “como você está?” através de uma descrição de seu quadro ou indicando seu estado de saúde¹³. Assim, em nosso modelo, priorizamos perguntas que exploravam a realidade psíquica do paciente, através de uma investigação inicial a partir da descrição de fatos e da experiência ali vivida. Descrevendo seu dia-a-dia, sua relação com a equipe, com sua família e com sua religião, os pacientes deixaram suas impressões e evidenciaram demais conteúdos psíquicos, que almejávamos alcançar.

Por fim, levando em conta aspectos sociais e biológicos, o instrumento contava também com local para registro de informações referentes ao quadro clínico e internação hospitalar, além de registro de dados para caracterização sociodemográfica

¹³ Esta questão será discutida mais adiante na análise dos dados.

e outras informações sobre a condução da entrevista, postura do entrevistado, entre outros (vide anexo 4).

4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

As questões éticas, deontológicas e legais foram trabalhadas de acordo com as leis e regulamentações vigentes. Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, atentou-se para a Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Procurou-se respeitar a todo o momento a dignidade e autonomia de cada participante, garantindo-lhe a possibilidade de recusar ou desistir a qualquer momento da pesquisa e preservando sua identidade, com o devido sigilo de informações que possam identificá-lo, evitando assim qualquer dano decorrente da pesquisa.

O projeto foi submetido e aprovado na Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário, HU-USP.

Dessa forma, a participação do paciente na pesquisa ocorreu mediante consentimento livre e esclarecido (termo em anexo).

Em caso de absoluta impossibilidade física de assinar o termo, por conta de sondas, cateteres ou edemas, foi feita a leitura do mesmo, com a concordância verbal do paciente em participar, registrado por meio de um gravador. Posteriormente, um familiar o representou, assinando o termo, ou o próprio paciente assim que tivesse condições.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados seguindo o método de análise de depoimentos de Rodrigues (1998). Dessa forma, durante as entrevistas, procurou-se estimular as reflexões dos participantes sobre sua experiência e durante a análise, entendemos que

suas falas, além de conter determinadas formulações racionais ou intelectuais, também estavam impregnadas de vivências afetivas, no que diz respeito à sua relação com a enfermidade, com a internação, com os profissionais, com sua família e com a maneira como cada paciente procurava lidar com sua particular experiência de estar internado em uma UTI.

Após coletar os dados através das entrevistas, foram feitas as chamadas leituras flutuantes, de cada transcrição separadamente, buscando estabelecer um contato inicial com as informações obtidas, conhecendo-o material e deixando-se invadir por impressões e orientações, para que o conteúdo pudesse ganhar clareza. A partir destas leituras, diversos conteúdos emergiram e foram organizados em categorias.

Estas categorias não existiam previamente, mas após repetidas leituras, vimos que alguns conteúdos predominavam nos depoimentos, expressando tipos de experiências e sofrimentos comuns em diversos pacientes da nossa pesquisa. Inicialmente, foram registradas onze categorias primárias de depoimentos: a) hospital; b) UTI; c) família; d) morte; e) vivências de castração; f) impressões sobre a entrevista; g) vivências de desamparo; h) sentido da experiência; i) feridas narcísicas; j) religião e *coping*; k) equipe. Mais tarde, após releituras, percebemos que algumas dessas categorias interagiam entre si, aparecendo, muitas vezes, concomitantemente. Em seguida, procuramos identificar as semelhanças e diferenças, avaliando as categorias, para finalmente integrar os dados, articulando-os com a teoria, e interpretá-los a partir de um referencial psicanalítico. Nesse sentido, após repetidas leituras, agrupamos algumas dessas categorias, resultando nas sete novas categorias que serão apresentadas a seguir e analisadas mais detalhadamente adiante.

- a) Sobre a entrevista – categoria na qual refletimos sobre a forma com que cada paciente percebeu esse momento e se posicionou;
- b) A UTI e sua equipe – categoria na qual agrupamos os depoimentos a respeito da percepção dos pacientes sobre a instituição, a equipe, espaço físico, procedimentos e as peculiaridades do setor;

- c) Feridas Narcísicas – categoria na qual, partimos do conceito de narcisismo, para entender as repercussões do adoecimento e da enfermidade no psiquismo.
- d) Vivências de Castração e desamparo - entendemos como fenômenos distintos, mas trabalhamos com os dois conceitos em uma mesma categoria, por entendermos que estão intimamente relacionados, principalmente nas condições em que os pacientes se encontram. Discutiremos nesta categoria, a vivência das limitações do paciente de suas limitações, seja pela enfermidade ou por sua condição no leito de UTI, ou até mesmo pela dependência parcial ou completa do outro.
- e) O contato com a morte – procuramos analisar a forma como a angústia de morte é vivida, percebida e falada pelo paciente e demais pessoas ao seu redor;
- f) Família e meio social – categoria através da qual, investigamos como o paciente percebe a repercussão de sua enfermidade ou internação em sua família ou no meio social em que está inserido.
- g) *Coping*, religiosidade e o sentido da experiência em UTI – inicialmente em categorias distintas, estes três conceitos foram agrupados em uma mesma categoria por mostrarem-se intimamente relacionados com a forma com que o paciente percebe sua internação e como reage ou procura lidar com essa situação.

5 RESULTADOS

Conforme já mencionado, o material aqui apresentado não pretende esgotar o assunto e não apresenta características determinantes e irrefutáveis dessa experiência de estar internado em UTI. Entendemos que os dados aqui apresentados são apenas o recorte de uma dada realidade e contexto, mas que podem nos ajudar a compreender melhor a experiência destes pacientes em circunstâncias semelhantes. Antes de adentrarmos na análise das categorias, apresentaremos um panorama geral com alguns dados sociodemográficos para posteriormente apresentar os pacientes entrevistados, com uma breve síntese de sua situação de vida, história pessoal e quadro clínico.

Foram entrevistados dezoito pacientes que apresentaram uma média de idade de 58,83 anos, sendo que 33% deles apresentam ensino fundamental completo, 5%, ensino fundamental incompleto, 28% têm ensino médio completo, enquanto 17% têm ensino médio incompleto e 17% não têm escolaridade. Os participantes durante as entrevistas apresentaram um tempo médio de internação de 2,77 dias, apresentando variados diagnósticos. Quanto às questões religiosas, doze são católicos (66%), quatro são evangélicos (22%), um participante é budista (5%) e outro se declara não seguir nenhuma religião, afirmando-se adepto da teosofia, por procurar integrar ciência, religião e filosofia (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

	Participante	Idade	Escolaridade	Religião ou Crença	Tempo de Internação	Diagnóstico
01	Antônio	64	Ensino Fundamental	Teosofia	5 dias	Megaesôfago (Doença de Chagas)
02	Bernadete	70	Ensino Fundamental	Catolicismo	2 dias	Pneumonia e hepatite infecciosa
03	Carlos	52	Ensino Médio	Catolicismo	2 dias	Neoplasia de Cólon
04	Denise	50	Ensino Médio Incompleto	Ig. Evangélica	6 dias	Choque Hipovolêmico
05	Eduardo	67	Alfabetizado, mas sem escolaridade	Catolicismo	2 dias	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
06	Fernando	60	Semi-analfabeto (Lê com dificuldade)	Catolicismo	3 dias	Neoplasia de Garganta (Retirada de Abscesso)
07	Geovana	70	Ensino Fundamental Incompleto	Catolicismo	2 dias	Fratura da diáfise do fêmur
08	Heitor	57	Ensino Médio Incompleto	Budismo	2 dias	Cirurgia de Amputação de Dedos do Pé Direito e Retirada de Hérnia Inguinal
09	Inácio	64	Ensino Fundamental	Catolicismo	3 dias	Insuficiência Cardíaca Congestiva decorrente de Insuficiência Aguda do Miocárdio
10	Janaína	84	Ensino Médio Incompleto	Catolicismo	4 dias	Insuficiência Cardíaca Congestiva
11	Kassandra	52	Ensino Médio	Ig. Evangélica	1 dia	Peritonite
12	Luciana	22	Ensino Médio	Catolicismo	2 dias	Diabetes Melitus
13	Mário	76	Ensino Fundamental	Ig. Evangélica	2 dias	Infecção do Trato Urinário
14	Nelson	18	Ensino Médio	Catolicismo	3 dias	Megaesôfago Congênito
15	Otávio	75	Ensino Fundamental	Ig. Evangélica	2 dias	Colecistectomia (Retirada da Vesícula Biliar)
16	Pedro	28	Ensino Médio	Catolicismo	2 dias	Trombose do seio venoso
17	Quirino	85	Alfabetizado, mas sem escolaridade	Catolicismo	2 dias	Retirada de Hérnia
18	Raquel	71	Ensino Fundamental	Catolicismo	5 dias	Fratura de fêmur e de braço

5.1 Apresentação dos participantes

Após esse panorama, faremos uma breve apresentação de cada paciente, com uma síntese do que foi observado em entrevista. As informações estão dispostas nos seguintes itens: a) dados gerais; b) relação com a equipe e com a instituição; c) família e meio social; d) *coping* e religiosidade; e) outros – quando necessário. Cumpre ressaltar que todos os dados médicos aqui apresentados, como diagnósticos, tratamentos e prognósticos, foram colhidos em prontuário ou através de diálogos com a equipe.

Optamos por tal recurso de uma apresentação preliminar para dinamizar a leitura, fornecendo um material que pode servir como consulta durante a análise das categorias apresentadas. Os nomes foram alterados visando preservar o sigilo de cada participante e estão dispostos em ordem alfabética, conforme ordem das entrevistas. Logo, o primeiro participante foi Antônio, o segundo Bernadete e assim sucessivamente. Conforme já mencionado, todos os participantes apresentaram condições clínicas que permitiram a realização adequada das entrevistas e estavam em estado vigil e com lucidez verificada pelo *mini-mental*, com escores superiores a 25.

5.1.1 Antônio, 64 anos

a) Dados Gerais

Divorciado, natural de Minas Gerais, adepto da teosofia, microempresário, mora com seus filhos. Internou-se no hospital por conta de úlceras perfurativas, sendo diagnosticado posteriormente com megaesôfago grau IV, decorrente de Doenças de

Chagas. No fim deste mesmo dia foi operado, indo em seguida para a UTI. Durante a entrevista mostrou-se bastante comunicativo e colaborativo.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Era a primeira vez que estava internado em uma UTI. Valorizou o atendimento e se disse surpreso com o avanço tecnológico da medicina. Disse que antes dessa experiência tinha uma ideia diferente negativa dos hospitais e do sistema público de saúde e atribuiu isso à mídia. Apesar disso, mencionou também que, mesmo tendo problemas de saúde ao longo da vida e por essa razão já ter se internado outras vezes, nunca havia sentido uma “impotência” (sic) como a que a UTI lhe impôs. Sentiu-se “desvitalizado” (sic), sem poder se expressar. Por conta disso, diz que a UTI foi um momento de reflexão, de se reciclar e de “realçar verdadeiros valores” (sic) e por essa razão considerou que foi um momento importante, que “valeu à pena” (sic) e com relação a isso afirmava: “Hoje eu me sinto mais fortalecido” (sic).

c) Relação com a equipe e com a instituição

Afirmava ter uma boa relação. Dizia que os profissionais eram “simpáticos demais, maravilhosos” (sic) e que tinha uma ideia diferente dos atendimentos públicos e da rede pública de saúde.

d) Família e meio social

Pai de quatro filhos, recebeu visita deles. Acreditava que este momento para família era um “pouco ruim” (sic) devido à “dependência moral” (sic) deles em relação

ao Sr. Antônio. Ele afirmou: “Eu sempre fui um esteio para a família. Eles me chamam de filósofo, né?” (sic). Disse que os filhos eram apegados a eles, mas não conseguiam lidar com a situação por temerem a perda de uma pessoa querida. Chegou a pedir para não receber visitas, quando estava entubado, para ficar mais à vontade, pois diz que não conseguia se expressar, além de não gostar de ver os filhos naquele estado.

e) *Coping* e religiosidade

Já no início da entrevista, afirmou que, apesar de ter estudado até o ensino fundamental, se considerava um literato e autodidata. E por isso mesmo, acreditava ser uma pessoa bem resolvida, o que o ajudava a enfrentar a situação. Referiu ler Freud, Lacan, Sócrates e Osho. Quando soube que ia para UTI, disse que aceitou bem, pois sabia que seu quadro era muito grave. Considerava-se teosofista e sua religião, segundo ele, seria o “saber” (sic). Acreditava que o saber era “a base da pessoa” (sic) e disse meditar para passar o tempo enquanto estava na UTI, o que o ajudava a relaxar. Dizia não se preocupar com seu quadro clínico, embora fosse grave, pois confiava na equipe e nas suas “eternidades” (sic), conceito que ele explicou através da crença de que o homem não nasce nem morre.

5.1.2 Bernadete, 70 anos.

a) Dados Gerais

Católica, viúva e dona de casa, Bernadete morava com uma filha e uma neta. Alguns dias antes da internação apresentou uma gripe, que mais tarde complicou-se em uma pneumonia, agravando seu quadro clínico, o que a fez ir até o hospital,

internar-se e seguir para a UTI no mesmo dia. Mostrou-se colaborativa e comunicativa durante a entrevista.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Era a primeira vez que a paciente se internava em um hospital. Reclamou da UTI por não ter liberdade, apesar de dizer que era bem tratada: “Na minha casa é assim: eu levantava, escovava os dentes, tomava meu remédio, tomava um banho, mas aqui... fazer o quê?” (sic). Questionada sobre algum incômodo, a paciente referiu apenas seu desejo de ir para a casa.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Bernadete disse que se sentia muito bem cuidada e acrescentou: “Médico maravilhoso, os enfermeiros, as enfermeiras, são todos maravilhosos. (...) As enfermeiras são uns doces. Não tenho o que falar delas, a não ser o bem” (sic).

d) Família e meio social

Recebia visitas dos filhos, netos e amigas e referiu que estes momentos lhe davam ânimo e coragem, apesar de perceber que eles estavam “arrasados” (sic). Acreditava que isso se devia pela maneira como os tratava, sendo uma amiga presente, “nas horas difíceis” (sic).

e) *Coping* e religiosidade

Católica, rezava como um hábito diário e fazia isso também na UTI. Em suas orações, pedia ânimo e coragem. Ao fim da entrevista, chamou o psicólogo e comentou que era devota de Nossa Senhora de Fátima, pedindo sempre saúde a ela. Conclui pedindo ao pesquisador que rezasse por ela.

5.1.3 Carlos, 52 anos

a) Dados Gerais

Divorciado, católico, gerente de vendas, morava com a mãe e um filho. Possuía uma neoplasia avançada de cólon e, por conta disso, internou-se diversas vezes nos últimos meses. Durante a entrevista, o paciente já passara por uma intervenção cirúrgica programada, estando há dois na UTI. Durante todo o primeiro dia, ele esteve sedado, acordando na manhã do dia que ocorreu a entrevista. Carlos apresentava fala baixa, lentificada e entrecortada. Falou pouco, mas mostrou-se muito agradecido ao fim da entrevista.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Comentou que sua cirurgia foi tensa, passou a noite “bem sedado” (sic), dormiu bem, mas amanheceu com algumas dores. Nunca entrara em uma UTI e disse que quando soube que iria para tal setor após a cirurgia pensou “agora não tem como escapar... ou é ou é (...). Ou opera ou opera...” (sic). Acredita que este momento serviu

para ele amadurecer e o fez pensar num recomeço: “Vou me aproveitar agora de onde errei, buscar autoajuda para viver de novo...” (sic).

c) Relação com a equipe e com a instituição

Disse estar satisfeito com o atendimento ao hospital. Segundo ele, o serviço “é melhor do que um homem pode esperar, (...) procurando fazer o bem para os pacientes.” Com relação às constantes intervenções, ele considerava algo bom, pois significava muita preocupação com o paciente.

d) Família e meio social

Recebia visitas da mãe, dos filhos e da ex-mulher. Acreditava que os filhos iriam amadurecer por conta do que estavam passando, já que nunca imaginaram que o pai estivesse um dia na UTI.

e) *Coping* e religiosidade

Católico, dizia orar na UTI e acreditava que isso ajudava a lidar com a situação.

5.1.4 Denise, 50 anos

a) Dados Gerais

Natural de Minas Gerais, evangélica e com um relacionamento afetivo estável, Denise morava com o companheiro há mais de vinte anos e um filho. Internara-se por conta de um choque hipovolêmico, quadro clínico caracterizado por baixa pressão arterial, com aumento nas frequências cardíaca e respiratória. Chegou ao hospital, internando-se imediatamente na UTI. Denise, durante a entrevista esteve sentada na poltrona ao lado do leito e falou que sua família desconfiava que o choque hipovolêmico fosse uma tentativa de suicídio através de ingestão excessiva de medicamentos¹⁴, fato que a paciente não esclarece, permanecendo em silêncio quando se procurou investigar mais sobre esse episódio. A paciente emocionou-se bastante e a entrevista acabou sendo difícil, contando com diversos minutos de silêncio e choro devido ao estado emocional da mesma.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Era a primeira internação em UTI e a respeito desta experiência ela disse: “é muito quente... muito calor... Um tédio... o dia todo sem fazer nada... (...) aí eu fico sem fazer nada com a cara para cima...” (sic). Levou um livro consigo para lá, mas não alcançava e tinha vergonha de solicitar à equipe.

¹⁴ Após exames clínicos, a equipe compartilha da opinião da família.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Mencionou uma boa relação com a equipe, porém ao falar de seu “tédio” (sic), revelou timidez em pedir para que alguém pegasse o livro que ela não alcançava.

d) Família e meio social

Denise referiu que seus familiares desconfiavam de que seu choque hipovolêmico fosse consequência de uma tentativa de suicídio. Passou boa parte do tempo em silêncio e após revelação da desconfiança da família, apenas chorou, preferindo não comentar o episódio. Chorava ao falar de casa e dos familiares e referiu ainda que seu companheiro não a visitava, pois não se relacionavam bem.

e) *Coping* e religiosidade

Era adventista, rezava na UTI e acreditava que a religião ajudaria em qualquer lugar em que ela estivesse.

f) Outros

Ao fim da entrevista, o psicólogo incentivou o diálogo da paciente com a equipe, para que tivesse a oportunidade de esclarecer alguma dúvida ou pudesse solicitar algo de seu interesse. Contatamos a enfermeira responsável por aquela unidade que pegou seu livro e lho entregou, colocando-se à disposição da paciente.

5.1.5 Eduardo, 67 anos

a) Dados Gerais

Natural da Bahia, casado, católico, residia em São Paulo há aproximadamente trinta anos com esposa e um dos filhos. Não teve oportunidade para estudar, pois trabalhava em roça. Lia pouco e dizia apenas ter conhecimento de operações matemáticas básicas. Trabalhava como pintor e se internou por conta de um Acidente Vascular Cerebral - AVC. Bastante comunicativo, gesticulou bastante e durante a entrevista falou muito sobre sua história de vida. Ao longo da entrevista, o paciente se emocionou e sua pressão arterial oscilou bastante. No dia seguinte à entrevista, contou que a pressão subiu um pouco após a entrevista, pois se emocionara ao falar dos pais. Nesse mesmo dia, receberia alta para a unidade de terapia semi-intensiva.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Não foi a primeira vez em um hospital, mas foi a primeira vez em uma UTI. Comentou ter se assustado quando soube que iria para UTI. Depois lhe explicaram que o “o AVC é um vazamento de sangue” (sic) e que nesta unidade seria possível ter um melhor controle caso houvesse alguma emergência.

Comentou que a internação na UTI tinha outra vantagem por ser mais tranquila, enquanto que na enfermaria, era mais movimentado já que dividia o quarto com dois pacientes. Na UTI, “é só médico e enfermeiro” (sic). Por outro lado, queixou-se que a noite nem sempre era tranquila como nas enfermarias. Citou uma madrugada em que realizaram um procedimento em um paciente no leito ao lado e não pôde dormir bem. Mas ainda assim, entendia que era “um ruim para um melhor” (sic). Apesar do

problema com o sono, referia sentir-se em um lugar mais seguro, devido à quantidade de profissionais em tal ambiente e a frequência com que estes vinham lhe ver.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Referiu boa relação com a equipe e satisfação com o atendimento. Via vantagens na UTI pela maior quantidade de funcionários.

d) Família e meio social

Uma das preocupações que teve quando soube que iria para UTI era com a forma como os familiares receberiam a notícia, já que, segundo ele, as pessoas quando ouvem a palavra UTI esperam o “pior” (sic). Tem recebido visita de sua esposa e filhos. Acreditava que este era um momento difícil para eles. Relatou que seus filhos eram muito apegados e que um deles ficou espantado ao saber que o pai estava na UTI, por achar que seu pai estava em risco de morte. Segundo ele, os filhos estavam satisfeitos com o atendimento e mais tranquilos com a situação do pai, após explicações da equipe.

e) *Coping* e religiosidade

Católico, fazia orações na UTI ao acordar, antes de dormir e antes de fazer exames e dizia que isso o ajudava a lidar melhor com a situação.

5.1.6 Fernando, 60 anos.

a) Dados Gerais

Natural de Sergipe, católico, casado, morava em São Paulo há aproximadamente quarenta anos com sua esposa e filhos. Trabalhava como motorista, mas estava afastado por conta de uma neoplasia na garganta. Internou-se para fazer uma drenagem de abscesso. O paciente mostrou-se reservado, falou pouco, aparentando uma postura defensiva com relação à entrevista.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Descreveu sua rotina de maneira simples, mencionando sua alimentação, sono e medicamentos, sem fazer qualquer valoração. Dizia que não tinha ideia do que era UTI por não ter estudos, mas que ficou “sossegado” (sic) por confiar na equipe. Esperava ter alta, pois desejava voltar a trabalhar, ainda que estivesse recebendo auxílio financeiro do Estado por conta da doença.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Confiava na equipe, dizia ser bem tratado e que o pessoal da equipe era “gente boa” (sic).

d) Família e meio social

Achava que seus familiares estavam lidando bem com o momento, por morarem perto do hospital.

e) *Coping* e religiosidade

Católico, rezava antes de dormir e vivia sua religiosidade como uma “devoção que tem que cumprir” (sic).

5.1.7 Geovana, 70 anos**a) Dados Gerais**

Natural de São Paulo, viúva, católica, aposentada, mora só. Internou-se por conta de uma fratura de fêmur resultante de queda da própria altura. Dizia sentir-se deprimida nos últimos meses e refere alguns conflitos familiares leves. Por conta da sua idade e de problemas de saúde, como problemas cardíacos e seu mal-estar repentino que a levou à atual fratura, sua filha quer morar com ela, mas ela não aprova a ideia. Mostrou-se comunicativa durante a entrevista, emocionando-se ao falar da família. Agradeceu a oportunidade da entrevista e por conhecer o trabalho do psicólogo.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Já se internou outras vezes, mas era a primeira vez na UTI. Disse que antes ficava apavorada quando ouvia falar sobre o setor: “Nossa a pessoa está morrendo!” (sic). Hoje, no entanto, considera um lugar “para descansar, ficar tranquilo e ter bons cuidados” (sic), principalmente para pessoas como ela que tem problema de coração. Dizia que quando se internou em tal setor, teve muito medo da cirurgia, procurando controlar-se. Chegou à UTI acordada e referiu sentir dor conforme a diminuição dos efeitos da anestesia. Referiu melhora após o uso de medicamentos, conseguindo dormir bem.

Questionada a respeito da sua rotina, Geovana comparou a enfermaria com a UTI, percebendo esta como um ambiente mais tranquilo, mas desejava voltar ao primeiro setor, para que pudesse assistir televisão.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Parabenizou a instituição, elogiou a equipe, referiu um bom atendimento e não fez reclamações.

d) Família e meio social

Recebia visitas dos familiares e dizia sentir falta deles. Ao que parece, o acidente trouxe à tona uma importante questão familiar por conta da sua idade e estado de saúde. Dona Geovana, que morava só, viu os pedidos da filha para com ela se intensificar após este episódio. A paciente, no entanto, temia perder sua autonomia, apesar da promessa de uma casa maior, com mais conforto e melhores condições.

