

LUCIANE DE ROSSI

Gritos e sussurros:

a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas
do Instituto Central do Hospital das Clínicas – FMUSP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação da Profa. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos.

Instituto de Psicologia
Universidade de São Paulo

Fevereiro de 2008

Banca examinadora

Prof. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos – orientadora

Prof. (a) Dr. (a)

Prof. (a) Dr. (a)

*Aos meus pais, José Roberto e Lêda, que
me permitiram sonhar e sustentaram os
meus sonhos.*

Agradecimentos

À querida orientadora Elisa, que mesmo antes de assumir esse *posto*, me acolheu carinhosamente e sempre acreditou em mim.

À Mara Cristina Souza de Lúcia, pela confiança, pelas oportunidades, pelo exemplo e pelas contribuições significativas na banca de qualificação.

Ao Avelino, pelo carinho, por acreditar que eu podia fazer melhor, por todos os ensinamentos e importantes contribuições para este trabalho.

À minha amada avó Elisa, que me ajudou a permanecer na “cidade grande” quando atuar em hospitais era apenas um sonho.

À minha prima Adriana, pelo amor incondicional e pelo bom humor, que fazem minha vida mais feliz.

Ao meu irmão, pelo amor e pela cumplicidade na vida e na elaboração desta dissertação.

A todos os meus amigos, em especial Valmari, Diana, Bianca, Fernando, Saulo e Rogerinho, por todas as contribuições, pelo trabalho de revisão, mas principalmente pelo suporte emocional e por fazerem parte da minha vida de uma forma muito especial.

Á Maria de Lourdes H. Mazzini, minha primeira supervisora, por iniciar meu percurso na Psicologia Hospitalar e me ensinar a me olhar com mais amor.

À equipe do Pronto-Socorro e das Unidades de Terapia Intensiva do Instituto Central do Hospital das Clínicas – FMUSP, pelo convívio diário e o enfrentamento conjunto de sofrimentos tão intensos.

À todos os pacientes e familiares que já atendi, por dividirem comigo seu sofrimento e me ensinarem a ser melhor como pessoa e profissional.

Resumo

Situações críticas e emergenciais permeiam todos os setores do hospital, mas ocorrem prioritariamente no Pronto-Socorro e nas Unidades de Terapia Intensiva. Estes cenários são marcados por sofrimento físico e emocional intensos; limites de diversas ordens; imprevisibilidade; vivências de perdas e morte. Vivências que geram uma angústia que pode ultrapassar o limiar de contenção dos atores nesse cenário – pacientes, familiares e equipe de saúde – e implicam a necessidade de intervenção psicológica. A interconsulta psicológica é uma modalidade de intervenção que permite considerar a demanda institucional, que inclui a subjetividade nas relações da equipe, e a assistência psicológica aos pacientes e a seus familiares. O presente trabalho utilizou o método da pesquisa clínico-qualitativa para descrever o serviço de interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas – FMUSP. São apresentados cinco relatos de interconsulta, a partir das intervenções junto aos pacientes e junto aos profissionais envolvidos no caso (médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e assistentes sociais). Os casos foram analisados por meio do referencial psicanalítico freudiano e evidenciaram que nas unidades de emergência existem urgências físicas e subjetivas, cujo impacto atinge o paciente, seus familiares e os profissionais que se relacionam com ele. A relação paciente-profissional de saúde aparece repleta de conteúdos inconscientes e transferenciais. A equipe vivencia sofrimentos psíquicos relacionados a identificações com o paciente e principalmente ao sentimento de impotência. Observa-se que esse sofrimento interfere na conduta do profissional e, conseqüentemente, na assistência que ele oferece. A intervenção da psicóloga interconsultora permitiu a explicitação de conflitos inconscientes e a intermediação das relações entre pacientes e equipe de saúde.

Palavras-chave: Interconsulta Psicológica; Psicologia Hospitalar; Serviços Médicos de Emergência; Psicanálise.

Abstract

Critical situations and emergencies are present in all the areas of the hospital, however, they do occur at the emergency rooms and Intensive Care Units. The core traits of these pictures are physical and mental suffering, several ways of limitations, unpredictability as well as loss and death experiences. Such exposures engender anguish which can get out of control of the people involved in the situations – patients, their families, hospital staff – therefore psychological intervention is necessary. Psychological consultation-liaison is a way of intervention which takes into account the institutional demand, the subjectivity among the team relationships and the psychological assistance to the patients and their families. The present work makes use of a clinic-qualitative study describing the consultation-liaison psychology service in emergency medical units of the Central Institute of Hospital das Clínicas – FMUSP. There are five reports described resulting from the intervention in patient and other staff members involved in the case (doctors, nurses, nurse assistants and social workers). The cases were analyzed through the Freudian frames of reference and showed that there are subjective and physical urgencies which impacts the patients, their families and the staff in contact with them. The relationship hospital staff-patient presents itself to be full of unconscious and transference contents. The team experiences mental suffering which is related to their identification with the patient and, mainly, to their feeling of impotence. It was noticed that this suffering influences the professional behavior and consequently the assistance he will offer. The intervention made by the interconsulting psychologist enabled the disclosure of unconscious conflicts and the intermediation of the relationship between the hospital staff and the patients.

Keywords: Psychological Consultation-Liaison; Health Psychology; Emergency Medical Services; Psychoanalysis.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	08
2. O CENÁRIO: UNIDADES DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA.....	13
2.1. O Pronto-Socorro	13
2.2. As Unidades de Terapia Intensiva	14
3. OS ATORES NAS UNIDADES DE EMERGÊNCIA.....	17
3.1. A Equipe de Saúde.....	17
3.2. O Paciente.....	24
3.3. A Família	26
3.4. O Psicólogo.....	27
4. OS ATORES EM CENA: A INTERCONSULTA PSICOLÓGICA	30
5. OBJETIVO	35
6. CASUÍSTICA E MÉTODO	36
6.1. Sobre os sujeitos	36
6.2. Sobre o método	36
7. GRITOS E SUSSURROS: A INTERCONSULTA PSICOLÓGICA NAS UNIDADES DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS DO ICHC – FMUSP.....	38
7.1. Sobre a morte... ..	38
7.1.1. A dor que não tem nome	38
7.1.2. Quem tem medo do lobo mau?.....	40
7.2. Emergência médica X Emergência subjetiva	41
7.2.1. A (im)potência frente ao paciente	41
7.2.2. A “batata quente” que alguém pôde segurar	44
7.2.3. Quando a intervenção vira interferência.....	45
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

1. INTRODUÇÃO

Meu percurso no Pronto-Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ICHC-FMUSP) teve início no segundo semestre de 2003, de forma inesperada. Embora já tivesse realizado alguns atendimentos em unidades de emergência de outros hospitais, nunca havia pensado em atuar exclusivamente nessa área. O primeiro contato, como estagiária de pesquisa da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP, provocou espanto e sentimento de impotência. Fiquei completamente perdida naquele mundo de macas, pacientes chegando, familiares solicitando informações, médicos e enfermeiros correndo de um lado para o outro. Para abordar determinado paciente, precisava olhar as fichas de maca em maca até encontrá-lo. Conversar com alguém da equipe exigia outra estratégia: falar enquanto andava atrás da pessoa, que continuava com sua rotina apressada. Parecia complicado pensar nos atendimentos ali, com tantas interrupções e tão pouca privacidade para o paciente. Entretanto, ao ouvir as histórias dos pacientes, marcadas por um sofrimento intenso, pensei que seria muito importante “cavar” um lugar para a subjetividade neste espaço em que a emergência médica é muito valorizada. Este se tornou meu principal desafio em junho de 2005, quando ingressei por concurso no ICHC e fui alocada no Pronto-Socorro. Um desafio que gradualmente se transformou em uma paixão. Pelo envolvimento (característico de toda paixão) e pela rotina corrida e caótica (própria das unidades de emergência), muitas vezes me vi capturada pela rede de questões sociais e emocionais que atravessam o setor. De repente, percebi que, assim como os outros profissionais, eu estava imersa na ação, realizando um atendimento após o outro, conversando com a equipe, tentando aplacar as urgências, mas com poucas possibilidades de refletir adequadamente sobre minha prática. Até porque o número de atendimentos é bastante expressivo. O Pronto-Socorro possui 52 leitos e uma média de 50 macas/dia. Conta ainda com 65 leitos divididos entre enfermarias de retaguarda da Clínica Médica e da Cirurgia Geral. Além disso, existem 26 leitos distribuídos em duas Unidades de Terapia Intensiva da Clínica Médica e 51 leitos em três Unidades de Terapia Intensiva da Cirurgia Geral. Para responder a essa demanda, a modalidade de atendimento escolhida foi a interconsulta psicológica, que permite a identificação de uma demanda da equipe e de uma demanda do paciente.

Minha inserção nas diferentes equipes que atuam no contexto das emergências médicas aconteceu gradualmente, como fruto do trabalho. Nesse percurso encontrei uma série de dificuldades: a escassez de referências bibliográficas brasileiras específicas sobre a psicologia no contexto das emergências médicas; a inexistência de um modelo assistencial que poderia ser utilizado no Pronto-Socorro; a falta de familiaridade dos profissionais deste

setor com a presença do psicólogo e a alta rotatividade desses profissionais devido ao fato de estarem num hospital-escola. Médicos residentes permanecem 30 ou 40 dias no setor. Assim, em cada rodízio, de cada unidade – Pronto-Socorro, três enfermarias de retaguarda e cinco Unidades de Terapia Intensiva – eu preciso me apresentar, dizer que existe psicólogo naquela unidade, informar situações em que há indicação de avaliação ou atendimento psicológico e condições médicas que inviabilizam o atendimento psicológico, além de explicar como deve ser feito o encaminhamento. Apesar desse cuidado, a demanda psicológica fica subdiagnosticada e alguns pedidos não são pertinentes (pelo menos do ponto de vista dos pacientes). Será que a rotina corrida impede que os profissionais percebam as necessidades dos pacientes? Algumas vezes, quando eu mesma percebo um paciente que necessita de atendimento e comento com o médico responsável, ouço algo como “*eu ia te chamar, mas ele já vai ter alta amanhã*”. Como o paciente já vai embora, a equipe não precisa se responsabilizar por seu sofrimento? Ou o que norteia a conduta (ou a falta dela) é a representação social de que tratamento psicológico só funciona se for longo?

Diante dessas dificuldades, é fundamental que o psicólogo tenha uma postura ativa e diretiva. Não só pelo paciente e por seus familiares, mas também pela possibilidade de contribuir para a formação desses residentes. Além da postura ativa e diretiva, uma atuação adequada exige reflexão crítica e fundamentação teórica e técnica.

Realizar esta pesquisa num curso de mestrado implica a possibilidade de, a partir de um certo distanciamento, construir um olhar reflexivo e crítico sobre os dois principais focos de intervenção do psicólogo no contexto das emergências médicas: a demanda institucional, que inclui a subjetividade nas relações da equipe e a assistência psicológica aos pacientes e a seus familiares. A proposta é apresentar um retrato da interconsulta psicológica neste setor – enfatizando a demanda de pacientes e profissionais e a intervenção psicológica junto a eles – que possa subsidiar a práxis. Para tanto, é necessário considerar algumas especificidades do contexto que interferem na conduta do psicólogo interconsultor.

Situações de emergência podem ocorrer em todos os setores do hospital, mas seu lugar prioritário é o Pronto-Socorro. Ao observar esse contexto, é possível identificar as três fontes de sofrimento descritas por Freud (1930/1974). O autor afirma que:

o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens.

O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro.

Adriana, 20 anos, adoeceu de repente. Durante a noite apresentou dores abdominais intensas e procurou o Pronto-Socorro. Foi submetida a uma cirurgia de emergência para retirada do apêndice. No dia seguinte não tinha dores, mas se preocupava imensamente com a cicatriz que carregaria para sempre na barriga.

Marta, 23 anos, apresentou sintomas semelhantes e teve indicação cirúrgica. Entretanto, a cirurgia não resolveu seu problema. Além da dor abdominal, outros sintomas apareceram: fraqueza muscular que não permitia que se movimentasse; distúrbios gastrointestinais e problemas respiratórios que lhe “renderam” uma traqueostomia. O diagnóstico era de porfiria aguda intermitente, uma doença hematológica crônica, que apresenta períodos de atividade e remissão. Os médicos disseram que ela poderia melhorar, mas não se sabia o quanto e nem quando. E se melhorasse, poderia apresentar novamente aquele quadro clínico em qualquer momento de sua vida.

Eduardo, 45 anos, trabalhava em uma obra e foi vítima de soterramento. José, 24 anos, ficou paraplégico após um ferimento por arma de fogo. Wagner, morador de rua, foi espancado pelos “colegas”. Camila, 18 anos, envolveu-se em um acidente automobilístico quando ia até a pizzaria com o companheiro. Ela chegou ao Pronto-Socorro com politrauma e ele, com morte encefálica.