Geovana mencionou um sonho com a filha e a neta, emocionando-se ao descrevê-lo. No sonho a filha e a neta se machucaram e foram abusadas. Como ainda não as tinha visto depois da cirurgia, ela se preocupava com a possibilidade de ter sido uma premonição que se concretizara e que não lhe foi revelado pela equipe. Assim, queria ver as duas familiares para se certificar de que as mesmas estavam bem. Este sonho e demais aspectos envolvidos serão mais bem investigados durante a análise dos dados, quando tratarmos da categoria que envolve aspectos familiares.

e) *Coping* e religiosidade

Católica, comentou ser muito apegada a Nossa Senhora de Aparecida e disse ter rezado como uma forma de preparação para a cirurgia. Afirmou participar de uma corrente de orações de uma das enfermeiras.

f) Outros

As questões relativas ao sonho foram trabalhadas, procurando acolher a paciente. Alguns instantes após a entrevista, para alívio da paciente, a filha e a neta visitaram-na.

5.1.8 Heitor, 57 anos

a) Dados Gerais

Budista, natural de São Paulo, divorciado, pai de três filhos, morava só e estava desempregado. Diabético, tratava-se de uma hepatite C. Internara-se duas

vezes, mas era a primeira vez em UTI. Internou-se para realizar uma amputação em seu membro inferior, consequência de complicações da diabetes, e, oportunamente, retirou-se uma hérnia inguinal.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Chegou à UTI acordado, no dia anterior à entrevista. Referiu incômodo com a sonda e, apesar de ouvir que pacientes de UTI estavam em risco de morte, entendia o setor como um local de cuidado. Desempregado, mas recebendo benefício da previdência social, ao fim da entrevista, questionado se teria alguma dúvida ou gostaria de falar algo, brincou pedindo emprego após alta hospitalar.

c) Relação com a equipe e com a instituição:

Elogiou o tratamento e disse não tem queixas à equipe. Disse que não se assustou com a ideia de se internar em tal unidade, pois entendeu isso como uma prevenção a algo pior, já que ele era diabético e hipertenso, o que poderia representar risco a após a cirurgia, e assim a UTI era o lugar “onde já está tudo instalado e se for preciso uma emergência já tá fácil” (sic). Referiu boa relação com a equipe e elogiou os cuidados recebidos.

d) Família e meio social

Seus familiares têm vindo visitá-lo e Heitor acreditava que eles estavam lidando bem com a situação, por serem budistas e entenderem como um momento em

que ele estaria se cuidando. Gostava de receber visitas e revelou sentir-se desamparado pelos filhos, o que será mais bem discutido na análise dos dados.

e) *Coping* e religiosidade

Budista, via este momento como uma transformação em sua vida. Após o ocorrido, via a necessidade de tomar novas decisões e empreender mudanças em sua vida, principalmente na área da saúde. Para distrair-se lia um livro budista que trouxera de casa.

5.1.9 *Inácio, 64 anos.*

a) Dados Gerais

Católico, natural de São Paulo, divorciado, metalúrgico aposentado, morava com uma nova companheira e uma filha. Tinha problemas de alcoolismo e se internou há seis dias, devido a uma insuficiência congestiva pós-infarto agudo do miocárdio, sendo que estava há três dias na UTI. Foi receptivo e ao fim da entrevista, recebeu da equipe de enfermagem, alta para unidade semi-intensiva.

b) Sobre a internação e sua enfermidade:

Era a primeira vez que se internava em uma UTI, estava desorientado quando chegou a este setor e disse que tinha uma ideia diferente do lugar, mostrando-

se surpreso com os bons cuidados recebidos, apesar de desejar muito voltar para casa: “Ah, eu tenho minhas coisinhas que eu faço, tem minha casa, tem tudo, né? (...) Tem minhas galinhas lá, que eu cuido. Cuido da casa também. A mulher também vai e cuida. Eu não trabalho, mas eu me viro”.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Referiu boa relação com a equipe e não tinha queixas.

d) Família e meio social

Recebia visitas dos familiares, considerando-as momentos importantes, por receber pessoas que gostavam dele e que estavam preocupados com seu estado. Sua esposa, em uma das visitas emocionou-se e dizia que a casa estava vazia sem ele. Eles lhe falavam também para cuidar-se mais e abandonar o alcoolismo.

e) *Coping* e religiosidade

Católico, visitava periodicamente Aparecida do Norte e afirmou rezar todos os dias, inclusive na UTI. Mencionou essa internação como um sufoco. Relembrou o momento em que deixou sua primeira família, devido a um divórcio, e o compara com este momento, apesar de dessa vez estar distante dos familiares por conta de sua saúde.

5.1.10 Janaína, 84 anos

a) Dados Gerais

Católica, natural de Minas Gerais, viúva, cozinheira aposentada, morava com um neto, jovem adulto. Hipertensa, diabética, asmática, internou-se por conta de uma insuficiência cardíaca congestiva. Estava há quatro dias na UTI. Apresentou fala baixa e ofegante.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Quando chegou ao hospital, acreditava que seria apenas uma consulta médica, porém logo precisou de uma intervenção, chegando entubada à UTI. Disse não ter preocupações por entender que estava na UTI para fazer o que precisava ser feito. Com relação aos procedimentos da equipe e banho, ela disse: “Faz parte da vida” (sic). Era sua terceira passagem em tal unidade.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Elogiou o tratamento, mas lamentava não poder assistir televisão. Disse que na UTI ela não ficava tão à vontade, pois gostava de assistir à transmissão de missas, mas o movimento naquele local atrapalhava sua concentração. Queixou-se de falta de sono, disse que não dormiu à noite, mas não soube apontar a causa. E completou: “Mas agora de manhã eu dormi! Dei uma cochilada, mas a cama lá de casa é mais

gostosa” (sic). Queixou-se da alimentação e comparou com a da sua casa, mas disse que preferia não comentar com a equipe, procurando não incomodá-los.

d) Família e meio social

Muito ligada à sua vizinhança, disse estar recebendo visita de familiares e dos vizinhos, de quem dizia sentir muita falta. Percebia seu neto muito ansioso, por ser órfão e morar somente com ela.

e) *Coping* e religiosidade

Referiu tranquilidade, entendendo estar na UTI para fazer o que precisava ser feito. Católica, rezava diariamente. Disse estar “nas mãos de Deus” (sic), esperando o que Ele lhe mandasse. Disse que na UTI se sentia na mão dos outros, tendo que ser obediente. Sentia falta da autonomia que tinha em casa, mas conformava-se, alegando que no momento não tinha saúde.

5.1.11 *Kassandra, 52 anos*

a) Dados Gerais

Evangélica, natural da Bahia, viúva, faxineira aposentada, morava com seu filho, sua nora e neto. Portadora de insuficiência renal crônica, fazia hemodiálise periodicamente há sete anos. Recentemente, no entanto, iniciara diálise peritoneal, buscando uma melhor qualidade de vida. Desenvolveu, porém, uma peritonite

bacteriana, uma inflamação com infecção no peritônio, que a fez ir ao hospital, com consequente internação direta para UTI.

A entrevista não foi fácil, pois a paciente sentia dores, o que levou a entrevista ser interrompida para administração de medicamentos. Segundo a enfermeira era necessário apenas mudar a posição da paciente para que se desse o alívio, porém devido ao seu excesso de peso, infelizmente, seria necessário um número maior de enfermeiros do que os disponíveis naquele momento.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Era a segunda vez em uma UTI. Acreditava ter voltado por ter feito alguma coisa errada, mas não especificou: “Eu devo ter feito alguma coisa errada... Não ia voltar por nada...”. Não imaginava que fosse passar tanto tempo no hospital e lamentou a falta do que fazer: “é ruim ter que ficar aqui sem fazer nada... Não é bom não” (sic).

c) Relação com a equipe e com a instituição

Queixou-se de uma funcionária do turno da noite. Cassandra apresentava dificuldades de locomoção e alegou que a enfermeira foi “rude” (sic) com ela quando pediu ajuda para ir ao banheiro, demorando a ser atendida. Acreditava que isso se devia ao fato de a funcionária ficar sozinha, cuidando de doentes, o que não lhe parecia ser uma tarefa fácil.

Ao fim de seu depoimento, justificou-se dizendo que foi apenas um episódio e que não tinha queixas com o resto da equipe.

d) Família e meio social

Recebia visitas e acreditava que os familiares não estavam bem com esta situação, principalmente seus netos, de quem cuidava.

e) *Coping* e religiosidade

Evangélica, fazia orações na UTI pedindo por saúde e acreditava que com isso ela poderia melhorar. Acreditava que Deus seria responsável pelo seu destino na UTI e que teria voltado a UTI por ter cometido algum erro, o qual ela não sabia identificar.

5.1.12 Luciana, 22 anos.**a) Dados Gerais**

Católica não praticante, natural da Bahia, namorando, funcionária de uma empresa de transporte, portadora de *diabetes melitus*, internou-se várias vezes ao longo da vida por conta de complicações com a doença, ainda não definidas. Mora com pais e irmãos mais novos. Há dois dias no hospital e na UTI.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

É a segunda vez em uma UTI. Sua primeira vez também foi em consequência de uma complicação da doença, mas apesar de ter sido bem tratada, pensou: “Meu Deus, se eu não passar daqui, estou ferrada” (sic). Da segunda vez, diz que prorrogou a ida ao hospital o quanto pôde e com isso acabou chegando bastante descompensada, desorientada, sem enxergar direito, com dificuldades para falar. Disse que lembrava pouco desse momento e que somente na UTI pôde se recobrar. Durante a entrevista, a paciente já não apresentava tais sintomas e falava adequadamente.

Durante aplicação do *mini-mental*, Luciana, ao ser questionada sobre a hora aproximada, comentou que tinha sua noção de tempo baseada pelo remédio que tomava de hora em hora. Na entrevista, acrescentou que dormia bem, porém é acordada de hora em hora por essa mesma razão, além de realizar coleta de sangue para exames. Ela entendia tal procedimento como necessário e diz estar acostumada. Lamentou, no entanto, sua aparência, sem maquiagem e sem *piercings*.

Percebia a enfermaria como um local onde se realizavam procedimentos mais tranquilos e a UTI como um ambiente no qual se tinha mais cuidados, com maior proteção e monitoração, sendo adequado para ela nesse momento. Descreveu a internação como um momento em que não tinha com o que se preocupar.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Referiu boa relação com a equipe, enfatizou o fato de ser bem orientada e disse estar acostumada com as constantes intervenções da equipe, devido à confiança que tinha. Pior para ela seria ficar em casa, sem conseguir respirar e se alimentar.

d) Família e meio social

Recebia visita dos familiares, mas não queria receber os colegas de trabalho, devido à sua aparência, sem suas roupas, maquiagens e *piercings*, apesar de entender tais procedimentos da equipe como necessários.

e) *Coping* e religiosidade

Referiu tranquilidade e segurança por estar na UTI, pois confiava no trabalho da equipe. Católica não praticante, não rezava, mas referia-se a Deus dizendo que “geralmente o filho esquece do pai e o pai não esquece do filho” (sic).

5.1.13 Mário, 76 anos

a) Dados Gerais

Evangélico, natural de Minas, viúvo, cozinheiro aposentado, residia no sul do país com uma filha, teve um mal-estar visitando familiares em São Paulo e se internou por conta de uma infecção no trato urinário. Estava há dezenove dias em São Paulo, quatro no hospital e um na UTI.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Já havia entrado em uma UTI para visitar um familiar, mas é a sua primeira internação em tal unidade. Sobre a internação ele comentou ficar o dia todo deitado, porém conformava-se uma vez que o tratamento tem dado resultado. Desejava alta, para voltar para sua cidade e à vida que está acostumando.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Referiu boa relação com a equipe e não tinha queixas sobre o tratamento. Gostava de conversar, mas não o fazia frequentemente com a equipe, pois gostava de falar da igreja e segundo ele “é uma conversa longa e tem gente que não se interessa” (sic).

d) Família e meio social

Recebia visitas, acreditava que os familiares sentiam sua falta, mas estavam tranquilos por saberem que ele estava sendo bem cuidado.

e) *Coping* e religiosidade

Evangélico, vivia sua religião intensamente, desenvolvia atividades em sua comunidade. Descreveu o funcionamento de sua comunidade e se emocionou ao falar

de sua religião. Acreditava que sua religiosidade o ajudava, a exemplo de sua sobrevivência diante de seu mal-estar.

5.1.14 Nelson, 18 anos

a) Dados Gerais

Católico, natural de São Paulo, solteiro, morava com pais e irmãos. Concluiu o ensino médio, prestou vestibular, foi aprovado, mas por causa de problemas de saúde não pôde iniciar o curso de graduação. Desde os quatro anos, tem megaesôfago e há três meses foi operado, porém durante a recuperação a lesão não cicatrizou corretamente, o que fez com que o esôfago ficasse completamente congestionado, necessitando de uma nova cirurgia. Deu entrada no hospital para esta intervenção cirúrgica, indo em seguida para a UTI. Nelson durante a entrevista esteve sentado na poltrona ao lado do leito e foi colaborativo.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Era sua primeira internação na UTI. Quando veio seu médico já havia lhe explicado seria uma medida de segurança. Imaginou que fosse mais complexo, com pessoas em piores condições de saúde. Em suas palavras, achou que seria “mais brutal” (sic), com mais casos graves, mas mostrou-se surpreso com a atenção dispensada a ele. Questionado sobre o futuro, além do desejo de voltar a comer e estudar, cita a vontade de voltar a ajudar o pai em sua micro-empresa.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Elogiou a equipe e os atendimentos, não teve queixas.

d) Família e meio social

Recebia visitas dos pais e irmãos, acreditava que eles estavam muito felizes, pois há dois meses esperaram pela segunda operação. Por outro lado, chorou ao lembrar que seus pais dormiam no estacionamento do hospital já que moram longe e quando chegassem em casa já seria a hora retornar para a segunda visita diária.

e) *Coping* e religiosidade

Católico não praticante, disse que conversava com Deus e o agradeceu quando saiu da cirurgia. Em sua percepção, o tempo passava lentamente e estava ansioso para se alimentar. Tal experiência representou um teste de resistência, uma vez que computando todo o tempo desde a primeira cirurgia estava há quase dois meses sem se alimentar adequadamente. Via o momento como uma vitória, considerando o que passara e afirmou que a partir disso começava a dar valor para certas coisas: “Esse tempo eu não pude comer nada... Muita coisa eu não queria comer por luxo, aí você começa a dar valor para as coisas... Depois daqui, vejo que sem saúde a gente não é nada” (sic).

f) Outros

O paciente agradeceu a visita e, na semana seguinte, recebeu alta da UTI para a enfermaria, com progressiva melhora. Começou a se alimentar com dieta líquido-pastosa e ficava o dia na companhia de sua mãe. Falou animadamente que o pai pôde retornar às suas atividades em sua empresa e das visitas de familiares e amigos. Diferente da outra cirurgia, desta vez o esôfago evoluiu conforme o esperado e dentro de poucos dias, Nelson recebeu alta hospitalar.

5.1.15 Otávio, 75 anos.**a) Dados Gerais**

Católico, natural de São Paulo, casado, marceneiro aposentado, morava com sua esposa e dois filhos. Apesar da aposentadoria, ainda fazia alguns serviços de marcenaria com seus filhos. Internou-se para retirar uma pedra na vesícula, porém devido à idade e por ser hipertenso, após a cirurgia foi para a UTI, como uma medida preventiva.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Foi a sua primeira internação na UTI. Sentia-se bem em tal lugar, conversava com a equipe e rezava com alguns religiosos que o visitava. Passava boa parte do tempo dormindo e surpreendeu-se por perceber que a UTI era um espaço tranquilo com mais funcionários e conseqüentemente mais cuidados. Referiu ter se preocupado muito

com a cirurgia, principalmente com a anestesia, uma vez que sofria de “problema cardíaco” (sic) e um familiar seu falecera em procedimento semelhante.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Fez elogios e referiu boa relação com a equipe, gostando de conversar com os profissionais. Falou dos cuidados recebidos e da confiança que tinha na equipe: “Eles querem saber se tá doendo... Se doer, eles dão remédio. Tudo é válido, o que eles fazem aqui”.

d) Família e meio social

Acreditava que este momento era difícil para algum dos filhos, mas alegrava-se quando recebia visitas, por entender que o visitavam por amor, por serem uma família unida.

e) *Coping* e religiosidade

Evangélico, gostava de conversar com as enfermeiras para passar o tempo e que isso o fazia esquecer-se um pouco da dor. O filho quando o visitava conversava sobre projetos que vinha desenvolvendo e depois Otávio pensava sobre eles para distrair-se na UTI. Aproveitava sua internação para, segundo ele, evangelizar outras pessoas. Fazia orações na UTI e afirmava que a fé em Deus dava-lhe tranquilidade, “paciência, calma e uma grande esperança” (sic).

Acreditava que o fato de estar passando por esta experiência representar-lhe-ia uma grande vantagem no futuro, a salvação da alma: “Deus não coloca a gente num lugar desse à toa...” (sic).

5.1.16 Pedro, 28 anos

a) Dados Gerais

Católico não praticante, natural de São Paulo, casado, trabalhava como motorista e morava com esposa e filha. Sem qualquer doença antecedente, Pedro foi acometido por um mal súbito, perdendo a consciência e sendo levado para o hospital, acordando somente na UTI. Internado, foi diagnosticado com trombose de seio venoso. Na época da entrevista, era seu terceiro dia na UTI. Pedro foi receptivo, falou adequadamente e se emocionou ao falar da filha.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Pedro já tinha entrado em uma UTI, mas era sua primeira vez como paciente. Internou-se devido a um mal súbito enquanto dirigia, voltando de viagem. Lembrava apenas da mulher comunicando que iriam para o hospital. Acordou na UTI, no dia anterior à entrevista e diz que imaginava que o tratamento era mais avançado, rigoroso e cauteloso.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Em um primeiro momento da entrevista, Pedro disse imaginar que a UTI fosse mais rigorosa, mas logo se contradisse apontando um rigor que ele não compreendia, como o fato de não poder beber água, apesar de pedir insistentemente à equipe.

Acreditava que a equipe atuava assim para “ganhar tempo” (sic). Entendia que no hospital existiam condutas que a equipe deveria seguir, mas queixava-se por não ter explicações a respeito de suas restrições.

d) Família e meio social

Recebia visita de seus familiares, mas achava que era um momento particularmente difícil para sua mãe e esposa, que não dirigiam e tinham dificuldades em chegar ao hospital. Emocionou-se muito ao falar da filha, chorou e disse sentir muito a sua falta.

e) *Coping* e religiosidade

Católico não praticante, não fazia qualquer ritual religioso na UTI. Passava o dia dormindo e supunha que se devia aos medicamentos usados: “Só durmo. Deve ser por causa de algum remédio, porque eu não consigo ficar de olho aberto” (sic). Classificou seus dias na UTI como tranquilos, alegando que ficava deitado o tempo todo sem fazer nada.

f) Outros

Ao fim da entrevista, intermediei o seu contato com enfermeira responsável pelo setor, oportunidade em que o paciente pôde tirar suas dúvidas e receber explicações sobre a impossibilidade de beber água. Devia-se a seu trombo no cérebro, que levou a equipe ter o cuidado de não dar água para que ele não se engasgasse, pois havia a possibilidade de estar com a deglutição temporariamente comprometida, podendo engasgar-se e levar água aos pulmões, o que geraria um quadro delicado, diante de suas condições clínicas. Assim, seria preciso uma avaliação da equipe de fonoaudiologia para liberá-lo para alimentar-se e beber líquidos. O paciente ficou muito agradecido e referiu alívio pela informação.

5.1.17 Quirino, 85 anos**a) Dados Gerais**

Católico, natural de Minas Gerais, viúvo, semianalfabeto, pai de sete filhos, morava só, porém muito perto destes. Internou-se para uma cirurgia eletiva de remoção de uma hérnia inguinal. A entrevista aconteceu um dia após sua chegada à UTI. Quirino foi entrevistado sentado na poltrona ao lado, sendo receptivo.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Era sua segunda internação na UTI e disse que na primeira vez questionou-se sobre a gravidade do seu quadro clínico, até lhe explicarem que tal conduta era para

auxiliá-lo em sua recuperação. Desta vez, ele já sabia que iria para UTI antes da cirurgia e disse que ficou tranquilo, por conta da sua idade avançada e pelas muitas experiências que já tinha vivido.

c) Relação com a equipe e com a instituição

Quirino relatou incômodo com a sonda no ureter e referiu boa relação com a equipe. Afirmou ainda sentir falta de sua habitual alimentação. Falou também do banho e da falta de privacidade. Diz que se sentiu como um príncipe pelo tratamento que recebeu, mas constrangeu-se por sua nudez diante das enfermeiras.

Comparou a enfermaria com a UTI, tanto no que diz respeito às visitas, que naquela são mais frequentes e duradouras, além da consequente possibilidade mais frequente de conversar. Por outro lado, valorizou a presença frequente dos funcionários na UTI.

d) Família e meio social

Sentia falta da namorada, que não visitara até o momento, mas recebia visita dos filhos e netos. Comenta a preocupação de todos, mas acreditava que agora estavam felizes e satisfeitos com sua recuperação.

Ao receber a visita do genro que é dono de uma funerária, ficou evidente, ainda que em tom de humor, angústia de morte, conforme discutiremos mais adiante.

e) *Coping* e religiosidade

Inácio afirmou gostar de conversar e o fazia na UTI com a equipe de enfermagem para distrair-se. Dizia-se tranquilo, principalmente por conta da sua idade: “Sou um cara tranquilo. Pelo tanto que já vivi, eu não me assusto com mais nada” (sic). Católico, não frequentava missas, mas rezava periodicamente.

5.1.18 Raquel, 71 anos

a) Dados Gerais

Católica, natural de São Paulo, viúva, secretária aposentada, morava com sua filha única. Raquel foi para UTI após cirurgia para corrigir fraturas de fêmur e braço, devido à queda de própria altura. Foi entrevistada após cinco dias de internação na UTI.

b) Sobre a internação e sua enfermidade

Entendia a UTI como “o caminho mais indicado, para quem tem necessidade maior” (sic), chegou sedada, mas já sabia que viria para UTI. É a segunda vez em tal setor e afirma que da primeira vez teve uma dificuldade, pois além de ser véspera de natal, durante a internação não se alimentava sozinha, já que havia tido um derrame que afetara seu lado direito e ela se movimentava com dificuldades, tendo medo de derrubar seu alimento. Com relação a presente internação, ela diz que foi muito traumático, pois resultou de um episódio rápido, porém com consequências importantes: “Você tá bem, de repente você vira e cai e quebra dois membros” (sic).

c) Relação com a equipe e com a instituição

Inicialmente considerou como boa a relação com a equipe e não relatou queixas quanto à alimentação e ao sono. Diz que o banho é “o sacrifício maior” (sic), sendo muito dolorido, devido ao seu peso e dificuldades de movimento. Na segunda metade da entrevista, queixou-se de impaciência e pressa de algumas enfermeiras.

d) Família e meio social

Recebia poucas visitas, pois sua família estava pequena, uma vez que muitos parentes já faleceram. Preocupava-se especialmente com sua filha, com quem morava e que possivelmente estivesse com algumas dificuldades, dentre as quais lavar as próprias roupas.

e) *Coping* e religiosidade

Católica, Raquel disse que sua religião a ajudava a ter fé no próximo e que fazia pedidos a Deus. Acreditava, no entanto, que existem momentos difíceis pelos quais cada um precisa passar, e a consciência disso lhe ajudava a aceitar muitos fatos da vida. Esta internação, conseqüentemente, era percebida como uma provação de Deus.

6 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

6 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A experiência em UTI foi bastante rica e através dela foi possível, adentrar um pouco mais no universo do paciente. Foi possível constatar, assim como apontou nosso levantamento bibliográfico, que a passagem por esse setor hospitalar é percebida de maneira ambivalente. Ao mesmo tempo em que carrega um estigma de local de sofrimento e da morte, há também uma confiança depositada pelo grau de sofisticação tecnologia que as pessoas atribuem ao setor. Por essa mesma ambivalência, a internação na UTI pode despertar, conforme verificamos durante as entrevistas, emoções distintas para similares fenômenos orgânicos e procedimentos técnicos. Assim, justifica-se um olhar mais atento à realidade do paciente, a fim de poder compreender melhor como auxiliá-lo em seu sofrimento por alguma razão específica, às vezes desconhecida pela equipe e por ele mesmo.

Como nos diz Tardivo (2000), o psicólogo deve estar mais preocupado em trazer um modelo compreensivo de seus pacientes do que apenas amontoar dados e informações. Ao contrário disso, deve procurar uma compreensão global da pessoa avaliada, levando em conta a investigação de processos psíquicos e dinâmica da personalidade. Dessa forma, com esse raciocínio, procuramos compreender o que observamos em nossos participantes durante as entrevistas e demais processos, ao invés de simplesmente contabilizar fenômenos e transtornos.

As categorias aqui apresentadas não são excludentes e muitas vezes seus conteúdos aproximam-se ou até mesmo se mesclam. Assim, procuramos apresentá-las, percorrendo um raciocínio de modo a compor pouco a pouco o panorama que observamos durante nossas pesquisas. Assim, partimos da discussão de aspectos relevantes à própria entrevista, como os pacientes a perceberam e de que forma reagiram a tal intervenção (item 7.1). Em seguida, procuraremos entender como o paciente compreende o cenário no qual se insere, juntamente com os demais personagens ao seu redor. Nesse sentido é que discutiremos algumas questões institucionais, também sob a perspectiva do paciente, como percebem o hospital, a UTI e o trabalho da equipe (item 7.2). Seguindo esse caminho, adentraremos um pouco

mais no universo psíquico, discutindo a respeito das feridas narcísicas decorrentes da internação e de que forma esta experiência afeta o “eu” de cada paciente (item 7.3). A partir desta discussão sobre o narcisismo, fundamentaremos uma base segundo a qual analisaremos outras categorias, como “Castração e Desamparo” (item 7.4), “O Contato com a morte” (item 7.5), “Família e meio social” (item 7.6), e, por fim, como o paciente consegue lidar com esta realidade e qual o significado atribuído a esta experiência (item 7.7).

Em nossas discussões, visando elucidar melhor os conteúdos abordados serão apresentados alguns depoimentos dos pacientes. Ao fim de cada depoimento, seguirá o nome fictício de cada um dos participantes aqui já apresentados. Em alguns depoimentos existem informações entre colchetes adicionadas por nós, que são complementares e auxiliam no entendimento do que foi dito.

6.1 Sobre a entrevista

Apesar de a análise seguir com uma perspectiva clínica, para entender o significado das falas do paciente sobre o momento da entrevista é preciso ter um olhar sobre o contexto no qual ele se insere: em meio a uma instituição, com normas e valores, a partir dos quais ele constitui sua fala e se constitui como sujeito. Discorreremos brevemente sobre algumas questões que podem auxiliar nossa compreensão de determinadas respostas e comportamentos dos pacientes diante da entrevista.

Inicialmente, a presença do psicólogo era percebida com certa surpresa ou ar de novidade. Alguns pacientes mostraram uma fala um pouco mais reservada ou mesmo defensiva, como é o caso de Fernando, que respondia as questões pontualmente e com poucas palavras. Ao fim de sua entrevista, percebendo seu semblante desconfiado, perguntamos-lhe se estava tudo bem com a realização da mesma e ele respondeu: “Sei não...”. Aprofundamos a conversa e verificou-se que ele não estava confortável de falar sobre sua internação a alguém que estava ali “para

conversar” (sic). Após conversarmos, paciente e psicólogo, com a enfermeira sobre a entrevista, que lhe assegurou novamente a natureza da entrevista, assim como o sigilo e demais aspectos éticos, o paciente mostrou-se aliviado, sugerindo-nos que voltássemos no dia seguinte para que ele pudesse “conversar melhor” (sic), o que não foi possível devido à sua alta hospitalar.

Um importante aspecto a se observar é o fato de a entrevista realizar-se dentro de uma instituição, o hospital, e mesmo apesar de todo o reassseguramento por escrito, no termo de consentimento, e também verbal de que o sigilo do paciente seria preservado, muitos pacientes demonstraram, principalmente nos primeiros momentos, uma preocupação muito grande como se obedecessem a um compromisso moral de não “delatar” aqueles que cuidavam deles. Isso se expressa na entrevista com alguns pacientes que apresentaram algumas contradições entre suas falas do início da entrevista, quando elogiavam o serviço e alegavam não ter queixas, e do final, momentos nos quais muitas vezes surgiam falas aparente constrangidas, descrevendo situações desagradáveis com a equipe. É o caso de Pedro e de Kassandra. O primeiro descreve a internação com a UTI como uma situação normal, não tão rigoroso quanto ele acreditava ser, porém, mais tarde queixa-se do “rigor” (sic) por não deixá-lo beber água:

Meu, tô pedindo água há três dias e eles não me dão. Não sei se é normal ou se é meu aspecto que não deixa beber água. Mas, poxa três dias pedindo água... (...) Já perguntei para enfermeira e já perguntei para o médico que está cuidando de mim. [Acho que fazem isso] para ganhar tempo. Sei lá, não tem outra desculpa a não ser essa.

Kassandra, por sua vez, é mais explícita em sua queixa e tentativa de reparação. Inicialmente também caracteriza a relação da equipe como normal, mas posteriormente, queixa-se de uma funcionária do turno da noite, conforme se ilustra na vinheta a seguir:

Psicólogo: E como que é a relação com a equipe?

Kassandra: Normal...

Psicólogo: Como assim normal?

Kassandra: Ah, não sei...

Psicólogo: Por que a senhora fez essa cara? Aconteceu algum problema?

Kassandra: Por exemplo, a funcionária que ficou essa noite que é meio rude. (...) É meio durona, sabe? Eu não podia andar, ela me empurrava para lá, empurrava para cá... Não é

assim não, né? Porque eu to aqui aleijada que ela pode pegar eu me jogar para lá. Não é assim não.

Após essa fala, a paciente justifica-se, complementando que não pretende delatar ninguém: “Ah, ela deve ficar sozinha, nervosa... Eu acho, né? Lidar com pessoas doentes não é fácil. Eu sei que não é fácil, mas eu não tô querendo entregar ninguém, viu?” (sic). Tal cuidado em assegurar que não se trata de uma delação parece-nos ser uma ilustração do comportamento de alguns pacientes que se mostram reservados, aparentando certo receio em se expor para a equipe, através deste profissional que como disse Fernando, o primeiro paciente aqui citado, vai apenas para conversar. Parece ser também o caso de Dona Bernadete, questionada sobre a equipe, respondendo “Não tenho o que falar. Só se alguém tiver a língua grande. Como dizia a minha mãe ‘o corpo é maravilhoso, mas a língua é que fala muito e vê defeito em tudo...’”. Ao fim da entrevista, questionada se gostaria de falar algo que não havia sido perguntado, responde: “Não, não tenho mais o que falar... Falar o quê? Falar mal de quem está cuidado de mim?” (sic).

Outro aspecto na entrevista sobre a expectativa que recai sobre o psicólogo é que alguns pacientes transpareceram tentativas de mostrar-se bem psicologicamente, conforme vemos na fala de Antônio, que diz sentir-se desanimado, desvitalizado, impotente diante de sua condição na UTI, ao mesmo tempo em que cita Freud, Lacan e Sócrates. Ao fim da entrevista, diante da mesma pergunta feita à Dona Bernadete, se haveria mais algo a ser dito, ele responde: “Não... Estou satisfeito e sinto que você também de ver um paciente assim... com esse conceito, né?” (sic).

Por outro lado, se alguns pacientes mostraram uma postura defensiva em alguns momentos, isso não foi uma unanimidade. Estes mesmos pacientes durante a entrevista puderam entrar em contato com seus conteúdos internos e expressá-los. Para outros pacientes, a entrevista foi um momento de muita emoção, expressando conteúdos íntimos de sua realidade, relatando conflitos, sonhos, dificuldades e sofrimentos, conforme veremos a seguir no decorrer do texto. Foi comum também a valorização da pesquisa, a expressão do sentimento de sentir-se acolhido, expressando gratidão e desejo de que o psicólogo retornasse em outros momentos, conforme vemos em alguns relatos, como o de Carlos, Geovana e Mário.

Acho que você está fazendo um trabalho maravilhoso, que faz parte, como o senhor tava falando, de uma coisa, de saber nossa expectativa aqui. É muito bom... Graças a Deus... (Carlos).

Eu estou muito feliz de o senhor ter vindo, muito feliz mesmo. Era tudo o que eu estava precisando no momento. Minha filha já tinha falado para mim de psicólogo. (Geovana).

Falando com você, eu me comovi muito. (...) Porque a gente comove quando fala com a pessoa e as pessoas, às vezes, muda na gente alguma coisa, às vezes, não pode responder, outras vezes a enfermeira não pode responder... (...) Não, não converso com ninguém não. Só se alguém perguntar alguma coisa para mim... "Ah, qual a Igreja do senhor? É de tal Igreja?" Por que é uma conversa longa e tem gente que não se interessa. (Mário)

Assim, a despeito das diversas reações, a entrevista muitas vezes mobilizou os pacientes emocionalmente, mas procurou-se trabalhar com tais questões ao longo das entrevistas. Cabe destacar ainda que os mesmos foram acompanhados psicologicamente enquanto permaneceram internados no hospital.

6.2 O hospital, a UTI e sua equipe.

A análise desta categoria segue com a mesma ênfase que foi dada anteriormente, de considerar que cada fala está inserida em um determinado contexto institucional e expressam o recorte de um dado momento, o que não tira o valor dos depoimentos, mas ajuda a ampliar o olhar sobre eles. Com relação ao hospital e, principalmente a UTI, surgiram duas visões predominantes: a percepção de um lugar que carrega um estigma de morredouro, um corredor sem volta, conforme vimos anteriormente através dos estudos de Soares (2007), Guiraderllo (1999) e Fabiane & Correa (2007), mas também como um lugar bem desenvolvido tecnologicamente, com bom suporte técnico e por essa mesma razão, muitas vezes é também um lugar de esperança.

Em geral, antes de entrar na UTI ou nos primeiros momentos neste setor, é a visão de morredouro que o paciente esperar encontrar, conforme vemos nos relatos de Geovana, Heitor e Otávio:

“Quando falava UTI, antigamente eu ficava apavorada. A UTI não é assim uma coisa terrível, é um lugar para gente descansar, ficar tranquilo, ter bons cuidados porque tomo remédio de coração, né? Mas eu não estou estranhando não, eu estou gostando...” (Geovana).

Outros falam que está morrendo, que está correndo risco de morte... Não, nós estamos nos cuidando (Heitor).

Tive uma experiência na UTI, está vendo? Não é nada do que a turma pensa... Até hoje povo quando sabe que tá na UTI já fala: “lh... Tá morto.” E não é assim. Muito melhor aqui. É bom pra caramba aqui. O quarto [da enfermaria] é menos visitado pelas enfermeiras... Aqui não. Aqui é toda hora (Otávio).

Diante dessa habitual antecipação negativa da UTI, é comum a surpresa ao chegar ao desconhecido local, contrapondo a visão assustadora com a nova percepção que eles tiveram de um lugar com um cuidado diferenciado. Outros pacientes como Eduardo e Nelson, no entanto, afirmaram tranquilizar-se quando lhes explicaram com antecedência a natureza da UTI e a justificativa para a internação em tal lugar.

Eu ficava na enfermagem e a enfermeira passava de meia em meia hora, aí o médico me explicou: de meia em meia hora para você que teve um AVC é perigoso... Se acontecer uma coisa a mais em meia hora a enfermeira pode não ver a tempo, então o negócio na UTI é mais seguro. Aí eu concordei com o médico. Ele falou “Um negócio desses, você não está vendo. Como o senhor não é médico não tem como saber”. Aí eu concordei. Ele explicou que o AVC é um vazamento de sangue, mas que pode evoluir. (...) Aí qualquer coisa pequena pode virar uma coisa grande, então aqui não tem tanto esse problema (Eduardo).

Ah, no começo [quando soube que ia para UTI] fiquei um pouco preocupado, mas depois me tranquilizei... É que o médico me explicou que era uma medida de segurança, que minha cirurgia seria um pouco grande e por medida de segurança, ele ia por eu na UTI (Nelson).

Muitas vezes, no entanto, o ingresso na UTI é emergencial e não há tempo para que haja essas desejáveis explicações, como foi o caso de Pedro, que teve um mal-estar subido decorrente de uma trombose no cérebro e acordou somente em seu terceiro dia de internação. A paciente Janaína que foi ao hospital para se consultar, não fazia ideia de que se internaria: “Eu não esperava, né? Eu não esperava que fosse acontecer, né? A gente não vem para a porta do hospital pensando que ia ser assim...” (sic). Além disso, com explicações, a ida para a UTI pode ser mais tranquila, mas ainda assim o paciente não está imune ao medo da perda do controle ou até mesmo da vida, principalmente quando no meio desse caminho há um processo cirúrgico, procedimento que, conforme veremos mais adiante, costuma ser bastante ansiogênico. A paciente

Luciana, diabética, diz que sua primeira internação na UTI foi súbita, por conta de uma reação alérgica a medicamentos, e só deu-se conta onde estava quando acordou. Logo pensou: “Meu Deus, se eu não passar daqui, estou ferrada”.

O paciente Quirino, 85 anos, por exemplo, relata acordar assustado ao se deparar na UTI, após uma cirurgia para retirar uma hérnia inguinal:

A primeira vez quando acordei eu tava na UTI. Tinham me tirado da sala de cirurgia, aí cheguei e vi que tava as meninas em volta com os olhão... Eu conheço. Eu não sou trouxa, né? Eu vi que era uma UTI. “Mas pera aí, eu tava tão mal assim? [E me responderam:] “Que mal? Você não está mal não. Aqui é recuperação. Depois da cirurgia, você tem que passar por aqui.” (Quirino).

Após esse contato inicial, o fato de estar na UTI e ter sobrevivido costuma ser visto com alívio e passado este momento, a perda da liberdade e de autonomia são sentidas por muitos dos pacientes. Quanto a isso, Bernadete comenta: “É ruim acordar e não ter liberdade! Não que eu tenha sido mal tratada... Ao contrário sou muito bem tratada”. Ainda com relação a essa perda de liberdade, outra paciente, Denise, queixa-se de tédio, alegando não ter o que fazer. Trouxe um livro, mas não o alcança sozinha e mostra-se constrangida em pedir ajuda: “Eu tenho que ficar incomodando pedindo para os outros...” (sic). Essa perda de liberdade confunde-se também com uma sensação de impotência, conforme descreve Antônio ao comparar a UTI com hospitalizações que já teve em outros setores:

É, na UTI é a primeira vez. Já estive no hospital, mas só por rotina. Nunca com essa [sensação de] impotência que eu passei agora, né? (...) É impotência, aqui você fica desvitalizado, né? Sem poder se expressar, né? Já tive em hospital outras vezes por causa de algumas complicações, mas nada assim... (Antônio).

Por outro lado, apesar disso tudo, passado o susto inicial, os pacientes passam a entender a UTI como um lugar necessário e, em geral, avaliaram bem o setor, apontando como um lugar de cuidado especializado para aqueles pacientes que mais necessitam e, conforme Souza (2006), costumam mostrar-se satisfeitos com o tratamento recebido:

Bom, os médicos passam a toda hora, aí vem alguém e dá um banho e coisa e tal, depois aparece outro... O serviço é um negócio gratuito, mas é bom... Tem lugar por aí que o povo morre na fila, mas aqui não, eles me tratam muito bem... Por isso que se for para dar nota eu dou nota 1000. (Denise)

Não, na minha concepção, UTI não é porque o cara está ruim. É uma prevenção. É onde já está tudo instalado e se for preciso uma emergência já tá fácil, né? Não me assustou em nada. Já tinha feito todos os exames pré-cirúrgicos, né? Mas de repente pode ter algum problema, né? Como tenho problema de pressão alta, tenho diabetes, então poderia ter algum risco, né? Então foi mais assim uma prevenção, acredito eu (Heitor).

A UTI é o caminho mais indicado, para quem tem necessidade maior. (Raquel)

É bom! É porque se tiver sentindo uma dorzinha você fala “tá me doendo aqui”, aí ela já dá um remédio de acordo. Até aguardar cicatrizar, por que abriu pra operar, né? (Otávio)

Assim, após tais constatações, muitos pacientes mostraram-se surpresos revelando ter encontrado um ambiente diferente do que esperava e valorizando o cuidado recebido:

O mundo lá fora sempre diz que quando está na UTI está mal, mas não é assim. Eu acho que não é assim não... (...). É pela palavra “unidade de terapia intensiva”, eu achava que era uma coisa mais forte, mas graças a Deus não está sendo não (Pedro).

Aqui achei que ninguém conversaria comigo, mas aqui as enfermeiras estão tudo conversando... (Mário)

Pensei que era bem mais complexo. (...) Ah, mais gente ruim, tipo caso de vida ou morte, mas aqui me provou o contrário. Mostrou que é uma parte mais atenciosa do hospital, os enfermeiros passam direto a cada dois ou três minutos para ver como você está, anotar a pressão, a temperatura... (...) A grosso modo falando, pensei que era mais brutal... As pessoas falam que... Geralmente as pessoas vão para UTI quando estão nos últimos. Aí tem aquela imagem de que é um lugar mais assustador, mas é calmo. (Nelson)

Outros pacientes ao definirem a UTI, teceram comparações com outros setores do hospital, como é o caso de Quirino, que disse sentir falta das amizades que tinha na enfermaria:

Eu converso [com as enfermeiras], mas depois vão me levar para cima para conversar com a turma lá em baixo para conversar, porque eles gostam muito de conversar. Aqui a gente fica mais sozinho. Aí falaram “Não, pode ficar quieto, não chora não que já já vai para lá.” (...) É ruim, né? Você fica sem ninguém para conversar. Onde eu tava quando cheguei, tinha três camas e eu ficava lá batendo papo com os outros dois, depois chegaram minha filha que veio comigo, minha neto, meu genro. Ficamos lá batendo papo até a hora da cirurgia (Quirino).

Eduardo e Geovana também comparam a UTI com a enfermaria. O primeiro relata a calma e a tranquilidade da UTI maior que na enfermaria, enquanto que a segunda, também vê o ambiente como mais calmo, mas sente falta da televisão que havia na enfermaria e mostra-se ansiosa para voltar:

[Sobre a primeira impressão] A única coisa que eu falei nossa que lugar legal. É que lá embaixo ficava eu e mais dois senhores, aí apagava a luz e fazia mais barulho que aqui. O pessoal chega aqui faz uma coisa aqui e ali... Aqui tem muito [barulho] também, mas lá era mais... [tosse] Aí eu falei rapaz então aqui tá bom... Lá era muito movimentado... Aqui também é, mas aqui é só médico e enfermeiro, né? (Eduardo).

Está tudo, como diz a gíria, nos trinquês. Está tudo maravilhoso. Tudo maravilhoso, muito bom o tratamento, lá embaixo também... Só que lá embaixo é diferente, né? É porque lá chega gente quebrada, machucada, gritando, pessoa com aparelhos, né?(...) [Mas] lá tinha televisão, né? Assistia Ana Maria Braga... (...) Aqui, eu fico pensando “Quando que eu vou descer? Quando que vou lá pro quarto?” Parece que eu vou para o mesmo que tá reservado... Tinha uma televisãozinha, tinha um controle, ligavam para mim e foi maravilhoso. (Geovana)

Outros pacientes elogiaram o serviço de uma maneira geral, comparando suas vivências com a ideia que tinham do serviço público brasileiro:

Eu não imaginava que a nossa medicina pudesse estar tão adiantada, né? Eu sempre elogiei muito a economia do Brasil que evoluiu tanto, mas não imaginava que na área de medicina tivesse tão arrojada assim (...). A mídia é o maior câncer da humanidade, a midiática em geral, ela passa um conceito não muito bom. Agora eu vejo que não é nada daquilo que eu pensava. (...) Por exemplo, eu sempre achava que os hospitais [públicos] eram mal tratados, imundos, que o governo não dá saúde para o povo, não dá educação... E você começa acreditar nesses valores, é a mídia. Mas quando você vai lá, você vê que não é aquilo. Então miou, o conceito miou já. Não é verdade o que falam por aí, que o governo não presta, que os políticos não prestam, entendeu né? Não é bem assim, tem que estar lá para ver, né (Antonio)?

Achei melhor do que no [hospital] particular. Eu tinha uma má visão dos hospitais públicos, mas acho que esse aqui é o melhor hospital que tem. Porque onde eu tava também não vou desfazer, era legal só que aqui é bem mais atencioso (Nelson).

Tais cuidados, no entanto, são seguidos por uma série de restrições e normas, as quais os pacientes não estão habituados. A alimentação é controlada rigorosamente, tanto no que diz respeito ao horário, quanto aos ingredientes. Quirino comenta: “É uma sopa, um mingau, mas não enche a barriga. Quem tem fome não enche...” e questionado sobre seu desejo ao sair do hospital, ele é enfático: “Agora eu tô doido para ir para casa, comer um churrasco. (...) Um tocinho cozido dentro de um feijão. Sinto falta disso, oxê! As comidas daqui, pelo menos das vezes que eu fiquei internado, uma comida ruim. Não tem sal, não tem nada” (sic).

O sono muitas vezes é difícil, comumente interrompido para administração de medicamentos ou realização de procedimentos nele ou em outros pacientes ao lado,

assim como mostraram as pesquisas de Bitencourt (2007). Nessas circunstâncias, muitas vezes o uso de analgésicos e sedativos é feito para que ofereça conforto ao paciente:

Por enquanto tudo bem... Só que eu to com muita dor porque está voltando a anestesia... Aí eu fiquei um pouquinho com os olhos fechados por causa da dor... Depois passou, tomei uns medicamentos... Eu dormi a noite toda bem gostosinho...

Ainda com relação a essa questão, Carlos alega ter dormido bem, mas diz ter sentido dores pela manhã. Janaína diz que teve dificuldades para dormir, mas conseguiu “cochilar” (sic) pela manhã, por outro lado ela completa “a cama lá de casa é mais gostosa” (sic). Tais depoimentos levam-nos a refletir sobre os estudos de Kadiev & Ali (2008), que sugerem que é possível obter algum conforto a partir do uso de medicamentos, mas que ainda assim não substituem o sono natural. Eduardo compara a UTI com a enfermaria, na qual tinha um sono melhor e por outro lado reforça a segurança que a presença da equipe representa para seu sono:

Eu tava lá [na enfermaria] mais sossegado. Aqui eu não vou dormir que nem dormia lá embaixo, ficava eu e dois senhores, mas ficavam calados. Dormia a hora que quisesse... Aqui chega gente toda hora... De madrugada, aquele senhor chegou operado e trabalharam a noite inteira... (...) Trabalharam, trabalharam... Lá no quarto não tinha esse tipo de coisa... É um ruim para um melhor descanso... Tudo bem, não vou dormir tão legal, mas estou seguro. O médico tá ali, a enfermeira está ali... Lá a enfermeira vai de meia em meia hora, então aqui é mais seguro... Se acontecer alguma coisa, tá seguro (Eduardo).