Os casos acima ilustram o sofrimento vivenciado pelos pacientes nas unidades de emergência. Mas as fontes de sofrimento se aplicam também à equipe de saúde, cuja atividade inclui exposição ao trauma, à violência e à morte inesperada. As interações com os pacientes e seus familiares são freqüentemente carregadas de emoção e estresse. Como informar o paciente sobre um diagnóstico de câncer com prognóstico reservado? Como dizer para uma mãe que seu filho não sobreviverá ao acidente apesar de todos os esforços da equipe? Os fatores estressantes permeiam a assistência e incluem limites de ordens diversas, sobrecarga de trabalho e superlotação.

Para muitas pessoas, inclusive para psicólogos, pensar em uma possibilidade de intervenção psicológica nesse contexto parece uma tarefa quase impossível. O cenário que se apresenta, marcado por experiências físicas e emocionais intensas e pela imprevisibilidade, causa perplexidade e parece pouco convidativo. A urgência invade, captura e parece escapar à subjetivação, deixando lugar apenas aos sentimentos de desamparo e impotência.

Entretanto, um olhar minucioso permite desvelar o sofrimento emocional dos atores que foram abruptamente retirados de seu cenário habitual (os pacientes) e daqueles que fazem

do inesperado seu cenário habitual (equipe de saúde). Diante da imagem de pessoas angustiadas por uma situação que ultrapassou seu limiar de contenção, como não considerar a necessidade de uma intervenção psicológica?

A inserção do psicólogo no contexto hospitalar inclui uma extensa área de atuação. Segundo Chiattonne (2000), para atuar no hospital, o psicólogo inicialmente “emprestou” recursos técnicos e metodológicos de outras áreas do saber psicológico. Entretanto, esse conhecimento mostrou-se inadequado a esse contexto, cuja especificidade tem exigido a construção de um novo saber e a adequação de técnicas.

Para planejar seu trabalho, o psicólogo precisa considerar que a assistência pode se modificar a partir da estrutura e funcionamento do setor, da dinâmica institucional e do perfil do paciente. Como afirma Bleger (1984), não se pode ser psicólogo se não se é, ao mesmo tempo, um investigador dos fenômenos que se quer modificar e para ser um investigador é preciso extrair os problemas da própria prática e da realidade em que se atua. Isso se aplica também a interconsulta psicológica, que acontece “em um ambiente matizado pelo sofrimento e pela esperança, em um espaço de relações interpessoais e de entrecruzamento institucional” (BOTEGA, 2002c, p. 78).

Uma adequada caracterização da unidade de trabalho, aliada aos significados que o indivíduo atribui à doença e à hospitalização, permite que a atuação do psicólogo hospitalar assuma também um caráter preventivo. Para tanto, é importante que se considerem as adversidades de determinado setor do hospital enquanto desencadeantes de alterações emocionais, pois, como comenta Romano (1999), quando se conhece a demanda é possível se antecipar a ela. Quanto mais precoce a intervenção, menores as possibilidades de agravamento e maiores as expectativas de recuperação psíquica dos pacientes (CHIATTONE, 2000).

Além da elaboração de um diagnóstico institucional, o trabalho em hospital exige uma formação clínica consistente, muita disponibilidade para trabalhar em equipe e para oferecer uma escuta e intervenções implicadas (SANTOS; QUAYLE, 2007).

Segundo Santos e Quayle (2007), a equipe de saúde encaminha para o psicólogo pacientes em que algo da ordem do “emocional” parece exigir atenção e intervenção. A maneira como o psicólogo responde a esses pedidos, constrói e apresenta o caso clínico pode favorecer ou dificultar uma interlocução produtiva com os outros profissionais, interferindo diretamente na sua inserção na equipe. Essa interlocução deve ser cuidadosa e as informações apresentadas na construção do caso devem contribuir para o tratamento do paciente. Que aspectos devem ser priorizados, para que a exposição não seja exaustiva e nem se prenda a questões óbvias que a equipe já conhece? Como expor o que é específico da prática

psicológica, mantendo o sigilo e uma postura ética? Como elaborar uma resposta objetiva ao pedido de consulta que permita à equipe a consideração da subjetividade?

Pensar sobre a maneira de comunicar a subjetividade de pacientes e familiares é tão importante quanto pensar em possibilidades de abordar a demanda da equipe, já que a maioria dos profissionais reluta em reconhecer ou falar abertamente sobre o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho – seja por dificuldades pessoais, por falta de tempo ou oportunidade, ou mesmo pela crença de que devem assumir o lugar de onipotência que lhes é atribuído pela representação social.

O presente estudo pretende abordar também essa que é uma das principais tarefas do psicólogo interconsultor: oferecer continência ao sofrimento da equipe e instrumentalizá-los para uma interação mais satisfatória com o paciente. Mas antes disso é preciso descrever brevemente os setores em que a interconsulta acontece: o Pronto-Socorro e as Unidades de Terapia Intensiva.

2. O CENÁRIO: UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Os setores de urgência ou emergência de um hospital, ou Pronto-Socorros, oferecem atendimento externo ininterrupto, realizado por profissionais especializados, para casos de urgência e emergência. Segundo Rey (1999), urgência e emergência são termos que definem situações semelhantes. O autor define *urgência* como uma situação que exige ação ou tratamento médico ou cirúrgico imediato e *emergência* como uma condição imprevisível que requer ação imediata ou uma alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados médicos urgentes.

Sterian (2001) faz uma diferenciação sutil dos termos, embora reconheça que, na prática, os limites entre as duas situações não seja tão nítido. Para ela, *urgência* é uma necessidade premente, imediata e *emergência* é uma situação crítica. A emergência seria uma situação que deve ser tratada para que não se transforme em urgência.

As Unidades de Terapia Intensiva oferecem cuidados contínuos a pacientes em situações críticas, devido à doença grave, traumatismo ou cirurgia.

A seguir serão apresentadas algumas especificidades desses setores.

2.1. O Pronto-Socorro

O Pronto-Socorro é uma das portas de entrada do paciente no hospital. Destina-se a receber pessoas em situações de emergência, com ou sem risco iminente de morte, que necessitam de um pronto-atendimento (COPPE; MIRANDA, 2002).

Há uma literatura generosa sobre o uso da tecnologia disponível para serviços de urgência, principalmente no que se refere a equipamentos e medicamentos. Porém, os estudos sobre a dinâmica do trabalho em equipe e sobre os aspectos emocionais de pacientes, familiares e da equipe de saúde são escassos (COPPE, MIRANDA, 2002; ROMANO, 1999).

A literatura aponta para uma descaracterização dos serviços prestados pelo Pronto-Socorro, que funciona, atualmente, como um ambulatório com pronto-atendimento (COPPE, MIRANDA, 2002; ROMANO, 1999; SEBASTIANI, 2002a). De um setor destinado ao diagnóstico e tratamento de pacientes acidentados ou acometidos de mal súbito, o Pronto-Socorro passou a ser um serviço que absorve todos os problemas físicos e sociais (ROMANO, 1999).

Essa situação tem seu alicerce e se mantém em função da qualidade insatisfatória dos serviços oferecidos pela saúde pública no Brasil. Na verdade, o sistema de saúde não atende

as necessidades do paciente, que é obrigado a enfrentar longas filas e aguardar meses por uma consulta e pela realização de exames e outros procedimentos. Desta forma, a maioria da população recorre ao Pronto-Socorro, que se apresenta como a única possibilidade de ser prontamente atendida e obter, num curto espaço de tempo, algum encaminhamento para seu problema (ROMANO, 1999).

O Pronto-Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas, segundo documento elaborado pela Diretoria Executiva do ICHC (2003), abrange o nível terciário de atenção à saúde, ou seja, destina-se ao atendimento de alta complexidade, o que exige recursos humanos especializados e equipamentos de alta tecnologia. Entretanto, não está livre dessa demanda descaracterizada, composta por problemas que poderiam ser resolvidos nos níveis primário e secundário de atenção à saúde.

Para responder a essa demanda, procurando manter no espaço do Pronto-Socorro apenas os casos que representem uma emergência médica real, o ICHC criou um serviço de triagem, o Atendimento Inicial do Pronto-Socorro, que distribui uma média de 400 senhas/dia no seu horário de funcionamento (das 7:00 às 22:00hs). Nesses casos, os pacientes normalmente são avaliados, medicados e, se necessário, encaminhados para as unidades de saúde que atendem os níveis primário e secundário de atenção à saúde. As emergências médicas, que exigem uma assistência imediata e complexa, são acolhidas pelo Pronto-Socorro. Teoricamente, esses pacientes deveriam receber os cuidados emergenciais (um pronto socorro) e, em seguida, a alta ou transferência para uma unidade de internação. Na prática, a falta de vagas nessas unidades determina o prolongamento da permanência do paciente e a continuidade do tratamento na própria unidade de emergência, em condições muitas vezes inadequadas. Desta forma, os pacientes se acomodam em macas, sem conforto ou privacidade e presenciam constantemente cenas de sofrimento de outros pacientes (PEREZ, 2005).

2.2. As Unidades de Terapia Intensiva

A primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi criada nos Estados Unidos na década de 50 e dez anos mais tarde já se espalhava pela Europa. No Brasil, foi implantada no Rio de Janeiro e em São Paulo na década de 70, inicialmente em hospitais privados (HABERKORN, 2004; ARAÚJO et al., 2005). As mais antigas foram construídas em áreas adaptadas, dentro de uma estrutura já existente nos hospitais. Atualmente, as UTIs existem em quase todas as instituições hospitalares de grande porte; estão melhor estruturadas

fisicamente; contam com equipamentos mais sofisticados e com a formação especializada e continuada dos profissionais (SOUZA, 2004).

Segundo Chiavone e Sens apud Haberkorn (2004), o aumento da expectativa de vida da população e o avanço tecnológico no diagnóstico e tratamento de doenças, que antes eram letais, geraram um aumento na demanda de pacientes para a UTI nos últimos anos.

Este setor é destinado ao atendimento de pacientes em estado grave, com todo tipo de acometimentos e com chances de recuperação, que necessitam de observação constante, cuidados intensivos, suporte vital e monitorização. (ROMANO, 1999; HABERKORN, 2004; SILVA, ANDREOLI, 2005; SOUZA, 2004; ARAÚJO et al., 2005).

Os pacientes são encaminhados à UTI por outras unidades hospitalares, tais como centro cirúrgico, Pronto-Socorro ou enfermarias, por diversos motivos. Os mais comuns são: insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência e outros quadros neurológicos, distúrbios hidroeletrólíticos, grandes queimaduras, politraumas, sepses e pós-operatórios (SILVA; ANDREOLI, 2005).

As UTIs são áreas fechadas e a circulação de pessoas é geralmente restrita. Os horários de visita são pouco flexíveis, limitando o acesso dos familiares (ROMANO, 1999; SILVA, ANDREOLI, 2005; SOUZA, 2004). O paciente que está consciente pode ter um familiar como acompanhante em casos específicos: quando é criança ou idoso, quando é muito solicitante ou possui prognóstico fechado, ou seja, encontra-se fora de possibilidades terapêuticas de cura. Além disso, outros motivos podem ser avaliados pela equipe, visando beneficiar o paciente (SOUZA, 2004).

O ambiente é permeado por muitos ruídos, as luzes ficam constantemente acesas e a movimentação da equipe de saúde é intensa. Se por um lado há excesso de estimulação sensorial, por outro, há uma monotonia devido à restrição ao leito, imobilidade e ausência de pessoas do convívio social do paciente. Os equipamentos são de alta tecnologia; as medicações são potentes; a rotatividade de pacientes é grande e o ritmo de trabalho, acelerado (SILVA; ANDREOLI, 2005; RODRIGUES; AMARAL, 2001).

A equipe de saúde pode contar com uma grande variedade de profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros (HABERKORN, 2004).

Em nossa sociedade, a UTI é vista como um lugar assustador, gerador de angústias, medos, incertezas e fantasias, a começar pelo seu estereótipo ligado à morte. Esta representação social da unidade, associada aos fatores ambientais, podem desencadear reações psicológicas de ajustamento em pacientes e familiares, além de constituírem fatores de

estresse para a equipe de saúde (SOUZA, 2004; HABERKORN, 2004; SILVA; ANDREOLI, 2005; BOIZONAVE, 2003; DI BIAGGI, 2001).

Assim, Pronto-Socorro e Unidades de Terapia Intensiva configuram cenários atravessados por limites de ordens diversas e marcados pela sobrecarga de trabalho e por experiências físicas e emocionais intensas. Apresento a seguir os sujeitos que emergem no cenário das emergências médicas.

3. OS ATORES NAS UNIDADES DE EMERGÊNCIA

3.1. A Equipe de Saúde

Como psicóloga do Pronto-Socorro e das UTIs, ao questionar médicos e enfermeiros sobre pacientes com necessidade de atendimento psicológico, frequentemente a primeira resposta é “*você tinha que atender a gente!*” ou “*posso fazer um pedido de consulta para mim?*”. Mesmo ditas em tom de brincadeira, essas frases alertam para a dificuldade de atuar nesse contexto e revelam a existência de um sofrimento.