Com relação a essa rotina, é interessante destacar a situação de Luciana, que se internou por conta de sua diabetes descompensada e devido a isso tem seu índice glicêmico medido a cada meia hora, o que, segundo ela, funciona como uma forma de saber as horas, tal como ela evidenciou ao responder a questão do *minimal* sobre as horas, com uma precisão pouco habitual.

Outra diferença marcante é o tempo de visita na UTI, que em geral, é cerca de trinta minutos com limite de visitantes por paciente, o que é diferente das enfermarias e apartamentos, onde a frequência e o período de visita são maiores, assim como também o número de visitantes. Geovana fala sobre essa diferença:

Lá quando fiquei no apartamento a pessoa podia ficar... A aqui a visita vem ver, e fica uns cinco minutinhos, mas tudo bem... Por exemplo, minhas irmãs vêm... Todas moram longe, né? Não precisa ficar o dia inteiro, mas poderia ficar um pouco mais... (Geovana).

Esta limitação às visitas deve-se à atribulada rotina da equipe de unidade de terapia intensiva que constantemente realiza intervenções e à constante presença de quadros clínicos mais delicados. Outra questão com relação aos procedimentos da equipe pode ser observada através da fala de Raquel, internada com fraturas na perna e no braço e tem dificuldades para locomoção que se agravam com seu sobrepeso. Nessas circunstâncias, seu banho é realizado no leito e para ela, apesar dos cuidados da equipe, é um momento muito dolorido:

É o sacrifício maior, né? Uma que sou muito gorda, né? Aí não tem jeito. É muito dolorido. Tem que virar para um lado, depois tem que virar para o outro. (...) Elas [as enfermeiras] abaixam um pouco essa cama e dão o banho, né? Mas é muito dolorido. Dói as pernas, dói os braços... (Raquel).

Outro fator que pode ser citado como elemento perturbador foi a dor, ilustrada aqui a partir desse depoimento de Raquel sobre o banho ou de Carlos e Geovana sobre o sono. Em consonância com os estudos de Biancofiore (2005), em nossa pesquisa, outros pacientes, como Inácio, que se dizia mais aliviado por saber que brevemente tiraria a sonda nasogástrica, citaram ainda a presença das sondas, cateteres e demais equipamentos ligados ao seu corpo:

Isso aqui incomoda muito. Meus olhos ardem... Tem uma “veinha” que tem um coisinha que pega dentro do coração, aí depois que pega aquele canudinho e coloca dentro da veia, a gente sente... Aí eles param de mexer e o medicamento vai dentro da veia. Nessa veia [aponta o pescoço]. É tipo cateterismo, né?(...) Fico o dia todo deitado, não posso levantar... Só engatado, tudo engatado, aí não posso levantar (Mário).

Ah, essa sonda aqui incomoda! Pega na garganta! É a única coisa que incomoda. (...) É isso aqui! [aponta para a sonda nasogástrica]. Isso aqui, a gente passa o dedo aí bate no negócio aqui. Machuca lá dentro. Não é que machuca, mas dá um... Mexe lá dentro... Mas tirando isso, normal... (Heitor)

Com relação à equipe, os pacientes, em geral, também fizeram uma boa avaliação e teceram elogios. Sentem-se seguros, diante da constante atenção a eles dispensada e do número alto de profissionais e exames realizados, conforme também evidenciou Souza (2006):

Os médicos, os psicólogos... O atendimento no hospital é melhor do que um homem pode esperar. É bom, procurando fazer o bem para os pacientes. (...) Fazem exames, raios-X... Têm muita preocupação... com o paciente (Carlos).

Eu estou muito bem cuidada, muito bem tratada. Os médicos e as enfermeiras são uns doces e estão sempre aqui. Não tenho o que falar delas, a não ser o bem. Não estou acostumada a essa vida, mas o pessoal daqui é maravilhoso. Quem botar defeito está mentindo. Adoro eles. Médico maravilhoso, os enfermeiros, as enfermeiras, são todos maravilhosos (Bernadete).

Ah, olha... Se eu falar que é ruim, eu vou ser mentirosa... Todos maravilhosos, as enfermeiras com o maior cuidado. Ninguém nunca me machucou, me apertou, não! Ao contrário, elas chegam “Mas Dona Geovana, não comeu nada.” São muito maravilhosas... (Geovana).

A gente tá com essas mulheres do lado o tempo todo [aponta para as enfermeiras], o médico está o tempo todo do seu lado... Aí vem um médico, depois outro médico e outro médico... Para mim é muito bom... (Eduardo).

Eles são simpáticos demais, maravilhosos. Como eu te falei, eu não imaginava que fosse assim. Eu tinha um conceito totalmente diferente dos atendimentos. Baseado na noção que a gente tem da rede pública, né? (Antonio).

Vieram e me explicaram porque que eu estava aqui, o que tinha acontecido... Então eu sempre fui muito bem orientada... (Luciana).

Eles querem saber se tá doendo... Se doer, eles dão remédio. Tudo é válido, o que eles fazem aqui. (...) Os homens são educados como moças e as moças são tão doces como um melzinho. Tudo gente boa, gostam da gente. Eu estou amparado. Está tranquilo (Otávio).

Por outro lado, se os elogios à equipe foram constantes, também surgiram algumas falas que cumpre destacar. Alguns pacientes revelaram algum receio de incomodar a equipe pedindo ajuda ou favor. Um destes casos foi visto acima, através do depoimento de Denise, que havia levado um livro consigo para a UTI, mas não o alcançava e mesmo reclamando de tédio, preferia não pedir à equipe. Questionada a respeito dessa atitude, ela responde: “Aí eu tenho que ficar incomodando pedindo para os outros... (...) Ah, não... Não quero incomodar ninguém.”. Outro momento em que se evidencia esse receio de atrapalhar a equipe é através de uma fala de Janaína, que sente falta de frutas em sua alimentação e também diz preferir não se expressar, conforme ela mesma justifica:

Não, deixa que quando eu chegar na minha casa eu como. Eu gosto muito de fruta, não to mais com apetite de ta comendo carne, frango... (...) Ah, é melhor não pedir... Às vezes não tem o que quero, aí eu vou perguntar e aí vão pensar: “Ah, está querendo...” . Às vezes são três vasilhas de comida, mas se fosse três bananas era melhor... Aí deixa elas, se der para comer eu como, mas não dá (Janaína).

Quando colocamos em evidência esta questão, não se trata de fazer as vontades do paciente, mas sim em evidenciar uma preocupação nossa em incentivar o

diálogo entre paciente e equipe, muitas vezes escasso por conta da rotina agitada da UTI e demais atribuições dos profissionais ou por conta do próprio constrangimento do paciente em interferir no trabalho do profissional.

Outro tipo de fala que nos chamou a atenção e ainda diz respeito sobre a relação entre paciente e profissional de saúde é a respeito da forma como alguns procedimentos são realizados. Adiantamos, no entanto, que estas queixas podem ser reais como também fruto de uma fragilidade emocional, como discutiremos mais adiante. Raquel queixa-se da falta de paciência de alguns profissionais, mas depois justifica sua fala, em uma aparente tentativa de esquivar-se como se o fato de continuar falando do assunto constituir uma denúncia, conforme já foi discutido anteriormente nesse trabalho, a respeito do contexto em que a pesquisa ocorre:

Raquel: Às vezes tem umas enfermeiras que não são muito pacientes ou... mas eu acho que é normal, né? Todo mundo passa por isso.

Pesquisador: E como você percebe isso?

Raquel: Através da pressa, né? As pessoas mais jovens são mais apressadas, mais... Então.

Pesquisador: E que horas que você mais vê essa pressa?

Raquel: Ah, a gente enfrenta tudo né?

Pesquisador: E qual o momento que você mais vê essa pressa?

Raquel: Que elas agem assim? Eu também não sei o que eles estão vivendo... (...) Às vezes a gente percebe... Não é nada específico, mas não precisa magoar as pessoas...

Interessante notar ainda que Raquel refere tentar compreender a situação que os profissionais passam, que conforme a literatura aponta é bastante estressante e com uma elevada sobrecarga de atividades e responsabilidades. Outra paciente, Kassandra, também se queixa de um profissional e tem um discurso parecido com o de Raquel. Dessa vez, no entanto, quando a insegurança da paciente foi percebida, o pesquisador reassegurou o sigilo da entrevista e a paciente lhe revelou uma sensação de desamparo diante de suas limitações de movimento e que será discutido neste trabalho no capítulo “Castração e desamparo”:

Pesquisador: E como que é a relação com a equipe?

Kassandra: Normal...

Pesquisador: Como assim normal?

Kassandra: Ah, não sei...

Pesquisador: Porque a senhora fez essa cara? Aconteceu algum problema?

Kassandra: Por exemplo, a funcionária que ficou essa noite que é meio rude.

Pesquisador: Rude?

Kassandra: É. É meio durona, sabe? Eu não podia andar, ela me empurrava para lá, empurrava para cá... Não é assim não, né? Porque eu to aqui aleijada que ela pode pegar eu me jogar para lá. Não é assim não. (...) Ah, ela deve ficar sozinha, nervosa... Eu acho, né? Lidar com pessoas doentes não é fácil. Eu sei que não é fácil, mas eu não to querendo entregar ninguém, viu?

Pesquisador: Isso é como eu falei. É sigiloso...

Kassandra: [silêncio] Teve uma hora que eu falei: “Quero ir ao banheiro, mas não to com pernas para andar.” Falei pra ela me lavar até ao banheiro, não porque ela me empurrou para lá pra cá não... Ela não gostaria que maltratassem a mãe dela. Ela não gostaria, né? Tem que tratar a pessoa bem...

Pesquisador: Como você acha que ela poderia fazer?

*Kassandra: Dar um apoio, dar uma mão... Uma pessoa que não tá andando, que a perna está pesada, por que se eu aguentasse, eu não estava aqui esperando. Por ela eu mesma teria feito. Eu mesma quando estava na ****¹⁵ nunca esperei assim. Não esperava ninguém, eu mesmo ia no banheiro. Porque ali eu andava. Agora está diferente. Eu não ando. Tento sair da cama e não consigo.*

Assim vemos que muitas vezes o paciente sente o cuidado técnico, mas parece sentir falta de outra dimensão do cuidado. Tais questões relacionais podem dizer respeito às características da UTI, que impõem um ritmo bastante dinâmico às atividades desenvolvidas, quanto a dificuldades pessoais de alguns profissionais ou até mesmo pacientes, conforme analisaremos nas categorias a seguir. No entanto, o que se observou é que o paciente, apesar de desejar uma atenção maior, sente-se satisfeito por estar sendo bem tratado. A fala de um dos pacientes parece resumir o que observamos *in loco* e em muitas das entrevistas. Questionado a respeito de como via de sua condição limitada ao leito, a qual ele descreve como “engatado” ao leito, Mário responde:

Ah, o tratamento a gente nunca pode achar ruim. Tem que achar bom, ainda mais quando dá resultado, né? Quando dá resultado, a gente suporta algumas coisas, mas quando não dá resultado a gente fica todo fora de si (Mário).

Tal depoimento pareceu-nos útil para sintetizar nossa percepção de que muitas vezes existe o incômodo por determinados procedimentos ou condições de tratamento, mas que há também uma tolerância ao sofrimento ou quaisquer outras situações adversas, quando o paciente percebe que está sendo bem tratado, e, principalmente, quando percebe que há também uma melhora em sua saúde. De maneira geral, conforme discutimos aqui, a equipe é bem vista e seu trabalho é reconhecido pelo paciente, que se sente seguro e bem cuidado no que diz respeito a

¹⁵ Outro hospital

sua saúde. Há, no entanto, outras situações que promovem sofrimento, mas muitas vezes não consegue ser nomeada pelo paciente e nem se expressam em exames ou parâmetros fisiológicos, mas que interferem na vivência do paciente no leito, conforme discutiremos mais adiante nas categorias que seguem. São categorias de base psicanalítica, apresentá-las-emos, uma a uma de forma a compreender o universo psíquico dos pacientes ao poucos, apresentando inicialmente categorias que abordem conceitos que julgamos necessários para o entendimento das categorias seguintes.

6.3 Feridas Narcísicas

Nesta etapa, para discutir o que denominamos como feridas narcísicas, teremos como eixo norteador o conceito de narcisismo. O termo foi empregado pela primeira vez pelo psicólogo Alfred Binet, em 1887, para descrever uma forma de fetichismo no qual o sujeito tomava a si mesmo como objeto sexual. Mais tarde, seria usado por Havelock Ellis, em 1898, para designar um comportamento perverso relacionado com o mito de Narciso (Roudinesco, 1998).

O mito descreve a história de Narciso, o mais belo dos jovens, filho do rio Céfiso e da ninfa Liríope. Tão belo que fora desejado pelas deusas, ninfas e jovens de toda Grécia. Estas, apesar de irremediavelmente presas à beleza do rapaz nada o despertavam, e ele lhes continuava insensível. Até mesmo a ninfa Eco, que insistira, declarando seu amor, foi friamente repelida e, mesmo ardendo em paixão, isolou-se, deixando de se alimentar e definhou, transformando-se num rochedo, apenas capaz de repetir os derradeiros sons do que se diz. As demais ninfas, irritadas com a insensibilidade e frieza de Narciso clamaram por vingança a Nêmesis que o condenou a “amar um amor impossível”. Dessa forma, em um verão, o jovem debruçou-se de uma límpida fonte para matar sua sede e, enquanto bebia, viu seu próprio reflexo, não conseguindo nunca mais sair dali. Apaixonara-se e morrera por amor. No local de sua morte, encontrou-se apenas uma delicada flor, o narciso (Brandão, 1989).

Foi, no entanto, através de Paul Näcke que Freud entrou em contato com o termo, utilizando-o em uma de suas obras, em 1910, *Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade*, para explicar a escolha de objeto em homossexuais, que se daria pela tomada de si mesmo como objeto sexual, buscando em seguida pessoas que se pareçam com eles, para que possa amá-los como sua mãe os amou. Mais adiante, Freud, a partir da descoberta desse fenômeno em determinadas escolhas de objetos, concebe o narcisismo em *O Caso Schreber* como uma fase normal da evolução sexual (Laplanche & Pontalis, 2004; Roudinesco, 1998). Ainda assim, apesar das diversas citações que o narcisismo recebeu durante toda a obra de Freud, é no texto *Sobre o Narcisismo* (1914/2000) que o termo adquire o valor de um conceito e imprime sua marca mais forte, constituindo-se um marco divisor na teoria psicanalítica, propondo novas ideias que transformariam as concepções freudianas vigentes até então (Sandler, Person & Fonagy, 1991).

A partir da observação das psicoses, Freud percebe a existência de uma dinâmica da libido que deixa os objetos para voltar-se ao próprio “eu”. Mais do que isso, não só essa dinâmica de alternância da libido, mas o próprio narcisismo em certo grau poderia ser considerado normal e até mesmo necessário para todo indivíduo, sendo de extrema importância para a autopreservação. A análise clínica realizada por Freud mostrou que até mesmo em transtornos psicológicos em que o paciente parece desistir de sua relação com a realidade, ele não cortava suas relações libidinais com as pessoas e as coisas, retendo-as ainda na fantasia. A libido que é afastada dos objetos externos era direcionada para o “eu”, caracterizando uma atitude que Freud denominaria de narcisismo. (Freud, 1914/2000)

Além disso, sua observação também permitiu constatar que esse investimento no “eu” não é uma situação nova, mas sim a ampliação e manifestação de uma condição previamente já existente. O “eu”, mostrar-se-á como algo que não existia a priori como uma unidade. Antes ele é algo sem conjunto ou forma, apenas um amontoado de sensações e percepções que somente mais tarde, após uma nova ação psíquica, se reconhecerá como sujeito (Freud, 1914/2000), ação essa que Lacan apontará como a diferenciação do bebê, frente ao espelho, de sua imagem e da

imagem da mãe. E o eu assim, proviria do outro, do seu olhar, do seu corpo tomado como modelo (Lacan, 1966/1998).

Assim, seguindo o raciocínio freudiano, o eu deve ao outro a sua formação e desenvolvimento. Ideia essa fortemente reforçada no estudo dos fenômenos da melancolia. Em “Luto e Melancolia”, Freud (1917[1915]/2000) compreende esse fenômeno como um processo de identificação nos casos em que uma pessoa se vê abandonada de um objeto muito amado e do qual se segue uma alteração do eu devido à instalação do objeto dentro do eu, tornando-se então um “substituto da catexia erótica”, constituindo importante mecanismo nas afecções narcisistas. Essas identificações, no entanto, não ocorrem apenas nos momentos de melancolia, mas durante toda a existência do eu. Ele é um precipitado de identificações. O primeiro objeto da criança é sua mãe. Assim, por exemplo, um menininho em idade muito precoce, desenvolve uma catexia objetal pela mãe, originalmente relacionada ao seio materno e se relaciona com o pai, identificando-se com este. Durante algum tempo, esses dois relacionamentos que a criança estabelece avançam lado a lado, até que os desejos sexuais que o menino sente pela mãe se intensificam e o pai passa a ser visto como um obstáculo à satisfação pulsional. Daí decorre o Complexo de Édipo (Freud, 1923a/2000).

Nesse ponto, ocorre, portanto, uma identificação com uma das instâncias parentais, a partir da qual o eu passa a internalizar os valores e restrições da mesma. Essa internalização de uma coerção externa toma a forma de uma instância psíquica, assumindo o lugar da instância parental que observa, interferindo e ameaçando o eu exatamente da mesma forma como os pais faziam anteriormente com a criança (Freud, 1932-1936a/2000).

Nessas circunstâncias, a criança, percebendo que não existem garantias no privilegiado lugar que ela supõe ocupar, angustia-se por temer perder o amor e atenção dos pais. E é dessa mesma forma que o eu se relacionará com o mundo após a superação do complexo. Ao se reconhecer diferente do outro, o eu se desenvolve e com ele surge o narcisismo e não mais o simples autoerotismo. Devido a esse amor próprio, a criança procura proteger-se e se manter sempre amada. Baseada na relação que tinha com seus pais, ela estabelece um modelo ideal no qual seu eu se baseia

tentando resgatar aquele amor outrora perdido. Com o desenvolvimento do “eu” e o afastamento do narcisismo primário, tem início uma “vigorosa tentativa de recuperação desse estado” a partir do “ideal de eu”. E daí decorre a continuidade das relações que tinha com seus pais: o “eu” aceita as limitações do “supereu” para ser amado. Tendo se formado, o ideal do eu impõe severas condições à satisfação da libido objetal e tornar a ser seu próprio ideal, como o foi na infância está incluso no que as pessoas se esforçam por atingir como sendo sua felicidade (Freud, 1914/2000).

Diante disso, baseando-se no conceito de narcisismo, o fenômeno do adoecimento ou da internação será compreendido através de duas possibilidades: a) a relação entre o investimento libidinal no “eu” e um possível investimento num determinado órgão ou no corpo adoecido; b) um possível afastamento do “ideal do eu”, uma vez acometido pela enfermidade.

Com relação à primeira possibilidade aventada, deve-se recordar o raciocínio de Freud (1914/2000) ao articular o narcisismo com a doença orgânica e à hipocondria e supor um investimento libidinal que o ego faz no corpo. Em ambas as condições clínicas, há uma retirada da libido do mundo externo concentrando-se no órgão que lhe prende atenção, no caso o órgão doente ou supostamente doente, quando falamos da hipocondria. Assim como o órgão sexual, os demais órgãos e partes do corpo também são dotados de uma “erogeneidade”. Eles “podem substituir os órgãos genitais e comportarem-se de maneira análoga a eles”. Estes, da mesma forma que aqueles, podem se congestionar de sangue e se intumescerem e umectarem, sendo “sítio passível de uma multiplicidade de sensações”. Há, portanto, um fluxo de catexia libidinal voltado também a estes órgãos. E “em paralelo a cada uma dessas alterações da erogeneidade nos órgãos, poderia então estar ocorrendo uma alteração do investimento da libido no Eu” (Freud, 1914/2000).

No caso da UTI, muitos pacientes estão intrinsecamente ligados a sondas e equipamentos, vivem intensamente a sua doença, principalmente quando se trata de uma enfermidade grave. Tais pacientes quando abordados, tendem transparecer a falsa sensação de um empobrecimento afetivo ou de ideias, quando na verdade, refletem a intensa relação com o corpo biológico e com a vivência de ameaça à própria vida. É comum a estes pacientes, ao serem questionados sobre seu estado, relatarem

inicialmente sua insatisfação com determinado equipamento ou sonda e para só depois entrarem em contato com sua realidade interna; toda a expectativa do ambiente, dele e da equipe recai sobre seu estado clínico. É o caso do paciente Carlos, que perguntando como estava na UTI relata 40 graus de febre e discorre sobre sua chegada ao hospital, entrando posteriormente em contato com seus conteúdos internos. Por essa mesma razão, conforme discutido na metodologia, percebemos que seria mais produtivo deixar que os pacientes falassem sobre sua experiência concreta e a partir daí ajudá-los a dar um sentido àquela experiência, uma vez que perguntas do tipo “Como você está?” ou “Como você se sente?” trazia à tona um discurso biomédico, com descrições do quadro clínico e demais índices fisiológicos, mediante as expectativas que recaem sobre ele.

Diante desse tipo de situação, perguntamo-nos como fica investido libidinalmente o “eu”. Tal condição clínica ou estado de privação parece entrar em cena na realidade psíquica do paciente e tendo em vista que um dos fatores com os quais a autoestima está direcionada é o investimento libidinal no “eu”, podemos ver de que maneira esta condição pode interferir no equilíbrio psíquico, podendo, conseqüentemente, ser um fator a mais de sofrimento ao enfermo. Da mesma maneira que nos casos de psicose é comum que o sujeito desfrute de um engrandecimento de si por conta de um excessivo investimento libidinal no “eu”, um excessivo investimento num órgão, como alertava Freud (1914/2000), pode provocar um menor investimento no “eu” e, conseqüentemente, uma percepção inferiorizada de si.

Com relação à segunda possibilidade para buscar compreender a realidade dos pacientes, o possível afastamento do “ideal de eu”, cabe atentar à descrição freudiana da evolução do “eu”, fortemente atrelada à passagem do autoerotismo ao narcisismo primário, e mais tarde, ao narcisismo secundário, intimamente relacionado com o conceito de “supereu”. Segundo Baranger (1991), mais do que elucidar uma evolução do “eu”, Freud confere ao narcisismo um papel estruturante da personalidade, na medida em que o sujeito vai mediar sua autoestima e investimento de si a partir de uma comparação com seu ideal de “eu”. Com relação a isso, outra fala de uma paciente ilustra esse fato. Luciana, 22 anos, relata incomodar-se com sua atual aparência durante a internação e por conta disso prefere não receber visita de seus colegas de trabalho:

Então senti falta de meus piercings, mas tirando isso... Pra mim foi novidade ficar sem eles... Há muito tempo que uso e nunca havia tirado. Um na orelha e na barriga... Passei a mão na barriga e não senti... Essa é a foto que todo mundo queria, com certeza. Vir aqui me fotografar e colocar isso no Orkut. Tem nem um toque de vaidade, né? Sem maquiagem, sem cabelo arrumado. (...) Eles [os colegas de trabalho] não se sentem bem, né? Por não saberem o que está acontecendo, por não ter nenhum tipo de comunicação. (...) Eu estou horrível, toda desarrumada. (...) Eu acho que ninguém vai me reconhecer, aí eu falo “Essa é a foto que meus amigos queriam ter”. Sei que ninguém vai rir, Sei que é necessário...

Segundo Lasch (1983), vivemos numa cultura de imediatismo, já não se pensa em uma historicidade como antes. E como resultado disso, o homem vive atrás do prazer no momento, de um sentimento ilusório de bem-estar pessoal, saúde e segurança psíquica. A sociedade contemporânea já não acredita em seu futuro, e decorrente disso, desenvolveu-se uma cultura na qual o individualismo, seja como uma forma de resistência a esse modelo ou como forma de adaptar-se a ele, é tido como um funcionamento natural do homem. Valoriza-se, sobretudo, o triunfo pessoal, a saúde física e o sucesso profissional.

Tem-se aí um panorama do que se entende como “ideal de eu” na contemporaneidade. Retomando a situação de adoecimento, o primeiro impacto que uma doença pode causar é na autoimagem. Sabe-se que muitas doenças, seja pelos sintomas, por um tratamento agressivo ou um controle alimentar podem provocar mudanças na imagem corporal. Sabe-se também, como foi aqui mencionado, que é a partir da imagem do outro que a criança se identifica e constrói um “eu” em conformidade a esse outro. Com o fim do narcisismo primário, ela quer ser o objeto de desejo dela e, mais tarde, vai querer ser o objeto de desejo do outro (Bleichmar, 1985). Assim, o adoecimento ao imprimir marcas físicas no corpo o afasta dessa realização. E este corpo, em uma UTI está muitas vezes exposto à equipe e mesmo sem marcas e cicatrizes, a nudez em si causa incômodo, como no caso de Quirino, 85 anos, com recomendações de tomar banho sentado por conta de sua idade e por estar em período pós-operatório, que preferiu desobedecer à enfermagem e enxugou-se sozinho para evitar que fosse visto sem roupas:

Entrei, fechei a porta, entrei no chuveiro, tomei banho sentado. Falaram: “Você não levanta”. Aí ela [a enfermeira] ficou brava porque eu me levantei sozinho e me sequei sozinho. Ela falou “Não pode! Não pode!”. Mas eu levantei... Ela ia me ver peladão, um velho que nem

eu! Eu não estou acostumado a ficar pelado na frente de ninguém. (...) Às vezes a gente fica chato assim... Essas senhoras me tratam muito bem (Quirino).

Diante disso, outra questão a se observar é o valor que a imagem do próprio corpo assume na contemporaneidade. Segundo Zizek (2003), o homem tem sido repetidamente envolvido de informações, sendo praticamente obrigado a viver o excesso, o que por outro lado resulta numa despersonalização do sujeito, que já não responde mais a esses estímulos. Assim, este passa a compor uma sociedade regida pela teatralidade e pela imagem, a qual Birman (2000) chamou de “Sociedade do Espetáculo”. A subjetividade discursiva, que anteriormente era marca da sociedade, cada vez mais dá lugar à subjetividade da imagem. Com isso, o indivíduo (ou o “eu”), tido como ideal é aquele que se aproxima de uma perfeição física, como é comumente constantemente exposto em fotos de revistas e jornais.

Diante dessa realidade e retornando a temática do adoecimento, devemos considerar as mudanças físicas que podem comprometer a autoimagem. São inúmeras as formas de agressão ao corpo: o próprio tratamento agressivo que a doença exige, o rigoroso controle alimentar, além de determinados procedimentos cirúrgicos que muitas vezes são exigidos ou até mesmo os próprios sintomas de determinadas enfermidades, como no caso de patologias como a hanseníase e o vitiligo. No caso específico da UTI, é muito comum que o paciente apresente edemas ao longo do corpo, devido à retenção de líquidos por conta do longo tempo que passa acamado.

Outro conteúdo nesta direção a um afastamento do “ideal de eu” é a falta que muitos pacientes referiram ter do seu trabalho, seja por conta de não terem outra fonte de renda, ou simplesmente por se sentirem longe da atividade habitual, como nos fala Heitor, que está desempregado, mas com benefício social, e após a habitual fala do pesquisador se o paciente gostaria de falar ou perguntar alguma coisa, ele fala “Se vocês tiverem condições de arranjar um emprego quando sair daqui, eu agradeço”. Tal situação foi discutida com o paciente, que acabou revelando-nos sentir-se desamparado, conforme discutiremos adiante.

Outro paciente, Fernando (60 anos), portador de uma neoplasia na faringe, também refere o desejo de pronto restabelecimento e retorno ao trabalho o quanto antes, ainda que esteja recebendo um benefício social por conta de sua enfermidade:

Estou de recesso... A família está recebendo [benefício social]... Mas é duro ficar sem trabalhar por causa de uma doença, né? (...) Ah, cresci trabalhando. Aí a gente se acostuma a trabalhar. E a família da gente, acho que também se acostuma de ver a gente trabalhando (Fernando).

Com relação a isso, podemos retomar mais uma vez ao raciocínio de Lasch (1983), em *A Cultura do Narcisismo*, e pensar também no significado da doença numa sociedade voltada para o trabalho e preocupada com o sucesso profissional. O trabalho, segundo Rodrigues & Limongi-França (2010), constitui uma das condições determinantes para identidade e integração do indivíduo na sociedade e quando o indivíduo não consegue atender as demandas profissionais criam-se processos patogênicos de adaptação, como o desligamento da empresa, perda de promoções ou isolamento na carreira profissional. E nesse caso, não nos referimos ao emprego formal, mas a uma atividade produtiva. Outro paciente, Otávio, 75 anos, ao falar dos seus planos quando sair do hospital, também demonstra interesse em voltar trabalhar, ainda que seja aposentado. Ajuda os filhos com serviço de marcenaria e diz que em casa não consegue ficar parado:

Sim, porque se eu ficar em casa e falar “vou tirar uma fé não vou fazer nada”, aí a cabeça não funciona... Se eu ver um serviço que precisa de um conserto, um arremate... planejar alguma coisa diferente lá... Eu fico pensando nisso. E acabo fazendo... Coloco azulejo, piso, essas coisas... (Otávio)

A UTI, pela natureza da maioria dos quadros clínicos e pelas condições de monitoração, obriga que o paciente permaneça todo o dia no leito. Muitas dessas situações aqui descritas extrapolam a própria condição orgânica, mas poderíamos incluir ainda os casos de incapacitações e limitações impostas pela doença, às mudanças de papel na família e a maneira como os membros da mesma lidam com a situação (Rolland, 2001). A seguir, Antônio, 64 anos, fala sobre o que tem sentido na UTI:

É a primeira vez na UTI. Já estive no hospital, mas só por rotina. Nunca com essa impotência que eu passei agora. (...) Aqui você fica desvitalizado, né? Sem poder se expressar, né? (...) Sempre tive problemas de saúde ao longo da minha vida. Tive tuberculose quando era menino. Tive doente, mas era coisa ambulatorial, então nunca me encontrei nesse estado mórbido igual agora (Antônio).

Tratando-se de um sujeito, há sempre, como diz Freud (1921/2000), uma sensação de triunfo quando algo no “eu” coincide com o “ideal do eu”. Por outro lado, quando há a tensão entre o eu e o ideal do eu, isso pode refletir no sujeito um sentimento de culpa ou até mesmo inferioridade. Em meio à cultura que valoriza o sucesso e o bem-estar a todo custo, isso se torna mais evidente, uma vez que o caráter narcisista da contemporaneidade, apesar de colocar o “eu” numa situação de suposta independência, também o coloca em uma condição mais vulnerável. Assim quando o “eu” se decepciona frente ao seu “ideal de eu”, o “eu ideal” perde seu frágil equilíbrio. E diante disso, podem surgir episódios depressivos como expressão de um sentimento de falência do “eu” frente às exigências do seu ideal (Green, 1988).

Dessa forma, a ferida narcísica em questão trata-se muitas vezes de um sofrimento reativo a essa condição imposta por seu corpo que o afasta de seu “ideal de eu”. Quando nosso corpo está sadio, comumente “esquecemos” dele. Ele parece tão “nosso” que se submete aos nossos desejos e obedece às nossas ordens. No íntimo de nossa mente, nosso corpo é imortal, mas a doença nos lembra de que temos um corpo e que podemos morrer. Conforme nos relata o paciente Antônio, supracitado, ao sentir-se desvitalizado, sem poder se expressar, muitas vezes este é o sentimento de uma pessoa que, de repente, vê-se gravemente enferma: é a de que, a partir de seu próprio corpo, deixou de ser dona de si (Botega, 2002). Muitas vezes essa é a dor da doença, não só a dor corporal, mas ao impor limitações e sofrimento, coloca-nos distante do nosso ideal de ser (de “eu”), afasta da condição idealizada a partir da qual poderíamos obter a atenção ou o desejo do outro, quebra com a ilusão de plenitude do homem.

De certa forma, muitas vezes o adoecimento confronta o mito de Narciso, esboçando um paradoxo. Diferente do personagem grego tão belo e insensível ao apelo das jovens, a pessoa acometida por uma enfermidade sofre, além das possíveis causas orgânicas, pela constatação de sua vulnerabilidade e constante dependência do olhar do outro. A partir do estudo dos fenômenos narcísicos, acreditamos ser possível ampliar o olhar para compreender outra dimensão do sofrimento do paciente enfermo, acamado na UTI, que vai além de sua dimensão orgânica. Para buscar entender esse alcance de tal condição no universo psíquico dos pacientes aqui entrevistados, seguiremos analisando as demais categorias.

6.4 Vivências de castração e desamparo

As vivências de castração ou mesmo a angústia de castração são fenômenos distintos das vivências de desamparo, mas serão trabalhados aqui em uma mesma categoria, por entendermos que elas têm uma relação intrínseca e que, principalmente, nas condições dos pacientes entrevistados, demonstram estar intimamente ligados.

O conceito de castração é derivado do latim *castratio* que surgiu no fim do século XIX para definir a operação pela qual um homem ou animal é privado de suas glândulas genitais. As primeiras referências ao termo psicanalítico faziam referência direta à dimensão biológica do pênis, porém ao longo da evolução do pensamento freudiano, o conceito foi se ampliando e sendo utilizado para a explicação de diversos fenômenos psíquicos (Roudinesco, 1998). Na Psicanálise, o termo tornou-se conhecido a partir da noção de “Complexo de Castração” e para Freud o momento inaugural deste complexo se dá quando as crianças percebem que existe uma diferença anatômica entre os sexos. Cada um passa por esse momento de forma diferente. O menino, desde cedo, valoriza seu pênis e acredita que todos têm um órgão genital semelhante ao seu. O pênis, essa “parte do corpo, facilmente excitável, inclinada a mudanças e tão rica em sensações, ocupa o interesse do menino em alto grau e constantemente estabelece novas tarefas ao seu instinto de pesquisa.” E ele começa a ter interesse também no pênis de outras pessoas, buscando compará-lo e alimentando a esperança de que o seu órgão vá ser maior algum dia (Freud, 1923b/2000).

Com a menina o que acontece é bem diferente. Ela não tem um pênis a ser perdido, ela já o perdeu. Não há, portanto, um temor à castração. Apesar disso, “a renúncia ao pênis não é tolerada pela menina sem alguma tentativa de compensação”. Assim, a operação simbólica realizada pela garotinha desloca o desejo pelo pênis para a vontade de gerar um bebê – durante muito tempo, ela sonha em dar um filho ao pai (Freud, 1924/2000).

Contudo, não se deve imaginar que de uma hora para outra a criança perceba a distinção entre os sexos, generalizando a sua observação de que os homens

têm pênis e as mulheres não o possuem. Provavelmente, ao se perguntarem e ao investigarem sobre a origem dos bebês é que elas vão chegando à conclusão de que são as mulheres que concebem o bebê e que estas não têm um pênis. Logo, a falta de um pênis é vista como resultado da castração e, agora, a criança se defronta com a tarefa de chegar a um acordo com a castração em relação a si própria, seja menino ou menina.

Apesar de tal situação ocorrer no plano da fantasia, o medo da castração é vivido como se houvesse um perigo real iminente. Quando a criança constata uma diferença anatômica entre os sexos, em sua mente há uma ameaça real à sua integridade. O ego reconhece o perigo de castração e o encara com ansiedade. Evitando esse perigo, inconsciente a relação de desejo com um dos genitores evolui para uma relação de identificação com o genitor de mesmo sexo. Após esse momento, a criança entra em um período de latência e é comum que ocorram repressões dessa fase de vida. Segundo Freud, muitas das fobias a determinados objetos ou personagens, são resultantes de um processo de substituição do medo do pai castrador por algo que o ego seja capaz de tolerar, assim como ele discute em casos como o do Pequeno Hans (1909/2000), que é retomado em “Inibições, sintomas e ansiedade” (Freud, 1926/2000).

Essa teorização sobre o conceito da castração foi originalmente elaborada a partir do referencial anatômico, o pênis. No entanto, mais tarde Freud observaria que “o significado do complexo de castração só pode ser corretamente apreciado se sua origem na fase da primazia fálica for também levada em consideração” (Freud, 1923b/2000). Se inicialmente, para Freud, o que está em jogo é o órgão sexual masculino, a posse ou não dele, posteriormente, ele reconheceria que a menina, mesmo após a passagem do complexo, enfrenta um temor à perda do amor (Freud, 1932-1936b/2000). Sob o efeito do complexo de castração, a menina se afasta do objeto materno, orientando-se para o desejo do pênis paterno e, conseqüentemente, para a heterossexualidade, uma vez que assim como o menino, inicialmente seus desejos eram voltados para a mãe (Roudinesco, 1998).

Nesse sentido, é que, conforme enfatiza Lacan (1956-1957/1995) se dá a mudança de referencial do conceito de castração, o que levou Freud em determinados

momentos utilizar o termo falo ao invés de pênis, uma vez que não seria o apêndice orgânico, o pênis, que estaria em jogo, mas o que ele significaria para o sujeito.

O falo vai além do pênis, na medida em que se articula a uma dimensão simbólica. Ele ocupa uma série de termos equivalentes, tornando-se assim um objeto permutável. Retomando o complexo de castração masculino, por exemplo, o falo pode ser substituído por qualquer dos objetos que sejam oferecidos ao menino no momento em que ele é obrigado a renunciar ao gozo com a mãe, abandonando conseqüentemente o órgão com o qual esperava fazê-la gozar. Troca-se então o falo por outros objetos: fezes ou presentes, por exemplo. Já no caso do complexo de castração feminino, ocorre a substituição da inveja do pênis pela vontade procriar, e o falo é simbolicamente substituído por um filho.

Nesse contexto, a ansiedade de castração não é simplesmente o medo da mutilação do pênis, mas o medo de perder o amor ou interesse do outro diante da evidência que não se tem o que supostamente ele deseja. Dessa mesma forma, é possível pensar o corpo não mais como um simples conjunto orgânico, na medida em que há uma dimensão simbólica que o envolve e lhe dá sentido. E a partir deste ponto, é que podemos compreender determinados depoimentos de pacientes que apresentaremos mais adiante.

Nesse sentido, considerando que a castração é entendida aqui como uma ameaça à integridade que simbolicamente significaria na perda de algo que o outro deseja, ou de algo dotado de um valor simbólico que transcende a própria organicidade do corpo, podemos entendê-la também como uma ferida narcísica e visualizar as perdas das quais os pacientes falam: a perda da autonomia, da beleza, da produtividade, entre outros.

Se ameaças inconscientes causaram medo e angústia na primeira infância, quando adultos, estes pacientes podem vivenciar uma reedição desta primeira fase da vida, só que com o diferencial que muitas vezes eles lidam com ameaças e perdas reais, decorrente de determinadas adversidades da vida ou doenças, que podem ocasionar amputação do membro ou perda parcial ou completa da função, como é o caso da paciente Cassandra, que se queixa falta de autonomia, diante de sua limitação de movimentos: “Quero ir ao banheiro, mas não estou com pernas para andar” (sic). É

também o caso de Mário, que lamenta estar “engatado” (sic) ao leito, ou ainda da paciente Raquel, quando descreve sua primeira internação em UTI, anos atrás, por conta de um derrame, ou de Nelson, que tem se alimentado através de sondas, por conta de um problema de megaesôfago:

Da primeira vez eu era mais moça, né? Mas aceitei numa boa... A primeira vez foi meio traumático porque quando eu acordei, a minha comida, a minha alimentação, tava tudo longe de mim. E eu não tinha controle sobre a mão. Aí todo dia meu marido vinha me dar comida. Ele vinha todo dia. E dessa vez não tinha ele. A dificuldade da primeira vez foi maior. Teve um dia que eu tinha acordei a comida tava longe e ele então começou a vir. Eu tinha medo de segurar, né? Como o derrame foi do lado direito, era difícil me movimentar. E ficava com medo de derramar. (Raquel)

Quero comer. Eu to quase dois meses sem comer. (...) Nem água... Mesmo me alimentando pela sonda, é difícil ficar sem comer e beber nada. (Nelson).

Nessas circunstâncias, o indivíduo, muitas vezes percebe-se limitado pelo seu próprio corpo, que conforme discutimos é revestido de um valor simbólico. Tal percepção muitas vezes pode ser vivida como uma perda de sua potência, de sua força ou até mesmo de sua produtividade, tal como se expressa no depoimento de Antônio já apresentado anteriormente, alegando sentir-se impotente e desvitalizado. Ou como na fala do paciente Fernando, também já apresentado, que mesmo recebendo auxílio-doença muito similar ao seu salário, revela desejo de poder trabalhar, exercer seu papel de trabalhador, de pai e gestor da família.

Minayo (1996) aponta que nas classes trabalhadoras, o conceito que está subjacente na definição social de saúde/doença veiculado é a incapacidade para trabalhar. Para a classe trabalhadora, estar doente é muitas vezes sinônimo de inatividade e marca a experiência existencial, na medida em que o indivíduo tem seu corpo como único gerador de bens. Assim, para muitas pessoas, estar doente pode trazer também, além do sintoma corporal, angústia e sofrimento diante da ameaça à sua produtividade.

Assim, desprovido de sua potência, de sua força ou vitalidade é comum observarmos também nestes pacientes muitas vivências de desamparo. O termo na Psicanálise faz referência ao estado do bebê, que depende inteiramente do outro para satisfazer suas necessidades relativas à sobrevivência, principalmente a fome e a sede (Laplanche & Pontalis, 2001). Assim, conforme Freud (1926/2000), esse bebê durante

a vida intrauterina não se relacionava com outros objetos e todo suplemento de que necessitava estava a seu alcance dada a sua intrínseca relação com a mãe. Assim, devido à sua condição biológica, após seu nascimento, o ser humano fica em condições de dependência durante os primeiros anos de vida. Além disso, os perigos do mundo externo, para os quais ele também é dependente dos pais, por ser completamente inofensivo, podem atuar como importantes fatores que geram ansiedade, quando distantes das figuras parentais. Nessas circunstâncias é que surge a necessidade de ser amado que o acompanhará por toda vida.

Nesse sentido, partindo desse raciocínio, podemos compreender a situação vivida por muitos pacientes no leito de uma UTI como uma vivência de desamparo, uma reedição daquele momento inicial da vida, na qual o bebê vê-se longe de sua mãe, sem poder satisfazer sozinho e dependendo inteiramente dela. Janaína ao falar da falta que sente de seu lar, ilustra essa dependência do outro:

Aqui é com a mão dos outros, lá em casa é com minha mão [risos]. (...) Aqui a gente deve ser obediente. Preciso andar na linha. Lá em casa eu saio e vou pra onde quero, mas com saúde, né? Não estou com saúde, então não adianta nada (Janaína).

A partir do que tem sido exposto, a compreensão dessa dependência conduz-nos ao sentimento do paciente quando distante da equipe ou quando não se sente atendido. Muitas vezes a equipe queixa-se de determinados pacientes por exigirem a presença sempre por perto de um profissional, alegando falta de atenção. Acontece que o referido abandono pode não ser real, mas muitas vezes é vivenciado como tal, caracterizando-se nessas situações de desamparo. Outras vezes, a reclamação pode ser verossímil, só que devido à condição de desgaste emocional em que estes pacientes se encontram, a experiência é mais dolorosa do que seria em outras condições, por exemplo, fora da UTI.

Outro exemplo desse sentimento de desamparo pode ser observado no depoimento de Kassandra, 52 anos, paciente que tinha dificuldades de locomoção por conta de seu quadro clínico, associado ao seu sobrepeso. Ela descreve um episódio na qual não se sentiu devidamente ajudada e faz comparações com o tempo em que tinha melhores condições de movimento:

*Por exemplo, a funcionária que ficou essa noite que é meio rude. (...) É meio durona, sabe? Eu não podia andar, ela me empurrava para lá, empurrava para cá... Não é assim não, né? Porque eu to aqui aleijada que ela pode pegar eu me jogar para lá. Não é assim não. (...) Ah, ela deve ficar sozinha, nervosa... Eu acho, né? Lidar com pessoas doentes não é fácil. Eu sei que não é fácil, mas eu não to querendo entregar ninguém, viu? (...) Teve uma hora que eu falei: “Quero ir ao banheiro, mas não to com pernas para andar”. Falei pra ela me levar até ao banheiro, e não para fazer como ela que me empurrou para lá pra cá... Ela não gostaria que maltratassem a mãe dela. Ela não gostaria, né? Tem que tratar a pessoa bem... (...) Acho que ela poderia dar um apoio, dar uma mão... Uma pessoa que não tá andando, que a perna está pesada, por que se eu aguentasse eu não estava aqui esperando. Por ela eu mesma teria feito. Eu mesma quando estava na ****¹⁶ nunca esperei assim. Não esperava ninguém, eu mesmo ia no banheiro. Porque ali eu andava. Agora está diferente. Eu não ando. Tento sair da cama e não consigo. (Kassandra)*

Outro paciente que tem uma experiência parecida é Pedro, que teve uma trombose de seio venoso e há três dias não bebia água, uma vez que a equipe aguardava avaliar melhor para ver como estavam algumas de suas respostas fisiológicas, dentre as quais a deglutição. A equipe temia que o paciente pudesse engasgar-se, o que em suas condições poderia gerar um quadro delicado. No entanto, conforme adverte Gomez-Carretero (2007), o paciente tem uma necessidade de saber o que se passa consigo. Pedro, por exemplo, revela insatisfação por nem ao menos saber a razão de tal restrição:

Meu, to pedindo água há três dias e eles não me dão. Não sei é normal ou se é meu aspecto que não deixa beber água. Mas, poxa três dias pedindo água... (...) Pelo jeito são normas dos hospitais, né? Só que nem todo mundo pensa assim, né? O aspecto da água mesmo! Estou três dias pedindo água! Não... Dois dias, quarta-feira eu nem levo em consideração. E poxa, acho que uma explicação podiam dá: “Olha, não podemos te dar água agora por isso e isso, assim e assado”. Mas nem isso eles falam. (Pedro)

O desamparo pode ainda ir além da situação vivida no leito propriamente dita. Heitor, desempregado e pai de três filhos, conforme já citado anteriormente, ao fim da entrevista revelou desejo de trabalhar e a partir dessa fala, discutimos a respeito do que ele estava sentido pelo momento e ele revela sua relação com a família e alega falta de atenção destes que não o ajudam em tal situação:

Se vocês tiverem condições de arranjar um emprego quando sair daqui, eu agradeço. Ah, eu preciso trabalhar! (...) Bom, como eu sou sozinho, tudo sou eu que tem que fazer. Ir ao banco, eu que tenho de ir. Pagar as contas, eu que tenho que pagar. Tudo eu que tenho que fazer. Então, estando aqui atrapalha um pouco... Ontem ligaram pro meu telefone de recado

¹⁶ Outro hospital

porque não conseguiram falar comigo porque eu estava aqui... Ligaram pro meu telefone de recado dizendo que era do banco aí a pessoa me passou o telefone e liguei para lá e o cara não sabia nem que banco que era. Eu falei “Meu, deve ter alguma...” Tem essas armações aí. De repente pega seus dados aí e quando você vê aparece uma conta aí. Eu falei “Como é o que o cara fala que é do banco, mas não sabe o que é?” Ói, se eu tivesse bom eu não ia ligar para o banco, eu ia para o banco, direto lá. E eu tenho certeza de que tem alguma coisa, mas fica aquela dúvida, né? Eu não tenho nada lá. Tem só um empréstimo que eu fiz, mas cai direto. Quando cai meu pagamento já tiram de lá. Aí de repente me ligam do banco... Pra me dar dinheiro não é, né? Então eu falei “É uma armação aí” Tanto pilantra que tem por aí. (...) Olha, eu não conto muito [com meus filhos]. Às vezes eu não conto com ninguém. Eu conto comigo, sabe? (...) É uma opção minha, principalmente quando se trata de parente, por exemplo: se eu sou teu amigo, teu irmão, teu parente eu sei quando você está precisando de ajuda, qual a minha obrigação? É de oferecer ajuda. Se estão vendo que estou precisando de ajuda e não me oferecem ajuda pra quê que eu vou pedir? Pra ouvir um “Não!”?