O cotidiano da equipe de saúde que atua em emergências é permeado por vivências de dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo, perdas e morte. A complexidade deste cenário provoca, ao mesmo tempo, aversão e encantamento. Um médico residente da Clínica Médica, comentando sobre sua formatura, disse que esse não é o momento em que se forma médico. “*Você só se sente médico quando está sozinho para atender sua primeira parada e a vida do paciente está na sua mão*”. A possibilidade de diagnosticar corretamente, curar doenças, aliviar a dor e o sofrimento e salvar vidas faz com que o trabalho da equipe de saúde seja fonte de gratificação e realização pessoal. Não é raro receberem reconhecimento, elogios e gratidão.

Entretanto, existe também a necessidade de cuidar de pessoas poliqueixosas, refratárias à ajuda, agressivas, hostis, auto-destrutivas, deprimidas, inseguras e que, muitas vezes, alimentam a fantasia de obterem um tratamento rápido, indolor e que não implique muito investimento pessoal. Assim, é possível afirmar que a relação médico-paciente pode ser considerada o aspecto mais gratificante e, ao mesmo tempo, o mais estressante da atividade médica.

A permanência dos pacientes no Pronto-Socorro, aliada à descaracterização da demanda, gera a superlotação, que compromete a capacidade de atendimento das emergências, aumentando a possibilidade de erros médicos. As consequências do tempo prolongado de espera pelo atendimento podem ser mais ou menos graves, dependendo do paciente. Alguns (im)pacientes podem ir embora sem atendimento; outros, depositam sua irritação nos profissionais, em forma de agressões verbais ou físicas (RONDEAU, FRANCESCUTTI, ZANARDELLI, 2005; POTTER, 2006).

Os conflitos podem acontecer não só entre profissionais e pacientes, mas também dentro da própria equipe, que parece contar com um número de profissionais sempre insuficiente para o atendimento da demanda. As condições de trabalho incluem jornadas

extensas e o convívio com limitações técnicas e materiais, que diminuem a satisfação pessoal no trabalho e a eficácia profissional do médico (RONDEAU; FRANCESCUTTI; ZANARDELLI, 2005). Segundo Wallace (2007), as condições de trabalho, a carga horária, o volume de trabalho, os conflitos entre o trabalho e a família e os conflitos entre as necessidades da instituição e dos pacientes são fatores que interferem negativamente no bem-estar do médico.

Neste cenário marcado por experiências físicas e emocionais intensas, pela correria e imprevisibilidade, a constante é a urgência, que captura e determina ações e pensamentos rápidos, sempre centrados no outro – o paciente e seus familiares. As decisões precisam ser imediatas e eficazes, na tentativa de se salvar vidas. Tarefa esta que nem sempre pode ser cumprida. Assim como os profissionais da UTI nem sempre podem atingir seu objetivo de restabelecer a saúde do paciente, o que gera angústia e frustração (SILVA; ANDREOLI, 2005). Esses sentimentos podem ser mais intensos dependendo da cobrança dos pacientes, de seus familiares e da própria equipe. Esta precisa estar preparada para lidar com as reações emocionais dos pacientes e familiares e com inúmeros questionamentos quanto à eficácia dos tratamentos, prognósticos e possibilidade de morte (HABERKORN, 2004; SOUZA, 2004).

Leite e Vila (2005), Shimizu e Ciampone (2004), Gomes (2006), Benincá (2002) e Balsanelli (2002) realizaram pesquisas com profissionais que atuam em UTI. Eles apontam as maiores dificuldades vivenciadas pela equipe de saúde:

- a) O relacionamento entre os membros da equipe: para a enfermagem a falta de cordialidade e confiança entre os membros da equipe e a dificuldade em lidar com a figura distante do médico são fonte de estresse e sofrimento (GOMES, 2006; BENINCÁ, 2002). Algumas decisões, como investir ou não na sobrevivência de um paciente, são exclusivas dos médicos. Este é um dos fatores de descontentamento entre enfermeiros, pois os coloca como simples cumpridores das determinações estabelecidas, sem oportunidade para emitir opiniões, e evidencia a desproporção entre sua responsabilidade e seu poder de decisão (BENINCÁ, 2002; MATSUDA, ÉVORA, 2003).
- b) O convívio com a dor, sofrimento e morte dos pacientes: pesquisas revelam que os profissionais da saúde não são preparados adequadamente para o enfrentamento da morte, provavelmente, por terem sido preparados para cuidar da vida (BALSANELLI, 2002; PALÚ et al., 2004). O convívio com a dor, sofrimento e morte dos pacientes e com a dor da família podem provocar culpa, frustração, angústia, tristeza e sentimento de perda (SILVA JR et al. apud BENINCÁ, 2002). Diante disso, o profissional precisa desenvolver

estratégias de enfrentamento, por vezes negando os próprios sentimentos (GOMES, 2006; BENINCÁ, 2002). Essas estratégias nem sempre são adequadas e podem interferir na qualidade da assistência ao paciente. Kübler-Ross apud Balsanelli (2002) afirma que uma maneira de lidar com a própria impotência frente à morte é concentrar-se nos procedimentos técnicos, negligenciando os aspectos emocionais. Para Cassorla apud Benincá (2002), o médico é treinado a não se sensibilizar com os elementos desencadeados pela morte, numa reação que ele chama de contrafóbica. “As habilidades técnicas são o foco principal, em detrimento da preocupação com a atenção aos pacientes e às famílias” (p. 391). Moreira e Biehl (2004) observam uma conduta que reflete aceitação da morte à medida que procedimentos invasivos deixam de ser realizados quando claramente ineficazes à preservação da vida. Por outro lado, Orlando (2002) refere que a morte na UTI é o fator de maior desgaste emocional na rotina do intensivista, assim como comunicá-la à família.

- c) O contato com os familiares: Na percepção dos enfermeiros, a família experiencia medo, ansiedade e insegurança (CORRÊA, 2002). Os profissionais da enfermagem compreendem o sofrimento da família e reconhecem a própria dificuldade em lidar com a ansiedade da mesma, fato que pode gerar conflitos. As justificativas para esta dificuldade são a especificidade da rotina da UTI, falta de tempo e também limitações pessoais (LACERDA, 2004; CORRÊA, 2002). A presença de familiares como acompanhantes dos pacientes, apesar de reconhecida como benéfica para o paciente, é considerada pela equipe como fator gerador de estresse. Os familiares são vistos como ansiosos e despreparados para compreender quadro clínico e procedimentos. É desgastante lidar com as cobranças e críticas dos mesmos, visto que essas afetam a onipotência e o orgulho destes profissionais, sentimentos inerentes ao fato de realizarem procedimentos mais complexos que outras equipes do hospital (LACERDA, 2004).

As dificuldades e os fatores estressantes fazem parte da atividade médica, independentemente da especialidade. O estresse começa na graduação (que inclui os primeiros contatos com o paciente – com seu sofrimento e sua morte – e frustrações de idealizações referentes à profissão frente aos limites da realidade institucional), passa pela escolha da especialidade e atinge seu ápice na residência. Nesse período, o residente enfrenta

uma intensa demanda de trabalho, com uma autonomia limitada, e entra em contato com muitos pacientes, que podem ser hostis, reivindicadores, apresentar alterações de comportamento ou falecer. Há ainda a necessidade de comunicar situações dolorosas, os dilemas éticos, o medo de errar e/ou contrair infecções, a fadiga, a falta de orientação e a falta de tempo para lazer, família, amigos e necessidades pessoais.

Nogueira-Martins (2005) classifica o estresse na residência médica em três categorias: 1) estresse profissional – associado à personalização e desenvolvimento do papel do médico na sociedade, 2) estresse situacional – relacionado à privação de sono, fadiga, pacientes difíceis, carga assistencial excessiva e problemas relacionados à qualidade do ensino e ao ambiente educacional e 3) estresse pessoal – relacionado às características individuais e pessoais.

O estresse ocupacional afeta de forma negativa a saúde dos residentes. Sebastiani (2002) relata estudos de Friedman e colaboradores (1971, 1973) sobre a atenção sustentada dos residentes privados de sono em função das extensas jornadas de trabalho, que demonstraram um aumento na margem de erros na interpretação de exames simples, dificuldade de concentração, depressão, aumento da irritabilidade, sentimentos de auto-referência com extrema sensibilidade à crítica, inadequação afetiva e déficit na memória de fixação.

Outro estudo pioneiro, realizado em 1975 por Valko e Clayton, evidenciou que 30% dos residentes apresentavam um quadro depressivo, relacionado com o intenso sofrimento no trabalho, que produz uma disfunção no plano pessoal, familiar e profissional. O conjunto destas disfunções pode levar a distúrbios comportamentais importantes como tentativas de suicídio, suicídio, uso abusivo de álcool, drogas e auto-medicação (OBARA; NOGUEIRA-MARTINS; MOTTA, 2006).

O risco de adoecer, do uso de álcool e drogas e do suicídio não se restringe aos residentes. Segundo Wallace (2007), os médicos possuem maiores riscos para esses problemas do que a população geral. A OMS apresentou, em 1992, relatório sobre estatísticas de suicídio por categoria profissional, no qual os profissionais de saúde ocupavam o 2º lugar, perdendo apenas para jornalistas. No Brasil, dados da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro apontam que 40% dos casos de suicídio registrados na cidade do Rio de Janeiro em 1996 foram de médicos (SEBASTIANI, 2002). Entretanto, é preciso lembrar que o suicídio pode ser consequência de uma complexa rede de fatores, que pode envolver a tarefa assistencial médica, mas não se restringe a ela.

Chan e Huak (2004) realizaram uma pesquisa sobre o impacto do ambiente de trabalho na saúde emocional de médicos e enfermeiros de um hospital geral. Os autores

afirmam que os profissionais de saúde estão expostos a inaceitáveis níveis de estresse ocupacional. O estudo aponta que lidar com pacientes graves e com a morte são tarefas estressantes, que podem desencadear desordens psiquiátricas, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Entretanto, os autores observaram que apenas 4% dos sujeitos procuravam ajuda para suas dificuldades emocionais.

Wallace (2007) também enfatiza a dificuldade de buscar ajuda dos profissionais. Segundo ele, 18% dos médicos canadenses apresentam diagnóstico de depressão, mas apenas 25% deles consideram buscar ajuda e 2% efetivamente procuram tratamento. A falta de cuidados do médico com sua própria saúde é evidenciada pela negligência em fazer exames físicos, protelar a procura por tratamento medicamentoso e pelo alto índice de suicídio e de mortalidade por problemas cardiovasculares. A falta de cuidados e de procurar ajuda podem ser uma razão para o alto nível de estresse.

Laposa e Alden (2003) investigaram a prevalência de estresse pós-traumático em profissionais que atuam no Pronto-Socorro, considerando como evento traumático a própria atividade assistencial. Os autores verificaram que esses profissionais possuem alto risco de apresentar sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e que a prevalência deste transtorno entre esses profissionais é maior do que na população em geral.

A pesquisa revelou que todos os profissionais que trabalhavam diretamente com o paciente apresentaram pelo menos um dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático. Destes, 12% preencheram todos os critérios diagnósticos do DSM-IV. Desconsiderando o critério que exige que os sintomas apareçam em até seis meses após o evento traumático, esse percentual subiu para 20. Os sujeitos afirmaram ainda que os sintomas atrapalham sua vida social (37%) e profissional (27%). A pesquisa aponta também que no Pronto-Socorro os anos de experiência e outras variáveis, tais como gênero, nível escolar e cultural, profissão e estado civil, não têm relação com o desenvolvimento do transtorno. Os sintomas desse transtorno geram absenteísmo, redução da satisfação no trabalho e afastamento precoce do trabalho.

Segundo Nogueira-Martins (2002), na literatura há a descrição de algumas síndromes associadas às atividades profissionais dos médicos, como a síndrome de burnout. Esta síndrome é definida como uma resposta ao estresse ocupacional crônico e é caracterizada por altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, e baixo envolvimento pessoal no trabalho. O quadro é composto por sintomas somáticos (exaustão, fadiga, cefaléia, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispnéia), psicológicos (humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse) e comportamentais (fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, fazer muitas críticas e evitar os pacientes e o contato visual).

O burnout parece estar associado à demanda de trabalho, à possibilidade de controle, à personalidade e aos mecanismos de enfrentamento do estresse. Pesquisa realizada pelo Australian College of Emergency Physicians com médicos australianos que atuam em emergências encontrou uma associação significativa entre os sintomas de esgotamento e o número de horas trabalhadas no Pronto-Socorro. Os médicos que trabalhavam em meio período apresentaram maior sensação de bem-estar que os que trabalhavam período integral (TAYLOR et al., 2004).