Dessa forma, conforme visto, os pacientes costumam enfrentar determinadas situações na UTI, que os colocam de frente com sua condição humana, situações estas que lhes revelam suas limitações, reais ou não, diante de sua enfermidade ou até mesmo de sua vida. Tais situações costumam gerar bastante angústia e, em tal contexto, somam-se ao constante contato com sua finitude, conforme discutiremos a seguir.

6.5 O contato com a morte

A morte é uma experiência única, impossível de ser descrita ou nomeada e frente à qual muitas vezes não se encontram palavras. Por mais que tentemos imaginá-la, ela sempre será uma situação desconhecida, da qual muitas vezes nem sempre o profissional de saúde sente-se preparado para conviver, uma vez que isso muitas vezes o coloca em contato com sua própria impotência e por mais recursos tecnológicos disponíveis, a morte um dia será a vencedora (Cassorla, 2003).

Conforme discutido no início deste trabalho, após uma série de transformações históricas, o hospital não é mais aquele modelo da Idade Média, no qual o paciente ia para aguardar sua morte. Há uma preocupação com a preservação da vida do paciente e, diferente daquele momento, isto tem sido mais fácil, mediante os avanços da ciência (Foucault, 2005a).

No entanto, apoiando-se em Philippe Ariès (1977), podemos perceber que apesar de tais avanços, o hospital - e mais especificamente a UTI - carrega uma marca dos novos tempos, a qual o autor denomina como uma “morte invertida”. Para entender o significado desse termo, é imprescindível rever a ideia de morte na Idade Média, a qual o mesmo autor chamará de “morte domada”. Nessa época, a morte era tida como algo natural, parte do processo evolutivo de todos os seres. O homem medieval sabia quando estava morrendo, pois conhecia a trajetória da sua morte e com isso podia reconhecer signos naturais que lhe avisavam do seu fim próximo.

Em contrapartida, nos dias atuais, sobretudo por conta do avanço da medicina, as Unidades de Terapia Intensiva, visando preservar a vida e proteger psicologicamente o enfermo, silenciam diante das questões relacionadas à morte. Antes ela ocorria nos lares e as pessoas reuniam-se ao redor do moribundo, mas agora no último século, o local da morte é transferido para o hospital, onde se presta os cuidados que já não podiam ser mais prestados em casa (Ariès, 1977). Diante desse deslocamento e considerando o propósito fundamental das ciências da saúde, o paradigma da cura passa a imperar no ambiente hospitalar. Este paradigma, por sua vez, vai se revelar através do investimento na vida a qualquer preço, no qual a medicina de alta tecnologia se torna presente, e que por conta de seus objetivos, as práticas mais humanistas ficam em segundo plano (Kovács, 2003).

Assim, nesse contexto, a doença e a morte, antes vistas como fenômeno natural, cujos sinais eram percebidos pelo enfermo e sua família, e aceitos como parte de seus desígnios agora passa a ser vista como um fracasso (Sharovsky, Romano & Rodrigues, 2011). Por essa mesma razão, seguindo essa linha de raciocínio, Philippe Ariès denominou esse processo ocorrido no âmbito hospitalar de “morte invertida”, ou seja, a sociedade deixou de observar a morte como algo natural, mas sim como um insucesso do processo terapêutico, minimizando os seus significados e as reflexões em torno do tema. Deste modo, nos últimos tempos, a morte valorizada é aquela mantida em silêncio (Kovács, 1992).

No entanto, se procuram fazer da morte um silêncio, ela sempre é ouvida quando estamos diante das diversas situações da vida. A paciente Raquel, por exemplo, questionada sobre a visita familiar, acabou falando da morte: “[Meus

familiares] vêm, mas a família está pequena... Muitos já faleceram... Eu só tinha um irmão, que também já morreu. Não tenho mais. E a gente vai vivendo...” (sic). A própria ideia da internação na UTI suscita esse contato, mediante a forma como tal setor é percebido, como já discutimos aqui. Muitos pacientes relataram angústia diante da cirurgia, citando principalmente a anestesia como importante fator desencadeante de medo e relatam que ao acordar da anestesia e perceber que a cirurgia havia sido bem sucedida, descrevem a experiência como uma vitória. Otávio, 75 anos, que estava em sua primeira internação na UTI, revela essa preocupação:

*Todo mundo fala, quando o cara está na UTI é o fim dele, né? Mas não é não. Aqui se cuida com mais intensidade, né? E saindo daqui, vai lá pra o quarto. (...) A gente pode até pensar que... talvez... Eu tenho problema cardíaco... Tem um tio meu que morreu do coração na anestesia. (...) Tive medo! Isso aí eu tive. Eu já avisei a mulher antes de vir. “Olhe, eu já vivi bastante e se for pra morrer na mesa de cirurgia, ninguém vai piorar disso não, vai morrer mesmo”. Aí tem que ser forte. Quando eles falaram que era vesícula, não mudou... Porque eu tinha medo é da [anestesia] “geral”, né? (...) Já pensou eu não volto mais? Tenho problema cardíaco. Aí eu falei: “Seja o que Deus quiser”. Se eu já to aqui, agora não tenho mais saída. Ou é ou não é. Mas foi tudo bem, foi bem pra caramba. (...) Talvez eu pudesse morrer na anestesia. E eu pensava que a UTI... Sei que aqui é tratamento intensivo, é mais frequente, é para logo. Mas de noite tive aí, conheço uma senhora mais velha que tem um filho em coma na UTI. Já ouviu falar em ***¹⁷ da Igreja ***¹⁸? Ele tem um filho que está em coma há um ano e pouco. (...) É o que é mais preocupou! E é o que é mais perigoso! Pensar na anestesia é pensar na operação. A pessoa se apaga, né? Não vê nada! Mas é perigoso. Você vê histórias que o povo conta, né? Conta não! Um tio meu morreu numa cirurgia de hemorróida. Subiu na mesa para fazer a operação e depois da anestesia, nunca mais ele voltou. Morreu... tá vendo? Se não morre de um jeito, morre de outro, né? (Otávio)*

Outros relatos como os de Carlos e Geovana ilustram essa ansiedade perante a cirurgia:

Quando você entra no corredor da UTI, você pensa “agora não tem como escapar... ou é ou é” (...) Ou opera, ou opera.. (Carlos)

[Quando soube da UTI], eu procurei me reservar e não ficar com medo... UTI quando a gente está passando mal não é... Não é... Quando falava UTI, antigamente eu ficava apavorada. A UTI não é assim uma coisa terrível, é um lugar para gente descansar, ficar tranquilo, ter bons cuidados porque tomo remédio de coração, né? Mas eu não estou estranhando não, eu estou gostando... (...) Que nem quando eu fui fazer a cirurgia não fiquei com aquela ansiedade... Porque ultimamente eu to com um pouquinho daquela ansiedade, eu to um pouquinho deprimida, to precisando sair um pouco... Quero sair... Aí quando vou

¹⁷ Nome de um pastor evangélico

¹⁸ Nome de uma igreja evangélica

sair às vezes perco o sono. Ultimamente eu tenho chorado muito... Eu seguro para não chorar, mas de repente dá aquela emoção, né? Mas eu tava começando a ter... sentindo que tava em depressão e ansiedade... Aí procurei me acalmar, tomar um chazinho à noite... fui me acalmando, fazer uma oração, pedindo a proteção... (...) Só a cirurgia que eu tava com medo... Por enquanto tudo bem... Só que eu tô com muita dor porque está voltando a anestesia... Aí eu fiquei um pouquinho com os olhos fechados por causa da dor... Depois passou, tomei uns medicamentos... Eu dormi a noite toda bem gostosinho... (Geovana)

Quirino, 85 anos, ao descrever o desejo de voltar para casa, tem seu discurso interrompido pela lembrança da visita de um genro que é dono de funerária e brinca com ele a respeito disso:

*Quero chegar na minha cama, tomar café e ficar sossegado. E lá, lá em minha casa, eu sei que vai ficar assim. E ver minha família e comer. E ver minha netalhada, que eu tenho 32 e fico com saudade deles. Tenho neto e bisneto. A família é grande para caramba. Só bisneto eu tenho 16. Neto são 32 e filhos eram sete. Perdi uma agora, né? Então a família é grande... e os genros... E tem um genro que é dono de funerária. Aí veio visitar e eu falei: “Você pode vir, mas leve essa funerária para lá, viu?” Ele tem uma funerária em ***¹⁹. (...) Porque ele é dono de funerária, aí eu digo que lá na funerária dele eu não vou nem no carro de passeio. Brincando, né? Deixa esse carro para lá, né? Se eu tivesse morrido eu ia. Ele tem uma funerária em ***²⁰ e outra no ***²¹. São duas funerárias grandes. (Quirino)*

Apesar de ser dito em tom de brincadeira, pôde ser percebida uma angústia de morte do paciente ao descrever a cena, que se inicia com um semblante visivelmente mais leve, narrando a visita do genro, e termina com uma aparência mais séria, quando explica a sua brincadeira comentando sobre a possibilidade de sua própria morte. O humor, dizia Freud (1927/2000), muitas vezes é uma forma de poder falar de algo e poupar o ego dos afetos que a situação naturalmente traria. Nesse sentido, a presença do genro lembra-lhe da sua morte e ao contar-nos de sua piada na qual pedia para o genro “levar a funerária para longe”, ele nos conta de seu desejo de silenciar a morte. Esse silêncio tem como uma de suas causas mais significativas a própria dificuldade de se falar da morte, de si ou de um ente querido. Muitas vezes, a tentativa de silenciá-la pode vir do paciente ou do hospital, mas também da família que o vê em um local de morte, afastando-se dele (Ariès, 1977).

¹⁹ Interior de SP.

²⁰ Interior de SP.

²¹ Interior de SP.

Diante disso, depreende-se que a morte emerge e se faz presente tanto para o paciente, quanto para aqueles ao seu redor. Diversas pesquisas mostram que tanto a equipe quanto a família sentem o impacto da morte e reagem a isso de diversas formas, conforme mostramos em levantamento no início deste trabalho. Neste momento, entretanto, investigaremos como o paciente percebe a reação de seus amigos e familiares diante de sua condição clínica e como reagem frente ao que percebem.

6.6 - Família e meio social

Nos últimos anos, a família tem sido estudada não mais como um conjunto de pessoas, mas sim como um sistema vivo, no qual todos os elementos interagem entre si. Nesse sentido, seu funcionamento e o comportamento de cada membro estão relacionados e depende do comportamento dos demais membros dessa família (Silva, 2000). Assim, este sistema está em constante interação e é resultante da necessidade da busca de organização ou adaptação frente às modificações exigidas a partir de duas pressões: uma interna ao grupo, decorrente das mudanças evolutivas dos próprios membros, e outra, externa, decorrente da sociedade em que está inserida. Dessa forma, a cada mudança, esse sistema reage e os papéis são reajustados a fim de manter seu equilíbrio, que é dinâmico, e interativo. Nesse sentido, a hospitalização de um dos membros é um evento que gera estresse e pode até mesmo desencadear uma crise (Romano, 1999). Assim, em nossas entrevistas, muitos pacientes revelaram reconhecer essa mudança na dinâmica familiar e um esforço de seus membros em se adaptar a essa nova situação. É o que vemos na fala de Nelson, que mora com seus pais e irmão e lamenta a dificuldade que eles têm para visitá-lo, interferindo assim em toda a rotina. Questionado sobre a percepção que ele tinha dos pais nesse momento, ele responde:

*Dando duro também, né? [chora] Eu moro na Zona Leste, na *****; aí meu pai e minha mãe se vierem me ver e voltar já é horário de visita de novo... Então eles estão dormindo aí fora no carro. (...) Eles dormem aqui o tempo todo. Como fica lá na Zona Leste, até eles irem lá e voltar com trânsito e tudo não compensa. Eles perderiam uma das visitas, aí*

acabam ficando até o horário da outra. (...) Eu fico meio... Não tenho explicação... Fico feliz por eles se preocuparem comigo, mas ao mesmo tempo eu não gostaria que eles se preocupassem quanto a isso... (Nelson)

Nelson gosta de receber visitas, mas demonstra incômodo por ver sua família fazendo sacrifícios. Tais sacrifícios e dificuldades fizeram parte da família de outros pacientes entrevistados, que têm na visita o único momento para estar com seus familiares:

*Ah, tá difícil. Hoje ele [o filho] vem me visitar à tarde... Vem mais alegre porque a mãe falou que o pai estava bem. Mas ele é muito chegado a mim. Todos meus filhos são muito chegados a mim... Ele trabalha no Hospital ***** das seis da manhã até meio dia. (Eduardo) (...) Todos eles [vêm me visitar]. A minha filha do primeiro casamento, mas nem sempre ela pode vir porque tem duas crianças e é ruim deixar elas em casa, mas se pudesse ela viria todo dia. No primeiro dia, veio o mais velho do primeiro casamento, a mais velha do segundo casamento, mais dois filhos do segundo casamento. Ontem, veio o filho mais velho e durante a noite veio novamente a mais velha. Só quem não veio até hoje foi a ex-mulher porque ela cuida de criança (Eduardo).*

Ontem veio minha mãe, minha esposa, uns amigos da família e à noite veio um casal de amigos meus. E hoje ainda não veio ninguém, nem no horário da visita. (...) [Para eles] é difícil, muito difícil. (...) [A dificuldade é] se locomover até aqui. Minha mãe e minha esposa não têm carro. E elas não dirigem. Minha mãe dirige, mas tem medo. Podia muito bem pegar meu carro e vim, mas minha mãe tem medo (Pedro).

Vêm no horário de visita... nesse espaço. Então eles vêm correndo por aqui só pode até às seis horas, parece (Carlos).

Olha, desde a primeira visita. Minha mãe já havia ligado hoje de manhã para saber como é que eu passei a madrugada. (...) É um pouco complicado por causa do trabalho... Ela é babá de duas crianças... Cuidar de crianças é uma responsabilidade grande. (...) A visita é mais de meu pai e da minha mãe. Meus irmãos estudam e minha tia trabalha demais. E meus amigos meus colegas de trabalho, meu namorado também. Então é muito puxado. Ele trabalha muito. Eu compreendo que durante a semana é mais difícil, é mais complicado (Luciana).

Vai de acordo com a pessoa. Se não veio é porque não dá pra vir, né? Às vezes as pessoas têm muitas coisas para fazer. (Janaína)

Esse incômodo com relação à distância dos familiares, apesar de muitos dos pacientes mostrarem-se conformados, e dos sacrifícios empreendidos por eles se acentuam ainda mais quando o paciente em questão exerce um importante papel naquele meio. É o caso de Antônio e de Raquel. O primeiro refere ser visto como “um esteio” (sic), um “apoio moral” (sic) aos filhos, enquanto que a segunda, preocupa-se em como a filha está vivendo sem sua presença, já que esta não sabe cozinhar:

Ah, para eles é um pouco ruim porque eles são muitos dependentes de mim, eu falo dependente moral, né? Eu sempre fui um esteio para a família. Eles me chamam de filósofo, né? Um apelido carinhoso. Então para eles é ruim agora... que falam... "Vamos perder agora o nosso baluarte aí", né? Mas tudo isso se supera, né? Depois de uma coisa vem outra coisa, né? (...). (Antonio)

Olha, minha filha não lavava roupa, porque ela não sabe mexer na máquina... Então precisa aprender, né? Então eu tenho roupa de uso pessoal e ponho para bater e eu já bato menos... A roupa de uso pessoal é mais rápida... (Raquel)

Assim, a visita acaba sendo um grande alívio para o paciente por ser uma oportunidade para receber notícias e ver aqueles que ama. Com exceção de Luciana, que dizia não sentir-se à vontade para receber seus colegas de trabalho, devido à sua aparência na ocasião, conforme discutido neste trabalho, e de Antônio, que revelou incomodar-se com o choro dos filhos, conforme discutiremos, todos os pacientes mostraram-se muito felizes pelas visitas. Cumpre ressaltar, no entanto, a existência de um silêncio ou de um esforço para que não se fale no sofrimento provocado pela doença, tanto por parte de alguns familiares, quanto de alguns pacientes. Bernadete, por exemplo, comenta que seus familiares sempre lhe trazem ânimo, mas percebe que a situação está difícil para eles, ressaltando seu papel dentro da família. Questionada a respeito de como ela percebe este momento para seus familiares, ela responde:

Dando ânimo, coragem. Eles não falam nada, mas a gente sente que eles estão arrasados. (...) Modéstia parte eu não quero prevalecer, eu não sou demagoga. É devido à maneira que eu trato eles, sou aquela amiga ali, muito presente em todos os momentos. Não gosto de me exaltar, mas eu gosto de ser amiga nas horas difíceis. (Bernadete).

No caso do paciente Antônio, há uma tentativa de silenciar o sofrimento, quando ele descreve a visita dos filhos e forma com que eles reagem quando o vêem no leito e diz que diante dessa reação deles, ele acha que talvez seja melhor que eles não o visitassem:

Ah, filhos! Eu tenho muitos filhos, né? Até falei para eles não virem porque eu fico mais à vontade, né? Vem dois de manhã, meio dia, vêm mais dois, aí de noite, vêm mais dois, né? Aí eu falei "Ói, por que vocês vêm me visitar?" Por que não vem tudo de uma vez? Hoje eu conseguia me expressar, ontem eu não conseguia por causa dos tubos que incomodavam. (...) O ser humano não é educado para a perda né? Só os loucos como eu, meu Deus. Mas a maioria das pessoas não são educadas para lidar com isso. Então eles temem, né? A perda da pessoa querida e começam a choramingar, sabe né? (Antonio)

Questionado se o choro seria uma das razões para que o paciente prefira não ver os filhos, diz: “É também. Eu não acho bonito. Ninguém ama o fraco por dentro, sabia?” (sic).

Outra característica recorrente a essa relação com a família, é que a internação ou a enfermidade parecem trazer à tona alguns conflitos familiares ou, ao menos, os tornam mais visíveis. Quando discutíamos as vivências de desamparo, apresentamos o depoimento de Fernando, queixando-se de estar incapaz de resolver algumas questões pessoais por devido à sua internação. A situação parecia trazer à tona uma importante questão familiar do passado, que ele preferiu não compartilhar:

É... Coisas de família. Então isso aí... [silêncio] Isso aí... É uma casa dentro do mesmo terreno da deles, mas cada um na sua casa. São três casas. E é assim. É isso aí. Coisas de família, deixa pra lá... (Heitor).

Outra paciente, Geovana, 70 anos, que mora só, internou-se por conta de um mal-estar que a levou a cair e sofrer uma fratura na perna. Após esse episódio, a filha, que já convidava a mãe para morar consigo, volta a insistir na ideia:

*Então se ela ficou preocupada a meu respeito? Então... Aí foi a conversa que nós tivemos... “Mãe, o ****²² vai alugar uma casa perto do trabalho dele e nós vamos mudar de qualquer jeito. Eu não quero ficar mais morando aí. Os portões não dão muita segurança.” Eu tinha falado que não ia (...). Ela não tem obrigação porque ela casou, mas eu acho que o certo é ela cuidar de mim e eu cuidar dela por que ela é minha filha única, né? E não é por esse motivo. Eu não quero morar junto. Cada um no seu lugarzinho, a gente pode ser feliz, né? Não ter briga, discussão, ser feliz! Um entender o outro, dividir as coisas direitinho... Porque a gente fala, fala, fala, mas morar sozinho não é bom não... Primeiro eu tinha falado “Tá bom, sua mãe não vai mais” [o genro dizia:] “Fala para sua mãe não ser tão teimosa...” [Eu dizia:] “Ó é o seguinte: eu vou, mas se começar a ter probleminha eu não quero interferir na vida de você nem na minha”. [E ele:] “Ó, a senhora não vai trabalhar, só vai passear com o grupo da terceira idade” [E eu:] “Se não for assim, então a conversa vai ser diferente... Não quero mágoas, nem ressentimentos”. E minha filha falou “Mãe, eu não quero que você more sozinha.” Se a gente se entender, então tudo bem (Geovana).*

Apesar disso, como já citado, a maioria dos pacientes dizem sentir falta de casa e relatam com alegria suas visitas e o efeito disso em sua recuperação:

Eles não ficam contentes, né? Mas em todo caso vendo que eu estou bem, anima a pessoa. Se tiver um parente seu na UTI você fica triste, mas agora se você vê conversando... Eu operei ontem e hoje já estou andando... Voltei ao normal... Aí a família fica satisfeita. Agora

²² Refere-se ao genro da paciente.

estão tudo alegre. É muito bom vê-los. (...) Quero chegar na minha cama, tomar café e ficar sossegado. E lá, lá em minha casa, eu sei que vai ficar assim. E ver minha família e comer. E ver minha “netalhada”, que eu tenho 32 e fico com saudade deles. Tenho neto e bisneto. A família é grande para caramba. Só bisneto eu tenho 16. Neto são 32 e filhos eram sete. Perdi uma agora, né? Então a família é grande... e os genros... (Quirino).

Ah, sinto falta da minha casa, dos meus vizinhos. Lá na rua, a gente vê um e vê outro. Vou e converso, quando posso saio na sexta e vejo as amigas... Nossa! (...) Elas têm vindo. Graças a Deus. Sou muito querida lá. Todo mundo se conhece. Mora todo mundo mesmo na mesma avenida, né?(Janaína)

Nem todos os pacientes têm essa oportunidade de ver seus familiares por conta das adversidades da vida. Mário, por exemplo, teve um problema durante viagem em São Paulo, internando-se nessa mesma cidade e ficando longe dos familiares que moram no sul do país. Pedro, por sua vez, não pode ver a filha, uma vez que ela é recém-nascida e a equipe considera arriscado expô-la em UTI. Segue seu relato:

Queria ver minha filha! Queria ver minha filha! Queria poder tocar nela por um minuto. Eu acho que ela está me fazendo falta. O que está me fazendo falta é ela. É ela. Ela tem pouco tempo de vida, né? Mas eu me apego muito às pessoas. Muito. (Pedro)

Por fim, destacamos ainda o caso da paciente Geovana, que mesmo revelando um conflito com sua filha, que deseja morar com a mãe para oferecer mais atenção e cuidado, evidencia sentir muita falta dela e de sua neta. A paciente teve até um sonho durante sua internação, no qual filha e neta são machucadas e abusadas em sua residência. Como ainda não as tinha visto depois de sua cirurgia, preocupava-se com a possibilidade de ter tido uma visão premonitória e com a consequente possibilidade de a equipe estar escondendo algo dela. Em suas palavras:

Foi um acidente! Meu genro, no meu sonho, estava chegando em casa para por o carro... Ele chegando, né? E deparou com três homens na minha casa... Fazendo o que devia e não devia com minha filha e minha netinha... E ele foi defender e no sonho a minha filha me chamava e minha netinha falava: “vovóóó, vovóóó...” E eu vi meu genro machucado, porque ele tinha levado um tiro e eu vi que foi um machucado e minha netinha toda enfaixada, toda machucada e minha filha também... Foi isso que eu sonhei... (...) O sonho era verdadeiro. Eu vi tudo real! Real! Real! Com tudo acontecendo... E eu fiquei desconfiada porque minha filha tava falando “daqui a pouco eu vou aí”, “daqui a pouco eu vou aí” e ela não veio mais [a paciente agora não se refere mais ao sonho, mas sim ao hospital]. Eu perguntava toda hora, se ela tava em outro quarto, toda hora eu ligava para ela... para ela se acalmar, mas eu estranhei... Então não veio... Ela falou que vinha e tal, aí eu desconfiei aí... Espero que não tenha acontecido nada disso. (...) Eu queria saber se... Se acontecer alguma coisa, eu estou preparada para a notícia. A gente tem que se preparar porque... Vai dar e... Pra quê? Tem que se preparar. Eu queria saber se não tinha acontecido nada disso... “Aí ta a minha dúvida aqui na cabeça” – eu falei. Aí quando eu fui fazer a cirurgia, tinha um neném no berço, mas

eu não vi não. “Pode ver o neném?” “Não, Dona Geovana. A senhora está indo para a cirurgia...” “Mas o que está acontecendo com aquele neném?” “Não, né nada não... Ela também caiu. Quebrou o bracinho. Mas meu coração sentiu que ela estava ali! (...) Ô doutor, eu costumo acertar as coisas, viu? [fala novamente com a voz embargada] É difícil eu me enganar. Ultimamente eu tô com uns defeitinhos que minha fala: Eu falo muito! Aí ela diz: “Mãe, tem que falar certo e menos porque senão as pessoas pensam que você está com problema”... [chorando] Minha netinha... É nisso que eu fico pensando... “Ai meu deus, e onde tá minha netinha! Será que ela morreu?” Essa é minha preocupação... Se ela vier falar comigo, tá tudo bem... Doutor, eu to chorando, mas eu to preparada... A mentira é pior, melhor saber a verdade. A gente fica triste, chora, tem emoção por que você tem emoção, né? Quem não chora não tem sentimento, né? (Geovana).