Algumas características de personalidade também estão relacionadas à síndrome. Indivíduos mais teimosos, inflexíveis e com dificuldades de adaptação estão mais suscetíveis ao burnout. A possibilidade de controlar a situação também está relacionada: quanto menor o controle, maior o nível de burnout. No que se refere aos mecanismos de enfrentamento do estresse, Potter (2006) cita dois estudos que encontraram correlação entre técnicas de enfrentamento de curto e longo prazo e os níveis de burnout. Médicos que relataram altos níveis de esgotamento emocional e despersonalização utilizavam com mais frequência métodos de curto prazo para lidar com o estresse (preparar-se para o pior, chorar, sonhar acordado, comer e dormir mais do que o habitual). Os mecanismos de enfrentamento de longo prazo mais fortemente relacionados à alta realização pessoal foram: recorrer à experiência anterior, conversar com os colegas e o uso do humor.

O burnout pode ter consequências para o profissional, tais como diminuição do desempenho profissional, interferências na vida familiar, baixa auto-estima, desmotivação, aumento de problemas de saúde e alta rotatividade de pessoal. Todos esses fatores interferem na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Revicki (1995) aponta o trabalho em unidades de emergência como fonte de estresse e burnout, devido às pressões como o tempo, a necessidade de intervenções precisas, a existência de pouca margem para dúvidas e erros, as ocorrências imprevisíveis e a ameaça constante de morte dos pacientes.

Pesquisa realizada na unidade de emergência da Loyola University of Chicago ressaltou que 25,2% dos médicos apresentavam manifestação de burnout e 23,1% planejavam abandonar esta especialidade (DOAN-WIGGINS, 1996). Segundo Rondeau, Francescutti e Zanardelli (2005), um quarto dos médicos que atuam em emergências sofrem com o burnout e um em cada cinco pretende deixar a área nos próximos cinco anos.

Existe uma crença de que os médicos de emergência possuem níveis mais elevados de burnout que médicos de outras especialidades ou do que a população em geral. Mas isso não se confirma em todas as pesquisas. Nasetta (2004) avaliou médicos que atuam em Pronto-Socorro e constatou nível médio de exaustão emocional, elevada despersonalização, porém

alto nível de envolvimento pessoal. LeBlanc e Heyworth (2007) apresentaram resultados semelhantes e verificaram que a maioria dos médicos avaliados referiu bem-estar, entusiasmo e diversão. O trabalho foi considerado desafiador, variado, excitante e com possibilidades de gratificação imediata.

O impacto da atuação em emergências na saúde do profissional é sentido também pela equipe multiprofissional. Profissionais da enfermagem (auxiliares e enfermeiros), fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos são afetados pelas condições de trabalho, pelo sofrimento e pela morte. Alguns sofrimentos relacionam-se também à especificidade da atividade ocupacional.

A enfermagem, por exemplo, vivencia uma interação intensa com pacientes e familiares e o trabalho é fisicamente muito exigente. Batista e Bianchi (2006) citam os principais fatores de estresse na atividade da enfermagem em unidades de emergência: número reduzido de funcionários, falta de respaldo institucional e profissional, carga de trabalho, necessidade de realizar tarefas em tempo reduzido, descontentamento com o trabalho, supervisão ineficiente, ambiente físico da unidade, tecnologia de equipamentos, assistência ao paciente e relacionamento com familiares. Como a rotina não pode ser previamente definida, a ansiedade aumenta e a enfermagem assume uma postura de alerta constante.

Em 2003, a equipe de Psicologia do ICHC realizou quatro encontros com a equipe de enfermagem. O trabalho foi avaliado de forma positiva e nas reuniões destacou-se uma descrição das dificuldades do trabalho em Pronto-Socorro: falta de tempo para dar mais atenção aos pacientes, rotina muito corrida e “confusa”, pressões da chefia, sobrecarga de trabalho e desgaste emocional.

Segundo Potter (2006), estudos apontam que enfermeiros do Pronto-Socorro possuem níveis mais elevados de esgotamento emocional que enfermeiros de UTI ou médicos. O estresse e o esgotamento afetam a saúde física e psíquica do enfermeiro e também sua vida familiar e social.

Como se pode observar, as experiências de sofrimento intenso marcam o cotidiano dos profissionais de forma significativa e têm um impacto na sua qualidade de vida e na qualidade da assistência que prestam ao paciente e a seus familiares.

3.2. O Paciente

Botega (2002a) afirma que as reações do paciente à doença dependem de vários fatores: personalidade, história pessoal, crenças, estado emocional, tempo e apoio que possa receber e aceitar.

A doença e a hospitalização podem levar a várias categorias de estresse psicológico: ameaça à integridade narcísica; ansiedade de separação; medo de estranhos; culpa e medo da retaliação; medo da perda de partes do corpo ou do controle de funções já adquiridas; sentimentos de autodesvalorização e medo da dor e da morte (STRAIN, 1978 apud BOTEGA, 2002a).

A hospitalização afasta o paciente de sua família, da atividade profissional, da vida social e de seus pertences, despojando-o do que o identifica. Esta despersonalização parece se intensificar quando o paciente é admitido numa UTI (SILVA, ANDREOLI, 2005; DI BIAGGI, 2001; ORLANDO, 2002). Souza (2004, p. 19) afirma que

a hospitalização na UTI, evoca no paciente a fragilidade humana e com ela a desestabilização emocional, a exacerbação dos mecanismos de defesa, inquietação, intolerância, baixa resistência à frustração e outros estímulos estressores.

O paciente que procura o Pronto-Socorro, geralmente, teve sua vida desestruturada a partir da instalação abrupta de um processo mórbido, da vivência de acidente ou de uma descompensação em casos de doenças crônicas.

O atendimento neste setor envolve a imprevisibilidade e provoca, no paciente, reações psicológicas bastante variadas, incluindo ansiedade, medo, ressentimentos, perda de autonomia e auto-domínio, sensação de estranheza, alteração da auto-estima e da imagem corporal (COPPE; MIRANDA, 2002). Segundo Moura (1996), a doença e o acidente provocam uma crise e fazem com que o sujeito entre em contato com possíveis situações de perda: perda de alguém querido (morte), perda do corpo saudável (doença) e da condição de “inteiro” (fraturas, mutilações, procedimentos cirúrgicos). Nesse momento, o paciente teme tudo aquilo que a dor possa representar, como o sofrimento e a morte – real ou simbólica. Esse medo baseia-se em dados de realidade, tais como a sensação de dor e de outros sintomas físicos, a dependência da equipe de saúde e o sentimento de impotência (COPPE, MIRANDA, 2002; SEBASTIANI, 2002b).

Assim, quando chega ao Pronto-Socorro, o paciente se vê imerso numa situação de estresse e desamparo. Em função da doença, o paciente passa de sujeito de intenções para sujeito de atenção e, de certa forma, perde sua dignidade quando deixa sua posição de *sujeito* passando a *objeto* de intervenção (MOURA, 1996). É submetido a procedimentos médicos que, embora visem sua melhora, podem adquirir um caráter ameaçador e invasivo. Assim, ele vive um momento de perda de referencial, que é acompanhado por vivências de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, profissionais e sociais (COPPE; MIRANDA, 2002).

Segundo Botega (2002a), esse sofrimento pode ser acompanhado por reações de ajustamento, como ansiedade e depressão, ou por *delirium*. Nas unidades de emergência, a condição humana se apresenta em sua forma limite e o sofrimento parece ser ainda mais intenso.

Na UTI, as reações psicológicas do paciente estão relacionadas à gravidade da doença e aos fatores ambientais do setor. O paciente fica exposto à estimulação sonora dos aparelhos, odores, iluminação artificial constante, movimentação contínua da equipe, superlotação de equipamentos e monitorização. A acomodação no ambiente físico acontece sem que sejam considerados o sexo, a idade ou a gravidade da doença. O contato social, a comunicação e mobilidade são restritos. O paciente permanece restrito ao leito e é submetido a procedimentos invasivos (SILVA, ANDREOLI, 2005; ORLANDO, 2002; HABERKORN, 2004; GRAÇAS, 2005). A privacidade é mínima e o paciente fica muito exposto, principalmente nos momentos de higiene e passagem de sondas, o que desencadeia sentimentos de mal estar, vergonha e constrangimento (PUPULIM, 2005). Além disso, presencia cenas e expressões de dor, sofrimento e desamparo, e ouve conversas sobre prognósticos ruins, que algumas vezes fantasia ser dele próprio e, em outras, realmente o são (ORLANDO, 2002; SOUZA, 2004; GRAÇAS, 2005; NASCIMENTO, 2003).

Um dos fatores mais estressantes para o paciente é o tubo, pela restrição de movimentos e principalmente pela dificuldade de comunicação (OLIVEIRA et al., 2003). São também motivos de insatisfação: a alimentação, a realização de procedimentos e a demora no atendimento, que pode ser real ou uma percepção emocional do paciente (KOIZUMI et al. apud NASCIMENTO, 2003).

Pesquisas realizadas após a alta indicam que o momento da internação na UTI é vivido de maneira emocional intensa (NASCIMENTO, 2003). Alguns pacientes afirmam não se lembrar deste período; os que se recordam, referem sensação de isolamento, insegurança, angústia, dificuldade de relação interpessoal, mal-estar, frustração e surpresa por estarem em

um ambiente nunca antes imaginado, percepção que gera medo e ansiedade. (OLIVEIRA et al., 2003; MOCAVERO et al. apud NASCIMENTO, 2003).

As informações apresentadas indicam que a doença e hospitalização nesses setores têm um impacto significativo no psiquismo do paciente e na sua vida de forma geral. Esse impacto não se restringe ao paciente e afeta também seus familiares.

3.3. A Família

A família possui um papel importante no modo como o paciente enfrenta a doença e na sua recuperação. Ela também auxilia a equipe de saúde, trazendo informações sobre o paciente, como seus hábitos e preferências (HABERKORN, 2004). Entretanto, quando o paciente adocece, adocece também sua rede de relações. O impacto da doença é sentido pela família, que pode apresentar dificuldades diversas. A maneira pela qual a família vive esse momento depende do lugar ocupado pelo paciente na família, da doença, do sentido dado a ela e de sua inscrição na história familiar (LAMANNO-ADAMO, 2002).

O adoecer ou acidentarse e a hospitalização são vivenciados como momentos de crise e mobilizam recursos de enfrentamento. Neste momento, a família passa por um período de adaptação e inicialmente não percebe suas próprias necessidades, nem as do paciente. Está confusa, procura compreender o que está acontecendo e segue em busca de informações. Mais contextualizada, passa a se preocupar com os cuidados que estão sendo dispensados ao familiar, principalmente com sua qualidade e eficácia. Finalmente, parte em busca de recursos para suprir suas próprias necessidades e as do paciente (SILVA; ANDREOLI, 2005).

Tudo o que é comum para a equipe de saúde, porque faz parte da rotina assistencial, é assustador para a família. O receio de causar danos ao paciente e equipamentos dificulta, inclusive, o estabelecimento de um contato físico.

O afastamento do ente querido, o rompimento da rotina, os problemas financeiros, a dificuldade de compreensão do diagnóstico, o ambiente desconhecido, o constante medo da morte e presenciar a dor do ente querido, são situações apontadas pelos familiares como estressantes e ansiógenas (SILVA, ANDREOLI, 2005; SOUZA, 2004; HABERKORN, 2004; URIZZI, 2005).

Para Rioseco (2003), a ansiedade e a depressão freqüentemente presentes nos familiares de pacientes internados em UTI, podem interferir na percepção quanto à qualidade da atenção e da comunicação que lhes é proporcionada.

A família precisa estar segura quanto ao tratamento que é dado ao paciente, quanto ao interesse da equipe por ele e saber que todo o possível está sendo feito em prol de sua recuperação (MORGON; GUIRARDELLO, 2004; POCHARD apud SILVA, ANDREOLI, 2005; VICTOR, 2003). Não saber a respeito do quadro clínico do paciente é ainda pior do que sabê-lo grave (BARNHILL apud HABERKORN, 2004).

Pesquisas revelam que os familiares mais satisfeitos são os que têm um médico à sua disposição, opções de tratamento apresentadas e discutidas, explicações detalhadas de procedimentos e suas conseqüências e possibilidades de opinar sobre as decisões (KIRCHHOFF et al., 2002; TILDEN apud UGARTE, 2003).

3.4. O Psicólogo

Diante de todas essas dificuldades, o trabalho do psicólogo se faz bastante oportuno. Os atendimentos são breves, focais e buscam minimizar o sofrimento de pacientes e familiares (MOURA, 1996). O psicólogo no Pronto-Socorro tem como objetivo principal incluir um olhar para a subjetividade. De certa forma, este profissional caminha na “contramão” da emergência. Não porque seu atendimento não seja urgente, mas pela sua *escuta* singular, que implica a valorização dos vínculos e a compreensão do sofrimento do paciente, de seus familiares e da equipe de saúde. Sterian (2001, p. 47) explica que

Escutar não é uma tarefa tão fácil quanto pode parecer à primeira vista. Ouvir palavras repletas de dor, angústia ou sem nexos aparentes, pode vir a ser um trabalho árduo. E, principalmente, se nos propomos a não fazer juízos críticos e a tentar desvendar o material inconsciente que se encontra por trás do discurso explícito daquele que nos demanda ajuda.

É essa escuta que permite discriminar a urgência médica e a urgência subjetiva, nesse setor atravessado pela imprevisibilidade. Permite ainda que se conheça o sujeito e que este formule uma demanda para intervenção.

Quem adoece e sofre é, antes de tudo, um sujeito e não um corpo. Logo, a fala deve ser privilegiada não como manifestação patológica que exige correção ou reposta imediata, mas como possibilidade de fazer aparecer uma outra dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda. (FIGUEIREDO, 1997, p. 43).

O psicólogo tem acesso ao paciente do instante da irrupção da crise em diante. Porém, a emergência estende-se aos períodos que precedem a crise e que lhe são consecutivos. É importante avaliar a natureza e o grau de intensidade do acontecimento na vida do indivíduo e que recursos psíquicos o paciente possui para o enfrentamento adequado da situação. Para tanto, o psicólogo precisa conseguir o máximo de informações, no menor tempo possível, com o objetivo de levantar hipóteses sobre as vivências daquele paciente, que norteiem um diagnóstico e uma proposta terapêutica (STERIAN, 2001).

Essa tarefa requer do profissional o uso total e imediato de suas habilidades. Não há tempo para esperar passivamente pelo *insight* ou pela elaboração, o que exige do psicólogo uma postura mais acolhedora e mais diretiva.

Sterian (2001) afirma que a psicoterapia de emergência é indicada para situações de dor emocional aguda e dilacerante; para circunstâncias seriamente destrutivas e para os casos que ativamente colocam em risco a vida do paciente ou de outras pessoas. É útil no tratamento de situações de crise e de dificuldades adaptativas pontuais. Além disso, pode ser preventiva, evitando que um problema pontual se transforme em uma desordem psíquica organizada.

Historicamente, a inserção da psicologia no Pronto-Socorro do ICHC é caracterizada por uma certa dificuldade dos psicólogos para atuarem no contexto emergencial. Nos anos 90 havia uma equipe de psicólogos atuando exclusivamente no Pronto-Socorro, a partir do modelo de intervenção psicológica em enfermarias. Os psicólogos apresentaram dificuldades de adaptação e o modelo de atuação mostrou-se ineficaz. Isso contribuiu para a construção de uma representação negativa do trabalho em Pronto-Socorro, que era visto como insatisfatório, não gratificante e desestimulante. Assim, o trabalho foi interrompido por quatro anos e retomado em 2002, priorizando o olhar para a equipe de enfermagem, por solicitação da própria chefia, que vinha observando altos índices de absenteísmos e afastamentos por descompensações psiquiátricas (GAVIÃO et al, 2003).

Um estudo piloto, realizado em 2004, com o objetivo de caracterizar as necessidades afetivo-emocionais dos pacientes atendidos neste setor, apontou que os pacientes apresentam muita idealização e uma demanda subjetiva, que extrapola os objetivos mais diretos de uma consulta médica emergencial. No que se refere à equipe, verificou-se que o trabalho é realmente intenso, não apenas do ponto de vista técnico, mas também emocional. Os profissionais vivem sobrecarregados, imersos na ação, sendo difícil refletir sobre a própria prática (ROSSI et al, 2004).

No que se refere às UTIs, Silva e Andreoli (2005) afirmam que o psicólogo tem como principal objetivo identificar as características de funcionamento psíquico na vigência de uma doença.

A conduta psicológica deve estar baseada na forma de o paciente entender, vivenciar e participar de seu adoecer e tratamento, considerando sua capacidade de adaptação às necessidades de mudança, promovendo apoio e orientação psicológica minimizando a ocorrência de interpretações errôneas. (BOTEGA apud SILVA; ANDREOLI, 2005, p.45).

Haberkorn (2004) enfatiza a dificuldade que permeia a atuação do psicólogo junto ao paciente impossibilitado de se comunicar. Nesses casos, o profissional precisa manejar sua própria ansiedade, para que a aflição que acomete o paciente neste momento, não interfira no seu estado clínico.

Tanto no Pronto-Socorro, como nas UTIs, pacientes, familiares e equipe de saúde exigem uma *escuta*. A interconsulta psicológica é uma modalidade de atendimento que permite considerar a demanda da equipe que solicita a intervenção psicológica e a demanda do paciente. Permite um olhar para a subjetividade em movimento.

4. OS ATORES EM CENA: A INTERCONSULTA PSICOLÓGICA

*Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as
outras.*

*Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz, há
sensações*

*Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a
própria vida. (...)*

(Fernando Pessoa)

A literatura sobre interconsulta na área de saúde mental, na maioria das vezes, aborda a interconsulta psiquiátrica e enfatiza aspectos dos médicos e da instituição que influenciam o encaminhamento de pacientes. Talvez porque esses aspectos fiquem muito mais evidentes na interconsulta do que nas outras modalidades de atendimento. “Cada interconsulta é uma verdadeira radiografia institucional, que revela aspectos não-explicitados de seu funcionamento e organização” (FERRARI et al., 1979).

Segundo De Marco (2003), a atividade de interconsulta surgiu nos Estados Unidos, na década de 1930, como resultado de uma aproximação lenta entre a medicina e a psiquiatria. Engloba atividades de consultoria aos médicos de outras especialidades, voltada à assistência dos pacientes, e atividades de ligação, que se referem ao contato com os médicos, visando ampliar seus conhecimentos sobre problemas psiquiátricos e psicossociais. Nos Estados Unidos, são mais comuns os serviços que se estruturam para oferecer apenas a consultoria. Aqueles que oferecem serviços de ligação são mais raros, pois requerem potencial humano, dinheiro e motivação.

No Brasil, o termo *interconsulta* engloba os dois tipos de atividade e sua presença é mais forte em hospitais universitários. Botega (2007) afirma que a interconsulta é desconsiderada, pois não é prevista pelo SUS e por vários convênios, o que obriga os profissionais a oferecerem “amostra grátis” de sua atuação, na tentativa de explicitar as vantagens dessa modalidade de atendimento.

A interconsulta psicológica, ou interconsulta em saúde mental, estuda os aspectos psicológicos e sociais da atividade médica hospitalar. Seus objetivos são auxiliar profissionais de outras áreas no diagnóstico e tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos ou psicossociais (situações emocionais emergentes) e intermediar a relação entre os envolvidos na situação (equipe de saúde, pacientes e familiares), facilitando a comunicação, a cooperação e a elaboração de conflitos. Assim, permite incluir um olhar para a subjetividade, na tentativa de proporcionar um cuidado que contemple todos os aspectos envolvidos no processo de adoecer (NOGUEIRA-MARTINS, 2005). Envolve, portanto, um olhar centrado no paciente e não em sua doença.

O autor afirma que a interconsulta é um recurso pedagógico importante na formação e qualificação de profissionais da área da saúde, instrumentalizando para identificar e, se possível, resolver problemas de natureza emocional. Permite ainda o desenvolvimento de pesquisas e, atualmente, os principais campos são: estudos descritivos (caracterização demográfica dos pacientes ou relatos de casos); estudos de avaliação de serviço (custo-benefício da implantação dos serviços de interconsulta); estudos diagnósticos (prevalência de distúrbios psiquiátricos nos pacientes internados em hospitais gerais) e pesquisas interdisciplinares (influência dos fatores psicossociais no processo de adoecer).

Botega (2002b), caracterizando o serviço de interconsulta psiquiátrica no Hospital das Clínicas da UNICAMP, identificou que a maioria dos pedidos parte das especialidades da Clínica Médica e descreveu as situações em que o psiquiatra é chamado:

- Avaliar o quadro mental do paciente;
- Colaborar no diagnóstico diferencial;
- Atender a casos de tentativas de suicídio;
- Prover apoio psicológico para a equipe ou para pacientes submetidos a procedimentos traumatizantes;
- Inadequação do paciente ao tratamento;
- Avaliar a possibilidade de o paciente recusar procedimentos e tratamentos médicos;
- Comunicações dolorosas;
- História pregressa de transtorno mental.

Nogueira-Martins (2005) sintetiza que os serviços de interconsulta são fundamentais em duas situações: distúrbios psiquiátricos no hospital geral e dilemas éticos. Segundo o autor, a prevalência dos distúrbios é alta, oscilando entre 15 e 80%. Os diagnósticos mais frequentes são: síndromes depressivas, estados confusionais agudos associados a patologias

orgânicas ou uso de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos, quadros demenciais, surtos psicóticos, síndromes de abstinência alcoólica e tentativas de suicídio. Como exemplos de dilemas éticos o autor cita: a resistência à intervenção cirúrgica mutiladora, necessária e impostergável; dificuldade de aderência ao tratamento (quimioterapia, hemodiálise, transfusão de sangue por motivos religiosos); solicitação de alta; óbito de familiares durante a internação; comunicações dolorosas.

Figueiredo (1997), em sua pesquisa sobre as possibilidades e limites da clínica psicanalítica nos ambulatórios da rede pública de saúde, entrevistou psicanalistas que trabalhavam com encaminhamentos das especialidades médicas. Estes destacaram os encaminhamentos mais comuns: problemas de aprendizagem e comportamento no caso de crianças e adolescentes; dificuldades clínicas com adultos resistentes a determinado tratamento, pacientes poliqueixosos, problemas psicossociais e psicossomáticos, e problemas emocionais de todo tipo, mais frequentemente ansiedade e depressão.

Embora a interconsulta apresente as vantagens de um olhar mais amplo na assistência e de incluir o ensino e a pesquisa, Botega (2002b) observa a existência de uma distância entre o número de encaminhamentos e o número dos pacientes que precisariam de atendimento psiquiátrico. Diante disso, pesquisadores investigam os motivos pelos quais alguns pacientes são encaminhados e outros, em condições tão ou mais graves, não são.

O autor afirma que as solicitações de atendimento dependem do problema clínico e da capacidade técnica e afetiva do médico em manejá-lo. Compreendido a partir de uma vertente psicodinâmica, o encaminhamento acontece sempre em situações de conflito pouco explicitado. Parece haver um certo script a ser seguido por médicos e pacientes. O paciente espera ser acolhido, examinado, diagnosticado e tratado. O médico espera que o paciente apresente um problema que ele possa tratar de forma eficaz. Quando algo foge disso, uma crise de confiança na relação médico-paciente se instala e pode levar ao encaminhamento do paciente para os profissionais “psi”. Os encaminhamentos podem acontecer quando o médico se angustia muito com a situação clínica do paciente ou quando atingem o limite de sua capacidade técnica (Botega, 2002c).

Micelli-Baptista (2003) aborda os motivos subjacentes à solicitação de interconsulta psicológica e afirma que estes podem ser avaliados a partir do âmbito individual ou do âmbito coletivo. É possível, então, identificar os motivos psicológicos inconscientes do próprio médico, ligadas à sua história pessoal, como por exemplo, a identificação. Assim como os motivos ligados ao sujeito coletivo “médico”, relacionados ao sofrimento específico de descobrir-se impotente frente a determinadas situações.

Figueiredo (1997) refere que alguns entrevistados descrevem o serviço de psicologia como “ajustador” de situações-limite que podem comprometer o bom andamento da clínica médica ou como depositário de tudo o que provoca ansiedade nos médicos. Com o avanço tecnológico da medicina, houve uma diminuição das conversas e da convivência, fazendo com que tudo aquilo que escape da dimensão tecnicista seja encaminhada aos profissionais do campo “psi”. Observa-se, portanto, que a dimensão subjetiva foi excluída da tarefa do médico. A interconsulta permite uma aproximação entre dimensão tecnicista e dimensão subjetiva, na medida em que implica o encontro de disciplinas que possuem paradigmas diferentes.

Nogueira-Martins (2005) descreve o caminho que o interconsultor deve percorrer:

1. Coleta de informações com médicos, enfermeiros, paciente, familiares e outros;
2. Elaboração de diagnósticos situacionais;
3. Devolução e assessoramento;
4. Acompanhamento diário da evolução da situação.

O diagnóstico situacional envolve a explicitação de reações psicológicas de todos os envolvidos naquela situação, naquele momento, inclusive as reações do interconsultor, que também está sujeito à transferência e contratransferência.

Cada situação clínica é singular e a resolução ou desfecho dos casos depende da própria situação e também das pessoas envolvidas nela e das relações que estabelecem consigo mesmo e com os outros (BOTEGA, 2002c). Nogueira-Martins (2005) assinala que, muitas vezes, há um predomínio de posturas rígidas e intolerantes, que configuram situações complexas e dilemáticas. As possibilidades de interferir na dinâmica institucional dependem da natureza da solicitação, da permeabilidade à reflexão psicológica, de preconceitos recíprocos entre os profissionais e da capacidade do interconsultor suportar as inúmeras frustrações inerentes a essa tarefa.