O sonho, diz Freud (1900/2000), pode até ter um componente fisiológico, mas ele também carrega significados e representações, que se manifestam para a consciência de maneira deformada, mesclando realidade e fantasia, mas preservando os afetos envolvidos. Isentando-nos das variadas e possíveis interpretações desse sonho, o que nos tiraria do foco, podemos ver o quão significativo ele é para a paciente, que chegou a pensar se realmente ele não haveria ocorrido. Geovana mostra-se muito angustiada com tal situação, seja sua internação ou sua enfermidade. Ao mesmo tempo, sente falta da sua filha e de sua neta e estes elementos parecem mesclar-se neste sonho, que contém sangue, dor, sofrimento e a possibilidade de perda.

Há todo um sistema inconsciente de operações, exercido pelos pacientes e suas famílias, na impossibilidade de enfrentar a dor mental, no sentido de se evadirem do sofrimento. A maneira pela qual cada episódio familiar é vivido depende, naturalmente, do próprio acontecimento, mas também e, sobretudo, do sentido dado a esse acontecimento e de sua inscrição na história familiar. (Adamo, 2002). Assim, apesar da distância espacial entre família e paciente, afetivamente eles mantêm-se bastante próximos, interagindo consciente ou inconscientemente. No caso das nossas entrevistas, os pacientes em geral, mostraram-se preocupados com seus familiares e com a maneira que eles estão enfrentando o momento. Alguns deles incomodam-se por saber que tal situação acaba interferindo de maneira indesejável na rotina, outros por saberem de seu papel central na família e a falta que faz no seio desta. A internação em UTI muitas vezes é um cuidado a mais para o paciente, mas em outras é extremamente necessária para a preservação da vida. Nesses casos, é visível o envolvimento de familiares e amigos, preocupados com a recuperação do paciente, que por sua vez percebe isso assim como as empreitadas da família em esconder seu

sofrimento, numa tentativa de “poupá-lo”. Algumas vezes, as internações podem trazer consigo ou fazer emergir conflitos familiares, mas ainda assim, em geral, a família é percebida pelo paciente, como uma fonte de conforto e até mesmo de alegria, durante o momento da visita, ou quando podem recordar-se dela em seu leito ou até mesmo quando fazem planos futuros com eles, mantendo a esperança de recuperação.

6.7 *Coping*, religiosidade e o sentido da experiência em UTI

Os pacientes de UTI, como vimos, estão expostos a diversas situações estressantes: procedimentos invasivos, distanciamento da família e do seu meio social, podendo sofrer um desgaste emocional muito grande. Diante disso, é preciso saber lidar com esta situação, procurando manter a calma e esperança em sua recuperação ou estando resignado quando sua cura não estiver mais a seu alcance. A maneira como cada paciente lida com isso é o que denominamos de *coping*, palavra que vem do verbo em inglês *to cope*, que pode ser traduzido como “lidar”. Em português, diversos autores utilizam a palavra enfrentamento como tradução do termo, mas ainda assim, optamos por manter o termo em sua expressão original, por entendê-lo como universalmente conhecido e por julgar que ele diz respeito à forma como os pacientes lidam ou administram a situação e não apenas como um enfrentamento, palavra que de acordo com o Dicionário Houaiss (2009), carrega um sentido de contraposição.

Lazarus & Folkman (1984) definem *coping* como um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas para lidar com uma demanda específica, cuja resolução é considerada como difícil, desgastante ou que exige um esforço maior do que ela está acostumada a empreender. Deve-se ressaltar ainda que a noção de *coping* está relacionada à forma como paciente lida, sendo intencional, e não simplesmente a seu resultado ou a respostas automáticas. Nessas circunstâncias, partimos desse conceito para investigar o *coping* dos pacientes diante das adversidades existentes na UTI.

A primeira adversidade, como já mencionamos anteriormente, é a notícia de internação. Botega (2002) aponta que a forma como o sujeito percebe sua enfermidade

e demais procedimentos médicos costuma interferir na forma como eles lidam com seu tratamento e até mesmo em sua recuperação. Em nossas entrevistas percebemos o que a literatura já apontava de que há uma percepção negativa da UTI, na qual muitas vezes o espaço é associado a um morredouro. Conforme também afirmamos anteriormente, alguns pacientes, como Eduardo e Nelson, disseram ficar mais tranquilos após explicações e justificativas. Nesse sentido, parece válido enfatizarmos sobre a importância de a equipe procurar esclarecer o paciente sobre seus procedimentos e demais condutas, com o intuito de acalmá-los.

Após o ingresso na UTI, o tédio e a monotonia parecem ser a tônica para muito dos pacientes, que permanecem no leito, tão somente aguardando sua recuperação e acompanhando os procedimentos que se submetem, rotina com a qual muitas vezes não estão habituados, apesar de referirem serem bem tratados:

Não, é o seguinte: aqui a gente não pode levantar. Na minha casa é assim: eu levantava, escovava os dentes, tomava meu remédio, tomava um banho, mas aqui... fazer o que? (...) Não estou acostumada a essa vida, mas o pessoal daqui é maravilhoso. Quem botar defeito está mentindo (Bernadete).

Ainda com relação à rotina, outra paciente, Denise, se queixa: “Um tédio... o dia todo sem fazer nada...” (sic). Inácio, ao ser questionado a respeito do seu dia responde: “Para passar o tempo? Eu espero o tempo passar. Fazer o quê? Não tem nada para fazer. (...) Eu não penso nada, eu só penso em ir embora!”. Além disso, como não é comum a presença de aparelhos televisores em UTIs, em nossas entrevistas, apareceram falas referentes a isso:

Vou passar o dia assim, né? Dá uma cochiladinha, não é dormir de dia, né? À noite eu gosto de dormir, aí eu fico olhando assim, né? [faz um apontamento panorâmico para o ambiente] Porque eu não trouxe o óculos, também para ler não força muito. Mas só to hoje aqui, né? Dois dias sem televisão não vai ter problema. Porque eu adoro televisão... (Geovana)

Eu gosto muito de ver televisão. (...) Aqui não e não precisa de televisão. Eu quero a minha casa. De noite tem missa, de manhã tem missa. Falar com Deus, né?(...) Ô! Lá eu fico bem mais à vontade! (...) Ah não, aqui não dá... Passa um passa outro... Na minha casa eu fico quietinha... (...) As coisas boas tão passando e um pedacinho assim que você não escuta, você perde... [referindo-se à missa] (Janaína)

Nessas circunstâncias, é comum que o hábito de leitura apareça como aliado para suportar o referido tédio, como referiram Antônio, Heitor, Kassandra, Janaína e

Denise. Apesar do interesse na atividade, as três últimas não liam na UTI. Janaína preferia deixar o livro em casa, por julgar mais conveniente. Temia perdê-lo. Denise, por sua vez, estava com seu livro, mas não o alcançava e preferia não solicitá-lo à equipe, a fim de não incomodá-los. Cabe destacar que os livros referidos são em sua maioria livros de cunho religioso e espiritual, que segundo os pacientes trazem ensinamentos para a vida. Kassandra diz “é ruim ter que ficar aqui sem fazer nada... Não é bom não.” Acredita que uma revista ou um livro poderiam ajudar a suportar essa condição, mas não trouxe nada, pois segundo ela, “Eu não pensei que fosse ficar tanto tempo aqui...”. Outra estratégia adotada por alguns dos pacientes é conversar com os membros da equipe médica, como uma forma também de distrair-se e tolerar sua situação.

Tomei banho, enxuguei a cabeça e fiquei batendo papo com as “mulher”. É bom ficar conversando pra se distrair (Quirino).

Converso com as meninas... Numa boa, eu me entendo... É para passar o tempo... Para passar o tempo é proveitoso. Algumas vezes vem visita rezar... Eu sou evangélico, daqui a pouco vai chegar um... Eu sou evangélico... Aí a gente evangeliza quem tem problema... Entendeu? (...) É bom conversar para passar o tempo porque a gente esquece um pouco da dor... Às vezes Deus coloca a gente num lugar desses para transmitir uma palavra dele, uma paciência, pras pessoas que estão sofrendo... (Otávio)

A religiosidade e a espiritualidade, por sua vez, também foram investigadas em nossas entrevistas e apareceram associadas ao *coping* de muitos pacientes. Dentre as atividades citadas, muitos pacientes referiram realizar rituais e atos religiosos na UTI ou evidenciaram crenças decorrentes de práticas religiosas. Com relação à religiosidade, Panzini & Bandeira (2007), baseando-se na noção de *coping* religioso, uma forma de *coping* na qual o sujeito utiliza-se da religião para lidar com o estresse e situações adversas, enfatizam a necessidade de questionar sempre o paciente sobre seu *coping* religioso, uma vez que isso pode ajudar o profissional a incrementar possíveis benefícios que possam advir disso. Nesse sentido, um dos itens do nosso protocolo de entrevista buscou investigar melhor de que maneira a presença ou não da religião interferia na experiência de estar internado em tal setor e como isso ocorria. Dos dezoito pacientes entrevistados, dezessete referiram uma postura religiosa, ou ao menos seguir uma tradição religiosa em sua família. Dezesseis deles seguem tradições

cristãs, enquanto Heitor diz-se budista e Antônio declara não seguir uma religião específica, sendo teosofista, por buscar aliar ciência, religião e filosofia. Assim, duas atividades que também foram referidas pelos pacientes são a realização de orações e meditações:

Ah, eu faço meditação. Relaxo... A melhor coisa... (...) É... você não pode se movimentar então é melhor meditar, né? (Antonio)

Eu tinha e vou continuar com o mesmo hábito, meus pais me ensinaram. Acordo, escovo os dentes, tomo banho e rezo. (...) Eu não só peço como agradeço. Tem gente que quer comer e não pode comer e assim sucessivamente. (...) Espero em Deus que toda corte do céu realize para eu sair daqui. (...) Não posso levantar, não posso andar, então só peço a Deus que me dê ânimo, coragem e somente isso (Bernadete).

[Além de rezar e evangelizar, aqui eu] medito em alguma coisa, né? (...) Eu medito em construção... Porque meu filho é arquiteto e ele passa alguma coisa para mim e eu sou marceneiro e eu e ele se entende, né? (...) Eu fico meditando, né? O que vou fazer, o que vou passar para ele... Entendeu? (Otávio)

Rezo, rezo. Antes de deitar, antes de levantar... Às vezes na ida para os exames, aqui na UTI também rezo... Para rezar num lugar sossegado, sozinho é melhor... Mas aí eu faço minhas orações rápidas... (...) Eu acho o seguinte: É Deus na mente e acho que Deus manda em tudo e a todos. E acho que todo mundo deve ter Deus na mente, cada um na sua religião... Não tenho nada contra nenhuma religião... Eu acho que você pode buscar Deus em qualquer lugar, não só na igreja... Você pode encontrar ele se tiver em cima da montanha, no fundo de um vaso... Você chamou por Deus numa precisão, então Deus vai escutar. Aqui é a mesma coisa. Então o que eu tenho a dizer é isso... (Eduardo)

Ah, quando eu me deito rezo meu Pai Nosso... (...) Ajuda, mas a gente tem que ter aquela devoção que tem cumprir. É a mesma coisa a pessoa ter que trabalhar e tem que se levantar todo dia para trabalhar... (Fernando)

Eu acho que a religião ajuda em qualquer lugar. Deus está presente em qualquer lugar (Denise).

Como eu pedi [à nossa senhora]! Como eu pedi! Pedi mesmo. Não tiraram aquele pessoal de baixo da terra né?²³ Foi no dia de Nossa Senhora Aparecida, né? Eu também pedi! (...) Tenho os meus pedidos para me recuperar... Tem até uma corrente de oração com uma senhora lá [aponta para uma das enfermeiras]. (Geovana)

Eu peço a Deus as coisas e agradeço quando eu consigo. Quando eu saí da cirurgia eu agradeço, mas não é uma reza específica. É uma conversa. Eu agradeço. (Nelson).

Além da realização de orações e rituais religiosos, a crença religiosa ou espiritual mostra uma íntima relação com a forma como cada paciente percebe sua experiência no leito. Muitos pacientes vêm como um momento ruim, castigo ou uma

²³ Ela se refere ao acidente em uma mina do Chile, ocorrido em agosto de 2010, em que 33 mineiros ficaram soterrados a aproximadamente 700m e foram resgatados com sucesso após 69 dias.

provação, mas muitas vezes necessário para um aprendizado, um amadurecimento. Outros se conformam por entender sua experiência como fruto de uma vontade divina ou determinação do destino:

Eu confio também em mim, nas minhas eternidades... (...) É que no meu sentimento a gente nunca nasceu nem nunca morreu, né? A gente sempre teve aqui... (...) A gente sempre teve aí. Eu tenho essa certeza, né? (...) E observando a natureza, se algo existe é porque há uma necessidade. E se tem uma necessidade, é definitivo... Nada é por acaso. Tudo é causal. Então essa base filosófica me dá essa tranquilidade, né? Esse respaldo. Amanhã devo transcender essas coisas, esses valores. (Antonio)

O budismo não é em si uma religião. Ele é uma filosofia de vida então quando eu venho para cá, quando eu vou passar por uma cirurgia eu já vou sabendo por que eu vou passar por essa cirurgia. (...) Isso é uma transformação na minha vida. Eu estou aqui para melhorar. Então se você quer melhorar você tem que se cuidar, você não pode... acontecer um problema e ficar parado olhando o problema. Você tem que ir atrás e tentar resolver o problema. A prática do budismo é isso. (...) Ah, é que tudo se transforma. (...) Se você nasceu pobre o senhor não vai se conformar não. Você tem que fazer alguma coisa para mudar. Você vai estudar, para ter um trabalho melhor, para ter um salário melhor, mudar aquela situação de pobreza. Isso é o budismo. (...) Se eu to com um problema no pé, se eu tô com um problema de saúde eu não vou ficar esperando, tomar chazinho em casa tomando... Muitos dizem: “Ô, toma isso que é bom, eu tomei. Eu tenho tal problema. Melhorou.” Não, eu vou no médico. Eu tenho médico, eu vou no médico. Então quando eu venho para cá, eu já sei o que eu quero e o que pode acontecer, né? Isso é a transformação. É a mudança. Ontem eu estava mal, estava péssimo. Cheguei aqui e não conseguia respirar com tanta dor. Agora não, você vê, eu estou até conversando. Eu estava com gases presos, com prisão de ventre, por causa de uma hérnia. Então acho que a hérnia pressionava o reto e não deixava evacuar e nem sair o... Você vê: eu vinha fazer a cirurgia do pé. A hérnia era para fazer, mas depois que tivesse resolvido tudo. Mas aí deu o desespero e eu fiz também (Heitor).

É esperar o que Deus mandar. (...) O que Deus mandar a gente aceita. A gente está aqui pra isso. Quem dá jeito é só ele. [silêncio] (...) O que passou, passou... Que venham coisas novas... O tratamento tá bom, na medida que tem que ser. Se Deus quiser, vou chegar em casa, vou recuperar, ver meus vizinhos, ir à missa... (Janaína).

Da maneira que a gente ora, pede oração para Deus, a gente melhora bastante. (...) Deus é quem sabe... Deus me tirando, eu saio. Se eu não me curar, fico aqui até quando ele quiser (Kassandra).

Nem o hábito de rezar eu tenho, mas geralmente o filho esquece do pai e o pai não esquece do filho (Luciana).

Sabe? Eu aceito as coisas tão bem, não me revolto. Eu acho que tudo faz parte da vida. (...) Muita gente se revolta, né? Mas acho que quando Deus manda uma provação para a gente, a gente tem que saber, né? (...) A UTI é uma provação que precisei passar. (...) Peço as coisas... consigo, mas tem coisas que a gente tem que passar, né? (...) Ah, tudo que Deus coloca no nosso caminho, a gente tem que saber levar... O que pode fazer, né? Nunca me desesperei com as coisas (Raquel).

Não, a mente da gente nunca vai. A gente está ligado por Deus. Nós oramos e Deus escuta nós. Deus vive no meio dos crentes, então ele vive ajudando. Um ajuda outro e ajuda outro

e é assim. (...) Ah, ajuda muito! Só de estar vivendo... Podia ter morrido, né? Só de estar vivendo já é uma glória (Mário).

No final, há uma vantagem muito grande... (...) A salvação da alma e talvez tenha levado muitas pessoas ao bom caminho... A salvação em Cristo. Depois que falta alguma coisa na vida da gente, tem uma lacuna, né? Às vezes isso preenche. Às vezes Deus não coloca a gente num lugar desse à toa... (Otávio).

Se Panzini & Bandeira (2007) recomendam a investigação do *coping* religioso como um meio de descobrir outras formas de ajudar os pacientes, para muitos deles, a possibilidade de falar de sua experiência religiosa foi uma experiência muito gratificante. Muitos deles, que em outros assuntos ficaram mais reservados, ao tocar nesse assunto, mudavam sua postura, emocionavam-se e até procuravam transmitir alguns preceitos religiosos. Outros ainda pediram para que rezassem por eles. Em nossa pesquisa, assim como em Lemos & Rossi (2002), a fé e a espiritualidade mostraram-se importantes por levar conforto e segurança aos pacientes.

Além destas estratégias de base religiosa, apareceram indícios de que a idade mais avançada e o fato de ter passado outras vezes por internações na UTI também ajudam os pacientes a lidar com isso, como é o caso de pacientes como Raquel e Janaína, que passaram, respectivamente, pelo setor uma e três vezes antes, ou ainda de Quirino que aos oitenta e cinco anos de idade afirma: “Sou um cara tranquilo. Pelo tanto que já vivi, eu não me assusto com mais nada”. Outras condições que parecem acalmar os pacientes é a sensação de estar sendo bem cuidado pela equipe. Conforme já mencionado, a maioria deles elogiou o tratamento e se tranquilizam mais por perceber o empenho dos profissionais em seu tratamento.

Nestas circunstâncias, destacamos ainda a fala de Luciana, que apesar do seu quadro clínico e das condições em que se encontra, revela ver na internação a possibilidade de um descanso de sua atribulada rotina. Ao ser questionada sobre o que pensava, responde:

Em nada! Graças! Pelo menos em um momento da minha vida. Não tem como ficar preocupada com casa, trabalho, entendeu? Aqui assim, é quando eu mais fico distante. Problemas todos nós temos. Quando eu sair lá fora, sei lá, já vão ter coisas que já vão ter acontecido, mudado... (Luciana).

Assim, diante do que foi observado, os pacientes revelam sentir-se em uma situação difícil, mas procuram lidar com ela através de forma a amenizar o sofrimento,

seja através de atividades possíveis de serem realizadas no leito como a leitura ou conversa com outros profissionais, uma vez que muitos dos pacientes ao seu lado estão sedados ou intubados, ou seja, através de orações e meditações, que lhes tranquilizam e ajudam a manter a esperança em sua recuperação. Além disso, se a UTI tem muitos momentos difíceis, para muitos pacientes, foi também um meio de repensar sua vida, rever alguns valores e fazer novos planos, como também demonstraram Lemos & Rossi (2002):

Esse tempo eu não pude comer nada... Muita coisa eu não queria comer por luxo, aí você começa a dar valor para as coisas... Depois daqui, vejo que sem saúde a gente não é nada” (Nelson).

Foi um momento de você se reciclar, de realçar verdadeiros valores, um momento de reflexão mesmo. Pra mim é muito importante, eu vejo assim. Parece até bizarro, né? Mas para mim isso aqui valeu a pena. (...) Hoje eu me sinto mais fortalecido (Antônio).

Vou me aproveitar agora de onde errei, buscar autoajuda para viver de novo...” (Carlos).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da prática clínica com pacientes de UTI, pudemos entrar em contato com a realidade destes, iniciando uma série de leituras e estudos sobre o tema. Conforme discutimos ao longo desta pesquisa, a compreensão acerca do homem mudou radicalmente com os avanços tecnológicos, tendo como referência a observação e a mensuração dos diversos fenômenos, o que contribuiu com o desenvolvimento das ciências positivistas. Tal mudança de paradigma foi responsável pelas grandes transformações empreendidas pelo homem no campo da saúde, tanto no que diz respeito ao tratamento, quanto à prevenção e promoção de saúde. Tal paradigma, no entanto, não pôde abarcar os fenômenos psíquicos, devido à natureza subjetiva destes, que os tornam imensuráveis através dos meios tradicionais de observação.

Freud, atendendo pacientes que possuíam sintomas corporais sem correlatos com alterações orgânicas, deu voz a elas e percebeu a intrínseca relação entre o corpo e a mente. No entanto, se muitas vezes, conforme advertem Rodrigues, Campos & Pardini (2010), as ciências biomédicas lidam com o ser humano como se ele fosse uma “mula-sem-cabeça” atentando apenas aos aspectos biológicos, por outro lado é comum que algumas vertentes da psicologia o tratem como um “fantasma”, como se fosse apenas um espírito, mas sem uma dimensão orgânica. Nessa perspectiva, embasados pela Psicossomática, buscamos entender a saúde a partir de um diálogo entre as ciências biomédicas com os conhecimentos advindos das Ciências Humanas, como a Psicanálise e a Psicologia Social. Assim, se por um lado, temos como objetivo estudar a experiência subjetiva do paciente, não devemos desconsiderar que eles se encontram em um ambiente restrito e com limitações orgânicas advindas de sua enfermidade, relacionados à sua condição clínica ou até mesmo ao processo de internação. E mais do que isso, entendemos muitas vezes que o pragmatismo observado nas ciências biomédicas é o responsável por manter a vida de muitos pacientes. Nesse sentido, o que propomos aqui não é simplesmente interferir no ambiente hospitalar com a pretensão de apresentar um método perfeito de intervenção, desconsiderando toda sua natureza, mas sim propor um contínuo diálogo entre os

diversos campos de saber aí contidos, para que paulatinamente possamos alcançar a interdisciplinaridade, almejada pela Psicossomática, e com isso ajudar as pessoas a superarem suas dificuldades no campo da saúde com menor sofrimento, através de uma abordagem que leve em consideração suas dimensões biológica, psicológica, histórica e social.