A intervenção do interconsultor pode favorecer ou dificultar sua interlocução com a equipe. Figueiredo (1997) ressalta a importância da maneira de atuar do psicólogo. Em sua pesquisa, encontrou psicólogos que se aproximam do modelo médico, numa tentativa de garantir sua inserção na instituição. Assim, nomeiam sintomas e comunicam diagnósticos precipitados, mais para prestar contas aos médicos do que para construir possibilidades de um trabalho psicanalítico na instituição.

A interconsulta permite, ao mesmo tempo, uma inserção na equipe e um certo distanciamento que possibilita uma análise mais adequada da demanda institucional. Entretanto, para uma intervenção efetiva, o interconsultor não pode assumir uma postura

onipotente. Para Figueiredo (1997, p. 168), o psicanalista deve fazer a diferença na instituição:

O psicanalista que convém no serviço público não é o inconveniente: *‘uma espinha de peixe atravessada na garganta da instituição’*, como me disse um entrevistado. Também não é aquele que convence, *‘qui convainc’*, para citar Lacan. Em francês, *con* quer dizer otário, *vainc*, que vence. Nem o *convaincu*, o convencido, otário vencido. Também não é o conveniente como um ser dócil e agradável que esconde, reativo, sua arrogância. O psicanalista que convém, convive. E o faz através do jogo, nada fácil, da política institucional da qual está livre em seu consultório. Conviver, *‘viver com’*, é atravessar esse jogo em que o psicanalista faz de sua diferença uma especificidade e não uma especialidade. O psicanalista não é especial, é específico. Só assim ele convém.

5. OBJETIVO

Descrever o serviço de Interconsulta psicológica nas unidades de Emergências Médicas (Pronto-Socorro e UTIs) do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, enfocando as intervenções junto ao paciente encaminhado e junto ao profissional solicitante.

6. CASUÍSTICA E MÉTODO

“[...] mas onde houver pessoas, e não máquinas, o técnico precisa estudar a forma como as pessoas vivem, pensam e crescem ao longo de suas experiências”

Winnicott (1957/2002, p. 71).

6.1. Sobre os sujeitos:

Foram sujeitos dessa pesquisa pacientes e profissionais de saúde atendidos por interconsulta psicológica no Pronto-Socorro e em duas UTIs do Instituto Central do Hospital das Clínicas – FMUSP em 2007. A escolha dos casos baseou-se na sua representatividade das características inerentes a esse contexto, a saber: a imprevisibilidade, a morte inesperada, a vivência de sofrimentos físicos e psíquicos intensos e a discriminação entre a urgência médica e a urgência subjetiva. Foram avaliados cinco casos em que a intervenção psicológica junto à equipe mostrou-se significativa. Em dois deles, esta intervenção envolveu apenas o médico solicitante; nos outros três, envolveu também enfermeiros, auxiliares e assistentes sociais. O procedimento da interconsulta seguiu os passos descritos por Nogueira-Martins (2005): coleta de informações com profissionais, pacientes e familiares; elaboração de diagnósticos situacionais; devolução e assessoramento. Os casos foram descritos a partir da intervenção psicológica e os nomes utilizados são fictícios a fim de preservar a identidade do paciente.

6.2. Sobre o método:

O estudo utilizou o método de pesquisa clínico-qualitativa descrito por Turato (2003) e as análises dos casos basearam-se no referencial psicanalítico freudiano. Foram relatadas intervenções realizadas junto a pacientes e profissionais, que permitiram desvendar a singularidade do sofrimento de cada sujeito. Segundo Bleger (1989, p. 169) “não se pode chegar a uma ciência do homem sem o homem. Sem o homem estudado e sem o homem que estuda”. Desta forma, foram considerados não só o sofrimento de cada sujeito, como as intervenções da psicóloga.

No método clínico-qualitativo, o pesquisador coleta seus dados no ambiente natural do sujeito. Nesse campo ele observa os fenômenos, buscando identificar seus sentidos e significados, e o processo de pesquisa é mais valorizado que o produto final.

Um dos aspectos importantes do método clínico-qualitativo é a consideração dos elementos teóricos e práticos como ponto de partida. “As estratégias metodológicas que não dissociam a produção do saber de sua aplicabilidade prática são um ponto fundamental e distintivo de toda pesquisa que se quer clínica” (AIELLO-VAISBERG; MACHADO; AMBROSIO, 2003, p.10)

Safra (2001) observa que mesmo que as investigações em psicanálise não se efetivem pelo controle de variáveis, como nas utilizadas metodologias que elegem a dicotomia sujeito-objeto, o rigor metodológico é revelado pela fidelidade a um paradigma, um vértice epistemológico que norteia a prática da investigação psicanalítica.

7. GRITOS E SUSSURROS: A INTERCONSULTA PSICOLÓGICA NAS UNIDADES DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS DO ICHC – FMUSP

7.1. Sobre a morte...

“É o real irrepresentável da morte referida a si mesmo o que não pode ser processado”

Fuks (2000) apud Sterian (2001)

Lidar com a morte é uma das tarefas mais difíceis da atividade médica. Há sofrimentos relacionados à tarefa de cuidar do paciente em processo de morte e outros, relacionados à necessidade de comunicar seus familiares quando ela acontece. Os dois casos apresentados a seguir referem-se ao enfrentamento da morte. No primeiro caso, a morte inesperada de uma criança precisa ser comunicada à mãe. No outro, a médica residente solicita suporte para um paciente em cuidados paliativos, cuja morte é iminente.

7.1.1. A dor que não tem nome

Ana, 4 anos, é trazida pelo resgate ao Pronto-Socorro, após cair de seu apartamento, que fica no quarto andar do edifício. Os médicos realizam o primeiro atendimento, tentam estabilizá-la, mas o caso é muito grave e fica evidente que a morte é apenas uma questão de tempo. A mãe foi convocada e estava a caminho do hospital quando o médico residente da Cirurgia Geral solicitou que eu comparecesse ao Pronto-Socorro. O médico me explicou o caso e pediu que eu estivesse presente quando ele fosse conversar com a mãe, já que esta estava grávida de sete meses. Visivelmente preocupado, me pergunta como deve dizer que a criança vai morrer. Explico que não precisa falar exatamente com essas palavras, mas enfatizar a gravidade do caso e não alimentar falsas esperanças. O mais importante seria garantir o acolhimento da mãe. Ela precisava saber que a equipe mobilizava todos os esforços para oferecer os cuidados possíveis naquele momento.

A morte da criança é a menos tolerada de todas as mortes. A intolerância é ainda maior quando a criança era saudável e subitamente se envolve em um acidente. Perder um filho é uma dor que não tem nome. Quem perde o cônjuge, é viúvo; quem perde os pais,

órfão; mas quem perde um filho é o que? Não há palavra que nomeie essa dor. Comunicar à família esse tipo de acontecimento é como explodir uma bomba, cujos efeitos serão sentidos para sempre. Há alteração na estrutura e dinâmica familiar, dor, saudade, raiva e culpa. O médico sabia disso e estava temeroso quanto à reação da mãe. Afinal, ela estava grávida e poderia passar mal ou mesmo entrar em trabalho de parto. Apontei que ela não estaria sozinha e que, se algo acontecesse, ela seria socorrida, já que estava em um hospital.

Quando a mãe chegou, fomos encontrá-la antes que ela pudesse entrar. O médico se apresentou, me apresentou e descreveu o estado clínico da criança, enfatizando que era grave e enumerando ferimentos e traumatismos. Foi cuidadoso com as palavras e a mãe parecia fazer um esforço para tentar compreender. Foi então que, depois de toda a explicação, a mãe perguntou: *“mas ela vai ficar bem, né doutor?”*. O médico engasgou e eu respondi que nós não poderíamos garantir isso, mas que estávamos fazendo tudo o que era possível. Perguntei se ela gostaria de entrar na sala de emergência para ver a filha e ela disse que sim. Levei-a para a sala, consegui uma cadeira e nos sentamos ao lado da maca. Com olhar de pesar ela disse *“parece que ela está dormindo, nem parece tão grave como o doutor falou”*. Contou que no horário do acidente a filha deveria estar na escola. *“A tia da creche falou que ela estava com piolho e pediu para não levá-la hoje. Eu olhei a cabeça dela quando cheguei em casa. Não achei nada, nem lêndeia, mas como a tia pediu pra não levar, eu não levei. Ela ficou com uma senhora que sempre olha meus filhos quando preciso. Nunca aconteceu nada... E eu já falei tantas vezes para o meu marido que tinha que colocar tela naquelas janelas... eu falei tanto... e agora isso”*. A mãe procurava justificativas e culpados para a situação, talvez numa tentativa de aliviar a própria culpa, pois não havia conseguido proteger sua filha desse acidente. Apontei isso e disse que entender o porquê ou encontrar o culpado não aliviaria sua tristeza, sua dor ou sua culpa. Enfatizei ainda que ela estava sendo uma boa mãe, tentando seguir as determinações da escola e trabalhando para garantir o cuidado dos filhos.

Olhando para a criança, perguntou para que servia o cobertor rosa. Explico que é para mantê-la aquecida. Ela colocou a mão sob o cobertor e disse: *“Ela já está gelada”*. Só então pareceu compreender a real gravidade do caso e considerar a possibilidade de morte.

Ao sair da sala, ela correu ao encontro de seu irmão, o abraçou e chorou copiosamente, dizendo que a filha morreria. O irmão tentava consolá-la, pedia para ter fé, mas ela dizia: *“Ela já está gelada!”*.

O médico, na manhã seguinte, informa que o óbito ocorreu por volta de uma hora da manhã. Agradece a intervenção e afirma que foi importante poder contar com meu suporte naquele momento.

Orientei quanto à forma de falar, funcionei como ego auxiliar no momento da comunicação, fazendo a mediação, assegurei que nada de tão terrível poderia acontecer que nós não pudéssemos cuidar e dividi com ele o acolhimento da mãe, fazendo com que o fardo ficasse mais leve.

7.1.2. Quem tem medo do lobo mau?

*“Só uma coisa me apavora
A esta hora, a toda a hora:
É que verei a morte frente a frente
Inevitavelmente
Ah, este horror como poder dizer!
Não lhe poder fugir.
Não podê-lo esquecer.”*

Pessoa apud Galhoz (2005)

Paulo, 51 anos, havia recebido o diagnóstico de tumor cerebral há cerca de 2 anos. Com tratamento cirúrgico e quimioterapia o tumor regrediu e Paulo continuou sua vida, até sentir-se mal novamente e procurar o Pronto-Socorro. Na avaliação os médicos diagnosticaram a recidiva do tumor e internaram o paciente para outras investigações e tratamento.

Quando recebi o pedido de interconsulta, o paciente estava na enfermaria de retaguarda do Pronto-Socorro, onde os médicos já haviam diagnosticado metástases pulmonares e iniciado o tratamento em cuidados paliativos. O pedido descrevia o diagnóstico e solicitava “avaliação e acompanhamento para terminalidade”. Antes de falar com o paciente, conversei com a médica residente da Clínica Médica que havia feito o pedido. Questionei o que ela havia observado e o que o paciente sabia de seu diagnóstico. Ela disse que ele parecia bem, mas se emocionava facilmente. Referiu que ele havia sido informado sobre o diagnóstico e o tratamento, embora não soubesse dizer o quanto o paciente havia entendido.

Ao avaliar o paciente, encontrei um senhor receptivo, simpático e sereno. Ele me contou a trajetória de seu tratamento, desde o início da doença, demonstrando um conhecimento adequado do quadro clínico. E, sim, Paulo sabia que sua doença não tinha cura. Conversou abertamente sobre a morte, usando sua crença religiosa como suporte. Disse: “eu

não posso dizer que estou preparado, porque acho que ninguém está preparado para a morte, né? Mas estou tranquilo. Sou kardecista e para mim a morte não existe, não é o fim, é só uma passagem". Além disso, falou sobre sua história, sobre tudo o que conquistara na vida e sobre o apoio significativo que recebia da família. Quando há do que se despedir, parece mais fácil enfrentar a morte. Apresentou algumas queixas relacionadas ao fato de estar em um hospital-escola e servir como objeto de estudo – “cobaia”. Porém, em nenhum momento referiu qualquer problema com relação à terminalidade.

Após a avaliação, fui conversar com a médica. Enquanto eu falava sobre o caso, ela teve um insight: *“acho que quem não está lidando bem com a morte dele sou eu”*. Apontei que era realmente muito difícil lidar com a morte: a morte do outro nos lembra de nossa própria finitude e provoca sentimentos de impotência. Ela concordou e disse: *“por isso que a gente tem que fazer terapia!”*. Concordei. *“Acho que nem precisava ter te chamado então”*. Respondi: *“Precisava, porque ele apresenta um sofrimento relacionado a outras questões. Além disso, é importante que o paciente possa ter com quem falar abertamente sobre o processo de morrer. E eu prefiro que vocês me chamem sempre. Acho melhor avaliar o paciente e concluir que ele não precisa de seguimento, do que correr o risco de não atender quem precisa”*.

7.2. Emergência Médica X Emergência Subjetiva

“A urgência de um sujeito tem a ver com sua abolição enquanto tal, enquanto sujeito da linguagem, porém fora do discurso, distanciado de uma instância simbólica que o normatize”.

Casaburi (1994) apud Steria (2001)

No Pronto-Socorro e nas UTIs encontramos pacientes que vivenciam emergências subjetivas que nem sempre coincidem com as emergências médicas. Os casos seguintes ilustram vivências de emergências subjetivas, que interferem na relação médico-paciente.

7.2.1. A (im)potência frente ao paciente

Mariana, 42 anos, procurou o Pronto-Socorro pois apresentava inchaço e dores abdominais. O diagnóstico foi de mioma no útero, que exigia intervenção cirúrgica, mas não

havia urgência. Assim, a médica residente medicou para a dor e informou que daria alta, com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. A paciente recusou-se a ir embora receber o tratamento e ficou agressiva, ameaçando chamar a imprensa. A médica tentou explicar o caso, mas a paciente *“não queria entender”*. Enfermeiros, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais tentaram intervir, mas não conseguiram convencê-la a aceitar a conduta médica. Quando nada parece dar certo, é melhor chamar a psicóloga. A assistente social solicitou que eu conversasse com a paciente. Ao me explicar o caso, referiu que a situação estava causando um grande mal-estar e ninguém mais sabia como resolver.

Ao me apresentar para a paciente, a primeira coisa que ela disse foi: *“eu não vou embora. Você não vai me convencer a ir embora. Pode vir o papa, psicóloga, qualquer um, eu não vou!”*. Eu perguntei: *“Mas quem disse que eu vim aqui para te convencer a ir embora?”*. Aos poucos, com o manejo da resistência, a paciente contou sua história de vida. Estudante de odontologia em Minas Gerais, havia conseguido uma transferência para uma universidade mais barata em São Paulo. Deixou sua casa e filhos e veio morar em um pensionato. Estava na cidade há menos de um mês quando as dores começaram. Disse que tudo foi muito difícil para ela, que já tinha feito de tudo na vida, menos se prostituir. Há dois anos, sofreu um grave acidente de carro, que a obrigou a ficar quase um ano sem estudar. Nesta internação disse que se sentiu desamparada, injustiçada e que foi ameaçada pela médica *“Ela falou que se tivesse que me operar iria me mutilar. Ninguém vai me mutilar. Conheço meus direitos”*. Mostrou-se preocupada com a doença *“minha barriga está enorme e eu sinto dor”*. Procurei oferecer continência à sua angústia e garanti que ninguém a mandaria embora, antes de tentarmos resolver a situação.

Quando terminei de atender, sentei no posto da enfermagem para registrar o atendimento no prontuário da paciente. Uma auxiliar de enfermagem sentou ao meu lado e disse ter ficado muito mobilizada *“pois a médica falou mesmo que ia cortar toda a barriga dela. Você acha? Falar isso para a paciente?”*. Novamente o holding foi necessário e apontei o quanto ela se sentia impotente, pois parecia querer ajudar, mas não tinha autonomia para tal.

Encontrei a médica, que demonstrou alívio pela intervenção psicológica. Irritada, reclamou da paciente, explicou-me que o que ela tinha não era grave e podia esperar uma cirurgia eletiva: *“O mioma dela tem 9 cm, já vi miomas de 30 cm, que a paciente fica parecendo grávida, com uma barriga enorme!”*. Apontei que a médica parecia bastante irritada com a paciente. Ela disse: *“Eu não vou mentir. Fiquei mesmo e fui até um pouco grossa com ela. Porque ela fica questionando a conduta e eu sei o que estou fazendo”*. Procurei acolher sua irritação, mas apontei que ela estava sentindo a agressão como algo pessoal, um questionamento à sua competência profissional, o que não era exatamente o caso.

Expliquei a história de vida da paciente e o quanto ela se sentia desamparada, ameaçada e injustiçada. Assim, sua agressão era dirigida à médica, mas não se referia apenas a ela. Perguntei se a médica havia conseguido conversar sobre a conduta com a paciente, explicitando os motivos do encaminhamento. Ela disse que havia explicado, mas que a paciente não queria entender e complementou: *“Até tentei convencê-la dizendo que no ambulatório a cirurgia seria realizada por vídeo, com três incisões pequenas e que no Pronto-Socorro nós não temos esse recurso e ela teria um corte grande na barriga. Mas não adiantou”*. Eu disse que entendia o ponto de vista da médica, porque nossa referência é outra: sabemos que existem casos muito mais graves que o dela. Expliquei que a paciente falava de outra urgência, que era subjetiva. Contei sobre a interrupção na sua vida quando sofreu o acidente automobilístico e enfatizei que ela tinha medo de passar por essa situação novamente. A médica entendeu, mas ainda achava que a paciente poderia esperar pela cirurgia ambulatorial, que seria agendada para sete meses depois. Eu disse que a doença poderia sim esperar; quem não poderia esperar era a paciente. Continuei: *“ela não aguenta esperar pela cirurgia e você não agüenta mais esperar pela alta”*. Ela concordou, dizendo que não tinha mais nenhuma vontade de falar com a paciente. Eu disse que entendia, porque sabia que ela tinha se sentido agredida, mas que parte da raiva da paciente era uma projeção da raiva da vida. Já mais calma, a médica agradeceu e disse que discutiria com o médico assistente uma alternativa melhor para a paciente. Determinaram que ela seria transferida para um hospital auxiliar do Hospital das Clínicas, onde a cirurgia seria realizada.

Acompanhei a médica no momento em que ela foi informar a paciente sobre a transferência. A paciente agradeceu e quando a médica saiu, ela começou a chorar e a me agradecer, dizendo que eu fui um anjo, que se não fosse por mim, ela já estaria na rua. Eu disse que a equipe toda havia se mobilizado para resolver a situação, que eu só havia tentado dividir com ela sua angústia e ajudar na comunicação entre ela e a médica.

Depois de tudo, fui falar com a assistente social, já que havia sido ela a primeira a solicitar o atendimento. Contei sobre a resolução do caso e ela ficou bastante aliviada.

Esse é um caso em que a impotência atingiu a todos da equipe. A maior dificuldade é que todos chegavam para conversar com a paciente tentando explicar a situação, como se a reação dela tivesse a ver apenas com uma compreensão cognitiva. A verdadeira dificuldade da paciente residia no aspecto afetivo e na reedição do sentimento de injustiça que sentiu a vida toda.

7.2.2. A “batata quente” que alguém pôde segurar

Júlia, 31 anos, teve pré-eclampsia na gestação do primeiro filho e precisou ser hospitalizada. Com o quadro grave, diversas iatrogenias e a amputação da perna após o parto, foi transferida para a UTI. Desde o início, mostrou-se extremamente solicitante. Chamava qualquer profissional da equipe que passava próximo ao seu leito. Se ninguém estava perto, ela chamava mesmo assim. Cada hora pedia uma coisa. E esse comportamento começou a atrapalhar a rotina dos profissionais. Afinal, paciente precisa ter paciência e ser passivo. Os profissionais começaram a considerar a paciente chata, se irritavam e evitavam passar próximo dela. Quando ela chamava, a resposta era “*só um minuto, já vou até aí*”, mas demoravam o máximo que podiam.

Fui chamada quando ninguém mais agüentava atender suas solicitações. A equipe percebia que qualquer motivo era usado como desculpa para falar com alguém e concluíram que “*ela só quer chamar a atenção*”.

Durante o atendimento (que durou mais de uma hora) a paciente falou sobre toda sua história de vida, desde a infância, permeada por perdas e abandonos até a vivência da gravidez, do adoecimento e da hospitalização.

Quando começamos a conversar, Júlia chamou a enfermeira que passava em frente ao seu leito e pediu água. Mal acabou de falar com a enfermeira, viu o médico passando e o chamou também. Brinquei: “*Assim vou ter que pegar uma senha para falar com você. Você quer todo mundo ao mesmo tempo?*”. Nesse momento, o médico, entrando na brincadeira, disse “*Então vamos resolver já esse problema*” e fechou as cortinas em volta do leito. Enquanto ele fazia isso, Júlia entrou em desespero; chorava e pedia, por favor, que ele não fizesse isso. Eu disse que ela não precisava desse desespero, porque não estava sozinha: “*Eu vou ficar aqui com você e, assim que terminarmos, abro as cortinas*”. Procurei acolher o seu choro e comecei a investigar os motivos daquela reação, que me pareceu tão desproporcional à situação. Ela falou da infância vivida no Nordeste enfatizando o carinho que a mãe tinha pelos filhos. “*Minha mãe era parecida com você*”. Nesse momento, provavelmente pelo acolhimento inicial, realiza uma transferência materna comigo. Contou que a mãe faleceu quando ela tinha 10 anos e lembrou-se de que no velório os parentes discutiam sobre quem ficaria com as crianças e ninguém queria ficar com ela – “*Eu era a batata quente que ninguém queria segurar*”. Ficou um tempo na casa da avó, depois com uma tia – onde foi abusada pelo tio – e depois voltou para a casa da avó. Veio para São Paulo, conheceu seu marido, que fazia com que ela se sentisse a única mulher do mundo. A gravidez não foi planejada, mas foi bem recebida e no início tudo corria bem. Até o sétimo mês, quando ela de

repente percebeu que, quando o bebê nascesse, ele seria o centro das atenções de todos. Nesse momento, Julia adoeceu.

No hospital encontrou uma equipe que reproduziu sua história de rejeição e abandono. Ninguém queria ficar perto dela... Além do holding, essas interpretações foram feitas e a paciente pôde compreender que a atenção da equipe sempre pareceria insuficiente, já que ela solicitava deles um acolhimento que gostaria de ter recebido da mãe. Percebeu que os cuidados eram oferecidos e que não ser atendida prontamente por todos não significava uma rejeição. Que o que sentia nessas horas era a reedição de uma vivência que ocorreu num momento precoce do desenvolvimento.

Ao relatar o caso para o médico solicitante, ele perguntou: “*como você descobre essas coisas?*”. Respondi que minha escuta procura por sentidos escondidos no discurso da paciente. Esclareci o que acontecia também para a enfermagem, que percebeu que as solicitações não eram apenas para chamar a atenção, mas um pedido de acolhimento. Ao entender, deixaram de fugir dela. Ao mesmo tempo, ela parou de solicitar tanto.

7.2.3. Quando a intervenção vira interferência

Felipe, 9 anos, estava internado na UTI, há cerca de 2 meses. Ele sofreu um acidente enquanto brincava no quintal da casa de seus pais. Um caminhão que estava ali estacionado, desceu e o prendeu contra a parede. Felipe sofreu esmagamento da pelve, desarticulação da perna direita, fratura na perna do fêmur esquerdo (com fixador externo) e usava bolsa de colostomia e cistostomia.

Todos os dias, quando eu passava pela UTI, alguém da equipe perguntava se eu estava atendendo a criança. Explicava que os pais eram atendidos pela aprimorada da psicologia desde os primeiros dias de internação, mas Felipe recusava-se a conversar. Passava todo o tempo que podia jogando mini-game. Como supervisora, orientei a aprimorada a se aproximar da criança, utilizando como recurso seu próprio brinquedo. Mas, por algum motivo que não ficou bem esclarecido, o encontro terapêutico não ocorreu. Quando ouvi os gritos e o choro do paciente durante o procedimento que incluía o banho e o curativo, resolvi intervir.

Num primeiro momento aproveitei para observar a dinâmica do procedimento. O paciente chorava, gritava, dizia que estava doendo e pedia para pararem “*por favor*”. As auxiliares de enfermagem mostravam-se angustiadas, demonstravam pena, tentavam fazê-lo parar de chorar dizendo que “*ali não dói*” ou que “*já está acabando*”. Assim que o banho terminou, o paciente ficou retraído e evitou contato visual com todas elas.

A mãe, que esperava fora da unidade a pedido da enfermagem, foi chamada e abraçou o filho, que silenciosamente derramou mais algumas lágrimas. Eu já havia me apresentado para ele em outra ocasião e, de vez em quando, fazia alguma brincadeira quando passava ao lado do seu leito. Dessa vez, devagar me aproximei e disse que tinha observado seu sofrimento durante o banho. *“Doeu muito?”* – perguntei. Ele acenou com a cabeça que sim. Então eu disse: *“Ah, deixa essa dor aparecer aqui na minha frente, cara a cara, que eu vou acabar com ela! Olha que eu sou grande hein?”*. Ele sorriu e disse que estava triste porque as pessoas não acreditavam que ele sentia dor. Perguntei porque ele achava isso. *“Porque elas ficam falando que a dor é psicológica, que eu não preciso gritar porque não tá doendo. Mas dói muito”*.