Assim, empreendemos uma pesquisa qualitativa, visando proporcionar a relativa liberdade de fala aos entrevistados, para que daí fosse possível a emersão de seus conteúdos psíquicos. Observamos que a UTI ainda carrega um estigma de local aonde se vai para tão somente morrer e, da mesma forma, percebemos que o fornecimento de explicações acalma o paciente, ainda que não o livre de todas as angústias. Verificamos também a surpresa de muitos pacientes ao se depararem com um lugar organizado e higienizado, no qual se sentiam seguros e em alguns momentos confortáveis. Diante disso, apesar das dificuldades constatadas, de maneira geral há uma satisfação pelo tratamento e, principalmente, quando vêem o empenho da equipe.

Essa percepção, no entanto, também carrega uma contradição, ao mesmo tempo em que se sentem bem cuidados, alguns pacientes demonstraram constrangimento em pedir ajuda ou solicitar os profissionais para realização de algum tipo de atendimento, temendo interferir na rotina destes ou mesmo incomodá-los. Neste sentido, é que julgamos importante também procurar verificar sempre quais as necessidades do paciente naquele momento, uma vez que o silêncio por mais desagradável que seja a ele, é muitas vezes o caminho mais conveniente.

A análise das entrevistas revelou que a experiência de internação ou adoecimento diz respeito à forma como isso se insere no momento de vida do paciente. Tal experiência costuma promover um desvio da libido do eu para o seu corpo, interferindo no equilíbrio psíquico e muitas vezes pode provocar uma ferida narcísica. Além disso, tais condições de isolamento e limitações afastam o sujeito do que ele tem como ideal de eu, agravando ainda mais essa ferida. A partir dessas primeiras conclusões evidenciam que da mesma forma que o equilíbrio psíquico afeta o funcionamento do corpo, o próprio corpo pode interferir na dinâmica psíquica através de um ataque ao narcisismo do sujeito.

Observamos também vivências de castração e desamparo, nas quais os pacientes se viram desprovidos de sua vitalidade, dependendo quase que inteiramente dos profissionais de saúde. Por outro lado, apesar dessas dificuldades, muitos dos pacientes afirmaram sentir-se bem com as visitas familiares, ainda que muitas vezes surgissem conflitos decorrentes da internação. Evidenciou-se também que muitos dos pacientes incomodavam-se por perceber que sua internação algumas vezes gerava sofrimento para a família, que por sua vez tentava ocultar numa tentativa de “poupá-lo”.

Apesar das dificuldades de cada paciente, a vivência de tal momento, além do diagnóstico clínico de cada um, tem interferências das crenças ou até mesmo da história de vida, as quais muitas vezes fazem com que este seja visto também como um período de reflexão sobre sua existência e até mesmo de amadurecimento, repensando hábitos de vida e valores. Outros pacientes ainda enxergam como uma provação necessária enviada por Deus, ou talvez como resultado de algum erro seu durante o tratamento ou até mesmo em sua vida. Tais interpretações a respeito da internação, por sua vez, costumam influenciar também na maneira como cada paciente lida com sua experiência, o que muitas vezes o ajuda, mas outras vezes pode provocar sofrimento por causa de sentimentos de culpa e angústia por não saber qual a razão espiritual de sua enfermidade.

Assim, diante do que foi observado em nossa pesquisa, vimos que a experiência de internação ou de adoecimento pode fazer emergir conflitos anteriores ao episódio, como também pode provocar sentimentos ou sofrimentos, dependendo das consequências ou do sentido que tal experiência tem para o sujeito ou do momento em que tal ocorrência surge na história de vida dele, como o caso do paciente Nelson, que apesar de aprovado no vestibular, não pôde iniciar seus estudos em uma faculdade por conta de sua enfermidade. Nesse sentido, o que nos chama atenção diante de tais constatações é perceber, conforme se procurou enfatizar, que da mesma forma que o equilíbrio psíquico afeta o funcionamento do corpo, o próprio corpo e a percepção deste podem interferir na dinâmica psíquica de várias formas, que vão além da relação unicamente com a sua enfermidade. De certa forma, ao iniciarmos nossas análises através do estudo do narcisismo, entendemos que este tipo de situação confronta-se com o mito de Narciso, apresentado um paradoxo. Diferente do personagem grego tão

belo e insensível ao apelo das jovens, a pessoa acometida por uma enfermidade sofre, além das possíveis causas orgânicas, pela constatação de sua vulnerabilidade e constante dependência do olhar do outro. É preciso, portanto, buscar um equilíbrio. Devemos entender que não existe uma causa única para o sofrimento do paciente. Muitas vezes este pode ter sua origem em sua condição orgânica ou no sentido que essa experiência tem para sua vida e dessa forma sua angústia ou sofrimento psíquico pode estar distante dos precisos equipamentos diagnósticos, mas são acessíveis se nos permitirmos escutá-lo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS²⁴

- Adamo, V. L. C. (2002). A família sob impacto. In: Botega, N. J. *Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed.
- Alexander, Franz. (1989). *Medicina Psicossomática: seus princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil [versão eletrônica]. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56(3), 605-612.
- Alves, A. R.; Lopes, C. H. A de F.; Jorge, M. S. B. (2008). Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(4), 649-655.
- Ariés, P. (1977). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Tradução de Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Baasch, D.; Laner, A. dos S. (2011). Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros [versão eletrônica]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 1097-1105.
- Baggio, M. A. et al. (2011) Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 64(1), 25-30.
- Baranger, M. (1991). El narcisismo en Freud. In: Sandler, J. (org.). *Estudio sobre "Introducción al Narcisismo" de Sigmund Freud (Asociación Psicoanalítica Internacional)*. Madrid: Julian Yebenes.
- Bastos, M. A. R. (2001). O processo de socialização dos enfermeiros em um Centro de Tratamento Intensivo [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35 (3), 291-299.
- Bezerra, A. L. Q. et al . (1998) Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de paciente s internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(2), 135-139.

²⁴ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Biancofiore, G. et al. (2005). Stress-inducing factors in ICUs: What liver transplant recipients experience and what caregivers perceive [versão eletrônica]. *Liver Transplantation*, 11(8), 967–972.
- Biondo, c. A.; Silva, m. J. P. da; Secco, L. M. D. (2009). Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. [versão eletrônica] *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5), 613-619.
- Birman, J. (2000). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bitencourt, A. G. V. et al. (2007) . Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(1), n. 1, 53-59.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: Entrevista e grupos*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Bleichmar, H. (1985). *O Narcisismo – estudo sobre a enunciação e a gramática inconsciente*. Tradução de Emilia de Oliveira Diehl e Paulo Flávio Ledur. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bongard, F. S. & Sue, D. Y. (2005). *Terapia Intensiva: Diagnóstico e Tratamento*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J. (2002). Reação à doença e a hospitalização. In: Botega, N. J. (org). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral*. São Paulo: Artmed.
- Boccanera, N. B.; Boccanera, S. F. B.; Barbosa, M. A. (2006). As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(3), 343-349.
- Brandão, J. de S. (1989). *Mitologia Grega*. (Vol. II) Petrópolis: Vozes.
- Brucki, S. M. D. et al. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3), 777-781.
- Bruscato, W. L. (2004). A Psicologia no Hospital da Misericórdia: Um modelo de atuação. In: Bruscato, W. L. (org.). *A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bryce, C. L. et al. (2004). Quality of Death - Assessing the Importance Placed on End-of-Life Treatment in the Intensive-Care Unit [versão eletrônica]. *Medical Care*, 42(5), 423-431.

- Campos, M.E.P. (2010). A Psico-Oncologia: Uma Nova Visão Do Câncer - Uma Trajetória. 2010. Tese de Livre-Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios [versão eletrônica]. *Psicologia USP*, 13(1), 151-166.
- Cassorla, R. M. S (2003). Prefácio – “Esteja ao meu lado”. In: Kovács, M. J. *Educação para a morte – temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chaitin et al. (2008). Communication in the ICU: Holding a family meeting. *Up to Date*. Recuperado em 29 de agosto de 2008, de:
http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=cc_medi/5583&selectedTitle=11~150&source=search_result
- Chauí, M. (1996). *Convite à Filosofia*. 7. ed. São Paulo, SP: Editora Ática.
- Chaves, A. A. B.; Massarollo, M. C. K. B. (2009) Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 30-36.
- Chiavone, P. A. et al (2005). *Manual de Terapia Intensiva do Serviço de Terapia Intensiva da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
- Cohen, C.; Gobbetti, G. J.. (2001). Há autonomia para o paciente na UTI? [versão eletrônica]. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(3), 181-182.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde* (1978). Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro.
- Conté, C. (1995). *O real e o sexual: De Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Correa, A. K. (1998). O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(4), 297-301.
- Corrêa, A.D.; Siqueira-Batista, R.; Quintas, L.E.M.. (1997). Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática [versão eletrônica]. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43(4), 347-351.
- Costa, J. B. da et al (2010) . Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva [versão eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 182-189.

- Costa, S. C.; Figueiredo, M. R. B. & Schaurich, D. (2011). Humanização em Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI): Compreensões da equipe de enfermagem [versão eletrônica]. *Interface*, 13(1), 571-580.
- Costa, J. B. Da; Marcon, S. S. (2009) Elaboração e avaliação de um instrumento para identificar memórias referentes à Unidade de Terapia Intensiva [versão eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4) n. 4, 223-230.
- Cytrynowicz, M. (Diretor). (2004). *Uma questão de saúde – Trajetória da psicologia hospitalar em São Paulo* [DVD]. São Paulo: CRP-SP - Conselho Regional de Psicologia - Seção São Paulo - e Videocom.
- Crunden, E. (2010). A reflection from the other side of the bed -An account of what it is like to be a patient and a relative in an intensive care unit [versão eletrônica]. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 18-23.
- Curtis, J. R. & Vincent, J-L (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit [versão eletrônica]. *The Lancet*, 376 (9749), 1347-1353.
- Custódio, E. M. (2003). A história da pós-graduação em Psicologia da Saúde da UMESp. In: Oliveira, V. B. de; Yamamoto, K. *Psicologia da Saúde: temas de reflexão e prática*. São Bernardo do Campo: EUMESP.
- Dalgalarrrondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Davydow, D. S. et al (2008). Posttraumatic Stress Disorder in General Intensive Care Unit Survivors: A Systematic Review [versão eletrônica]. *General Hospital Psychiatry*, 30(5), 421–434.
- De Martino, M. M. F.; Misko, M. D. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 161-167.
- Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2009). Rio de Janeiro: Ed. Objetiva.
- Dlin, B. M. et al. (1971). The problems of sleep and rest in the intensive care unit [versão eletrônica]. *Psychosomatics- official journal of the academy of psychosomatic medicine*, 12(3), 155-163.
- Domingues, C. I.; Santini, L.; Silva, V. E. F. da. (1999). Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? [versão eletrônica] *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(1), n. 1, 39-48.

- Dowdy, D. W. et al. (2009). Are Intensive Care Factors Associated with Depressive Symptoms Six Months after Acute Lung Injury? [versão eletrônica]. *Critical Care Medicine*, 37(5), 1702–1707.
- Eisendrath, S. J. & Chamberlain, J. R. (2006). Transtornos Psiquiátricos. In: Bongard, F. S. & Sue, D. Y. *Terapia Intensiva – Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Eksterman, A. (2010). Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: Mello-Filho, J. de.; Burd, M. (orgs.) *Psicossomática Hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Enumo, S. R. F. (2003) Pesquisas sobre psicologia & saúde: uma proposta de análise. In: Trindade, Z. A.; Andrade, A. N. (orgs.). *Psicologia e Saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fabiane, U.; Correa, A. K. (2007). Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(4), 598-604.
- Folstein, M.F. (1975). Mini-mental state – A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12(3), 189-198.
- Foucault, M. (2005a). *A ordem do discurso*. 12. ed. São Paulo: Edições Loyola.
- Foucault, M. (2005b). *Microfísica do Poder*. 21.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Franco Júnior, A. (1995). *Manual de Terapia Intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Freire, I. R. (1997). *Raízes da Psicologia*. 7. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Freud, S. (1900/2000). A interpretação dos sonhos. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1909/2000). Duas histórias clínicas: o pequeno Hans e o homem dos ratos. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2000). Sobre o narcisismo: Uma Introdução. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917[1915]/2000). Luto e Melancolia. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1921/2000). Psicologia das Massas e análise do ego. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923a/2000). O Ego e o ID. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923b/2000). A organização genital infantil - Uma interpolação na Teoria da Sexualidade. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924/2000). A dissolução do complexo de Édipo. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926 [1925]/2000). Inibições, Sintomas e Ansiedade. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1927/2000). O humor. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1932-1936a/2000). A Dissecção da Personalidade Psíquica. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1932-1936b/2000). Ansiedade e Vida Instintual. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago.
- Gala, M. F.; Telles, S. C. R.; Silva, M. J. P. da. (2003). Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 52-61.
- Godoy, S. R. de et al. (2009). "Near miss": repercussões e percepção da assistência recebida por mulheres sobreviventes egressas de uma unidade de terapia intensiva [versão eletrônica]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 162-168.
- Gomes, A. M. (1998). *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. 2. ed. São Paulo: EPU.
- Gomez-Carretero, P. et al. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos [versão eletrônica]. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325.

- Green, A. (1988). *Narcisismo de Vida e Narcisismo de Morte*. São Paulo: Ed. Escuta.
- Guirardello, E. de B. et al. (1999) A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(2), 123-129.
- Haberkorn, A. (2004). Atuação Psicológica na UTI. In: Bruscato, W. et al. *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hay, D. & Oken, D. (1972). The Psychological Stresses of Intensive Care Unit Nursing. *Psychosomatic Medicine*, 34(2), 109-118.
- Heckers, S.; Tesar, G. E.; Querques, J.; Stern, T. A. (2003). Diagnóstico e Tratamento da Agitação do Delirium no paciente em unidade de tratamento intensivo. In: Irwin, R. S. E Rippe, J. M. *Manual de Terapia Intensiva*. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora.
- Hsu, S-M. et al. (2010). Associations of exposure to noise with physiological and psychological outcomes among post-cardiac surgery patients in ICUs [versão eletrônica]. *Clinics*. 65(10), 985-989.
- Inaba, L.C.; Silva, M. J. P. da; Ribeiro, S. C. (2005). Paciente Crítico e Comunicação: Visão se familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 423-429.
- Inaba, L.C.; Silva, M. J. P. da; Telles, S. C. R. (2005). ELLES, Sandra Cristina Ribeiro. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 423-429.
- Ismael, M. C. (2005). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kadiev, S. & Ali, N. (2008). Sleep in the Intensive Care Unit [versão eletrônica]. *Sleep Medicine Clinics*, 3(4), 569-580.
- Kaplan, D. M.; Coogan, S. L. (2005). The Next Advancement in Counseling: The Bio-Psycho-Social Model. *VISTAS online (American Counseling Association)*. Recuperado em 15 de outubro de 2010, de <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas05/Vistas05.art03.pdf>
- Kovács, M. J. (org.) (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp.
- Kübler-Ross, E. (1997). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Lacan, J. (1956-1957/1995). *O Seminário – Livro 4, A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1966/1998). *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Lasch, C. (1983). *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lemos, R. C. A.; Rossi, L. A. (2002). O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade [versão eletrônica]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 345-347.
- Lima, A. B.; Santa Rosa, D. de O. (2008). O sentido de vida do familiar do paciente crítico [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 42(3), 547-553.
- Lisboa, T. C. (2002). Breve história dos hospitais. In: *Notícias Hospitalares – Gestão de Saúde em Debate*. n. 37, ano 4. Recuperado em 20 de outubro de 2010, de: <http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>
- Lipowski, Z. J. (1984). What does the Word “Psychosomatic” really mean? A Historical and Semantic Inquiry [versão eletrônica]. *Psychosomatic Medicine*, 46(2), 153-171.
- Machado, F. O. et al. (2007). Avaliação da qualidade e satisfação de vida dos pacientes antes da internação na Unidade de Terapia Intensiva e após a alta hospitalar [versão eletrônica]. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 19 (1), 60-66.
- Maciel, M. R; Souza, M. F. de. (2006). Acompanhante de adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do paciente [versão eletrônica]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 138-143.
- Marques, J. (1993). *Descartes e sua concepção de homem* (Coleção Filosofia; v. 25). São Paulo: Edições Loyola.

- Martins, J. & Bicudo, M. A. V. (2005). *A pesquisa qualitativa em psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos*. 5.ed. São Paulo: Centauro.
- Marx, M. H.; Hillix, W. A. (1973). *Sistemas e Teorias em Psicologia*. São Paulo: Ed. Cultrix.
- Mathilde Neder [versão eletrônica]. (2005). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(2), 332-332.
- McNicoll, L. et al. (2003). Delirium in the Intensive Care Unit: Occurrence and Clinical Course in Older Patients. *Journal of American Geriatrics Society – JAGS*, 51(5), 591–598.
- Mealer, M. L. et al (2007). Increased Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses [versão eletrônica]. *American Journal of Respiratory And Critical Care Medicine*, 175(7), 693–697.
- Menezes, R. A. (2000). Dífíceis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI [versão eletrônica]. *Physis*, 10(2), 27-49.
- Menezes, M. B. de; Selli, L.; Alves, J. de S. (2009). Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem [versão eletrônica]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 443-448.
- Mezan, R. (1993). Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: Silva, M. E. L. a. (coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas, SP: Papirus.
- Minayo, M. C. de S. (1996). *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Miranda, E. J. P. de; Stancato, K. (2008). Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde[versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(1), 68-76.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Morgon, F. H.; Guirardello, E. de B. (2004). Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva [versão eletrônica]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 198-203.
- Moritz, R. D. et al (2009). Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(2), 125-132.

- Nascimento Sobrinho, C. L. et al (2011). Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 106-115.
- Nascimento, E. R. P. do; Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 250-257.
- Neme, C. M. B. (2003). Introdução. In: Neme, C. M. B.; Rodrigues, O. M. P. R. (orgs.). *Psicologia da Saúde – perspectivas interdisciplinares*. São Carlos: RiMa.
- Oliveira, L. M. de A. C. et al (2010). Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 429-436.
- Padilha, K. G. et al . (2002). Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(1), 429-436.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual [versão eletrônica]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pereira, M. E. R.; Bueno, S. M. V. (1997). Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. [versão eletrônica]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(4), 75-83.
- Perestrello, D. (1982). *A Medicina da Pessoa*. 3. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu.
- Pessoa, R. F.; Nacul, F. E. (2006). Delirium em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(2), 190-195.
- Pinho, L. B. de; Santos, S. M. A. dos. (2008). Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 66-72.
- Pinho, L. B.; Santos, S. M. A. dos; Kantorski, L. P. (2007). Análise do Processo de Trabalho da Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 16(4), 703-711.
- Preto, V. A.; Pedra, L. J. (2009). O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 841-848.

- Puggina, A. C. G.; Silva, M. J. P. da; Araujo, M. M. T. de. (2008). Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum [versão eletrônica]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 249-255.
- Pupulim, J. S. L.; Sawada, N. O. (2005). Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 388-396.
- Ribeiro, M. C.; Baraldi, S.; Silva, M. J. P. da (1998). A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo "pós-morte" [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(2), 117-123.
- Richter, J.D., Waydhas, C. & Pajonk, F.-G. (2006). Incidence of Posttraumatic Stress Disorder After Prolonged Surgical Intensive Care Unit Treatment [versão eletrônica]. *Psychosomatics* 47(3), 223-230.
- Rocco, R. P. (2010). Relação estudante de Medicina-paciente. In: Mello-Filho, J. & Burd, M. (orgs.) *Psicossomática Hoje*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, A. L. (1998). O "stress" no exercício profissional da medicina – uma abordagem psicossocial. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Rodrigues, A. L.; Campos, E. M. P.; Pardini, F. (2010). Mecanismo da Formação de Sintomas. In: Spinelli, M. R. (org.). *Introdução a Psicossomática*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Rodrigues, A. L. ; Limongi-França, A. C. (2010) Uma Perspectiva Psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In: Mello-Filho, J. & Burd, M. (orgs.) *Psicossomática Hoje*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, A. L.; Pontes, J. F. (1998). Relação Médico Paciente. In: Silva, P. *Farmacologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rolland, J. S. (2001). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B.; McGolduck, M. e cols. *As mudanças no ciclo familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa, B. A. et al. (2010). Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 627-635.
- Roudinesco, E. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

- Sandler, Person & Fonagy. (1991). Introducción – Sobre “Introducción al narcisismo”. In: Sandler, J. (org.). *Estudio sobre “Introducción al Narcisismo” de Sigmund Freud (Asociación Psicoanalítica Internacional)*. Madrid: Julian Yebenes.
- Santos, K. M. A. B. dos; Silva, M. J. P. da. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 61-66.
- Severo, G. C.; Girardon-Perlini, N. M. O. (2005). Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Revista Scientia Medica*, 15(1), 21-29.
- Sharovsky, L.; Romano, B. W. & Rodrigues, A. L. (2011). Adoeci: onde foi que eu errei? In: Heleno, M. G. V. et al (org). *Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde* (CD-ROM). São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Shimizu, H. E.; Couto, D. T.; Merchan-Hamann, E. (2011). Pleasure and suffering in intensive care unit nursing staff [versão eletrônica]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 565-572.
- Silva, C. N. (2000). *Como o câncer (des)estrutura a família*. São Paulo: Annablume.
- Silva, R. S. da; Campos, A. E. R.; Pereira, A. (2011). Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 738-744.
- Silva, F. S. da; Santos, I. dos (2010). Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético [versão eletrônica]. *Escola Anna Nery*, 14(2), 230-235.
- Silva, B. M. da; Lima, F. R. F.; Farias, F. S. de A. B.; Campos, a. do C. S. (2006). Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem [versão eletrônica]. *Texto & Contexto – Enfermagem* 15(3), 442-448.
- Silveira, R. S. da et al. (2005). Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI [versão eletrônica]. *Texto contexto – Enfermagem*, 14(esp), 125-130.
- Soares, M. (2007). Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 481-484.
- Souza, S.R. de O. e S. de et al. (2006). Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 201-205.

- Souza, S.R. de O. e S. de; Chaves, S. R. F.; Silva, C. A. da. (2006). Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 609-613.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed.
- Tardivo, L. S. L. P. Cury. (2000). Psicoterapia de Base Analítica e Psicodiagnóstico: Formas Antagônicas ou Complementares. *Revista da Editora Vetor*. 1(2),28-31.
- Tarnas, R. (2003). *A epopéia do pensamento ocidental: para compreender as idéias que moldaram nossa visão de mundo*. 6.ed. Tradução de Beatriz Sidou. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Toffoletto, M. C. et al . (2005). A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros [versão eletrônica]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 307-312.
- Turato, E. R. (2004). A questão da complementaridade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão necessária. In: Grubits, S.; Noriega, J. A. V. (orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vargas, M. A. de O.; Meyer, D. E. (2005). Re-significações do humano no contexto da 'ciborguização': um olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva [versão eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 211-219.
- Vila, V. da S. C.; Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido" [versão eletrônica]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 137-144.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. (Coleção clínica psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wallau, R. A. et al (2006). Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares? [versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(1), 45-51.
- Weinhouse, G. L.; Manaker,S.; Wilson K. C. (2008). Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit. *Up to Date*. Recuperado em 29 de agosto de 2008, de: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=cc_medi/16176&selectedTitle=1~150&source=search_result

Zimmerman, P. R. & Bertuol, C. S. (2002). O Paciente na UTI In: Botega, N. J. (org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral*. São Paulo: Artmed.

Zizek, S. (2003). *Bem – vindo ao deserto do Real!: cinco ensaios sobre Setembro e datas relacionadas*. Tradução Paulo Cesar Castanheira . São Paulo: Boitempo Editorial.