A mãe conta que, no início, ela acompanhava o procedimento, mas as enfermeiras disseram que ele ficava manhoso na presença dela. Então solicitaram que ela aguardasse fora da unidade nesse momento.

Eu disse que acreditava que ele sentia dor e que só ele poderia dizer o local e a intensidade dessa dor. Mas que eu sabia que também era difícil para as enfermeiras perceberem que o trabalho delas causava dor. Expliquei que a dor não era psicológica, mas que algumas coisas interferiam na percepção da dor. Perguntei se na hora do banho ele ficava nervoso ou com medo e ele acenou que sim. Eu disse: *“Sabia que quando a gente está nervoso, muito triste ou com medo a gente sente mais a dor?”*. Conversei também sobre o que sentia quando olhava para seu corpo, já que a hora do banho era o único momento em que o paciente via seu corpo mutilado. Felipe respondeu: *“Eu não gosto de olhar”*. Expliquei que todos esses fatores faziam com que ele sentisse a dor mais intensamente.

E o atendimento seguiu: Felipe disse que às vezes pensava no acidente e que não sabia porque isso tinha acontecido com ele. Contou que tinha medo de como ia ser depois, de não conseguir sentar, de não andar nunca mais, de sofrer com as piadas dos amigos. Falou sobre sua morte simbólica e sobre o medo da vida que ainda restara.

Procurei a enfermeira-chefe da UTI, que se mostrou bastante mobilizada com o caso. Afirmou que cuidar do Felipe era uma tarefa muito pesada; que ninguém agüentava mais. Disse que a hora do banho e curativo era o momento mais estressante do dia na unidade, não só para os que estavam diretamente com ele, mas para todos que ouviam seus gritos. Explicou que a decisão de tirar a mãe do procedimento foi tomada pela observação de enfermeiros de que, na presença da mãe, ele fazia *“manha”*. Tive vontade de dizer que manha era o que o filho dela fazia quando queria alguma coisa que ela não queria dar. Não disse. Falei sobre a dor e os comentários da enfermagem, explicando que eu sabia que elas diziam aquilo para tentar desviar a atenção do paciente da dor ou magicamente convencê-lo de que a dor é só

imaginada. Mas isso tinha um impacto negativo para o paciente, que não se sentia compreendido por aqueles que eram responsáveis pelo seu cuidado. Apontei ainda que a presença da mãe era importante e beneficiaria o paciente, mas ela decidiu que a mãe continuaria fora. Perguntei se eu poderia acompanhar o procedimento, com o objetivo de ajudar o paciente a discriminar os fatores emocionais envolvidos na percepção da dor e fortalecê-lo, além de ter dados para conversar depois com a enfermagem oferecendo acolhimento e orientando quanto à percepção da dor.

No primeiro procedimento que acompanhei, me coloquei ao lado da cabeceira da cama e segurei a mão do paciente. Procurei fortalecer seus recursos de enfrentamento e facilitar a expressão dos seus sentimentos. A enfermagem pareceu meio “tímida” com minha presença. Mesmo assim, tentavam brincar com ele e diziam repetidas vezes, desde o começo, que já estava acabando. No momento do curativo, o choro ficou mais intenso e uma enfermeira veio do posto da enfermagem para ver o que estava acontecendo e disse: “*Ah, Felipe, aí não dói*”. Nesse momento não consegui me conter. Na transferência, o paciente pedia proteção. Contra-transferencialmente reagi, dizendo “*Será? Acho que o Felipe é a melhor pessoa para nos dizer onde dói...*”. Ela repetiu: “*Mas aí não dói*”. Fiquei imaginando quantas vezes a pelve daquela enfermeira havia sido esmagada daquela maneira, ficando ferida em toda a sua extensão, para ela saber que ali não doía. Mas ela não tinha vivenciado nenhuma situação parecida. E mesmo que tivesse: a percepção da dor continua sendo subjetiva, ou seja, independentemente do estímulo ou ferimento, a percepção da intensidade da dor vai depender de cada pessoa.

No momento em que ele seria colocado em decúbito lateral, Felipe agarrou-se à cama. Procurei ajudá-lo, dizendo que se ele se soltasse e tentasse ajudar na hora do impulso a dor poderia ser menor. Pedi que abraçasse a auxiliar e ajudasse no impulso. Tentei mostrar que a participação dele era importante e que desta maneira ele não se sentiria completamente à mercê da equipe.

Ao término do procedimento, tentei me aproximar da enfermagem, dizendo que eu imaginava o quanto era pesado cuidar daquele paciente. Apenas uma delas conversou comigo, dizendo que sentia muita pena dele, mas que achava que com a minha presença ele tinha ficado mais seguro.

Felipe referiu ter sido mais fácil enfrentar o procedimento com a minha ajuda e a mãe demonstrou alívio por ter agora uma representante do cuidado emocional junto ao filho.

Nos dias seguintes, acompanhei outros dois procedimentos. Em um deles, o paciente me avisou que ainda não tinha tomado a morfina (medicação prescrita para aliviar a dor que deveria ser ministrada antes do banho). Com os materiais arrumados ao redor do leito e

profissionais a postos, perguntei se ele já havia tomado a medicação. Avisaram que alguém já estava trazendo. Em outro, quando o banho havia terminado, o paciente chorando dizia: *“você são chatas!”*. Uma auxiliar acariciou seu rosto pedindo que não ficasse bravo com ela, senão ela ficaria triste, porque o amava muito. Quando tentei conversar, ela se esquivou e continuou fazendo suas tarefas. Minha intenção era oferecer uma escuta para sua angústia e apontar que a raiva de Felipe, embora fosse dirigida a ela, não era algo pessoal. Mas isso não foi possível.

No dia seguinte, a enfermeira-chefe me chamou e disse que a enfermagem havia se queixado, dizendo que eu estava interferindo no procedimento. Justifiquei minhas intervenções e esclareci que a “interferência” tinha o objetivo de minimizar o sofrimento do paciente e oferecer uma possibilidade de diálogo, que os profissionais não conseguiram aproveitar. *“Mas se está incomodando e causando um mal-estar na equipe eu posso rever minha conduta, pois o objetivo não era esse. Eu não tenho problemas em rever a conduta, mas seria bom que cada profissional pudesse fazer o mesmo”*. Combinei então que eu não teria mais uma postura diretiva com relação à enfermagem, mas continuaria à disposição de quem quisesse conversar sobre o caso. Além disso, negocieei uma troca: eu não acompanharia o procedimento, mas a mãe deveria fazê-lo, já que o paciente referiu sentir-se mais seguro com o acolhimento de alguém importante para ele.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos apresentados ilustram situações em que a angústia não pode ser contida. Quando se trata da equipe, os sentimentos mobilizados não podem ser contidos, mas também não podem aparecer em sua forma original. Afinal, espera-se que o profissional de saúde seja “equilibrado”. Embora exista uma tentativa de excluir a subjetividade, ela sempre está presente, já que a relação médico-paciente é constituída por dois sujeitos. Como afirma Botega (2002c), a intervenção do interconsultor acontece num espaço de relações interpessoais. O psicólogo interconsultor volta seu olhar para aspectos subjetivos envolvidos na relação médico-paciente, que interferem no tratamento de forma geral.

Nas intervenções relatadas, o objetivo primordial da psicóloga foi dar lugar para a subjetividade das pessoas presentes nesse contexto marcado por emergências médicas. E, ao fazê-lo, discriminar a urgência médica e a subjetiva, para atuar sobre a segunda. Afinal, a conduta deve ser baseada na forma como o paciente entende e vivencia sua doença e hospitalização (BOTEGA apud SILVA; ANDREOLI, 2005).

Quanto à conduta, fica evidente a importância de conversar com o profissional solicitante antes de conversar com o paciente. O pedido escrito é muitas vezes lacônico e muito geral, como no caso de Paulo: “*avaliar e acompanhar a terminalidade*”. O que a médica observou no paciente que desencadeou tal pedido? O paciente sabe que vai morrer? O que a médica realmente espera da atuação do psicólogo? É sabido que o encaminhamento para os profissionais “psi” acontece quando o médico ou outros profissionais da equipe se angustiam com a situação do paciente ou quando a situação ultrapassa o limite de sua capacidade técnica (NOGUEIRA-MARTINS, 2005; BOTEGA, 2002c). Mas o que causou a angústia do profissional? O que ultrapassou seu limite? E ultrapassou só o limite técnico? É a escuta do discurso – verbal e não escrito – do profissional solicitante que permitirá que o psicólogo responda essas questões. A fala singulariza o pedido. A partir daí é possível planejar a intervenção.

No caso de Ana, o pedido era de apoio. O médico, mobilizado com a morte da criança, solicitou suporte para enfrentar o sofrimento da mãe. A formação médica enfatiza o cuidado, o alívio da dor, a cura de doenças e a evitação ou adiamento da morte. Quando isso não é possível, a sensação de impotência é enorme. Além de não conseguir salvar a criança, o médico precisava assumir sua impotência diante da família e, ao invés de aliviar a dor, causar um sofrimento ao informar a notícia. Informar de uma dor que não tem nome. A mãe de Ana, inesperadamente e abruptamente, perdeu sua filha e seu lugar de mãe. Invasa pela urgência que não pode ser nomeada ou simbolizada é tomada por angústia e desamparo. Sentimentos

que o médico sentia que não poderia suportar sozinho. Buscou orientação sobre a melhor forma de falar com a mãe. Entendeu que essa fala não a protegeria do sofrimento, mas poderia ser acolhedora. Teve uma postura adequada no contato com a mãe, mas foi surpreendido pela pergunta: “*mas ela vai ficar bem, né doutor?*”. Nesse momento, percebi sua angústia. Eu havia dito que ele não deveria alimentar falsas esperanças. Como ele poderia responder? Nesse momento, minha intervenção foi de mediação da relação, tentando facilitar a comunicação. Nogueira-Martins (2005) afirma que os profissionais de saúde mental são chamados a atuar em situações de comunicações dolorosas. Estas mobilizam uma série de mecanismos de defesa, a começar pela negação, como ficou evidente no questionamento da mãe e na fala “*parece que ela está dormindo, nem parece tão grave como o doutor falou*”. Outro mecanismo utilizado pela mãe foi a racionalização, ela formulava explicações para o acidente, numa tentativa de não entrar em contato com a angústia provocada pela possibilidade de morte da filha. Essa angústia só pôde ser sentida mais intensamente quando a mãe tocou a filha e percebeu que sua temperatura estava baixa. Os dados de realidade embasavam concretamente o seu medo e a sua dor (COPPE; MIRANDA, 2002; SEBASTIANI, 2002b).

Quando se perde alguém, o mais importante é saber que não está sozinho e poder expressar seus sentimentos, sem medo de julgamentos. A escuta singular do psicólogo permite que isso aconteça (STERIAN, 2001). Para o médico, o alívio foi saber que alguém conseguiu acolher a dor da mãe. Se ele fica impotente frente à morte, chama alguém que ele supõe não ficar.

E quando se sabe que vai morrer? O que é necessário? Só o paciente pode dizer, já que a vivência do processo de morte, assim como o de adoecer, depende de fatores como a personalidade, as crenças, o estado emocional, o apoio que possa receber e aceitar e da história na vida (BOTEGA, 2002a). Assim, cada paciente norteará a conduta. Nem todo paciente em cuidados paliativos quer conversar sobre a morte. Paulo queria falar da vida, de tudo o que construiu, das relações significativas com a família e amigos. Apoiado em suas crenças, dizia que a morte não era o fim, portanto não era uma ameaça. Não para ele, mas era para alguém, porque o pedido de consulta solicitava acompanhamento para a terminalidade. Nesse caso, não precisei de grandes interpretações para que a médica percebesse que a demanda era dela. Daí a importância da devolução. Ao informar que o paciente lidava bem com isso, ela concluiu que a preocupação e a dificuldade de lidar com a morte eram dela. Num movimento defensivo, disse, rindo: “*por isso que a gente tem que fazer terapia!*”. Contou que já fazia terapia, como quem dizia que eu não precisava cuidar daquilo. Mesmo assim, comentei sobre a impotência e a dificuldade de lidar com a morte, enfatizando que

todos os profissionais de saúde eram, em maior ou menor grau, atingidos por esses sentimentos. Afinal, como afirma Botega (2002c), o médico espera que o paciente apresente um problema que ele possa tratar de forma eficaz e a morte não representa um resultado positivo.

A médica de Paulo percebe claramente sua demanda, com um grau mínimo de intervenção. Outros profissionais não apresentam a mesma facilidade. Mariana sentiu o impacto das dificuldades de sua médica. Irritada com a paciente, demonstrou seu impulso agressivo ao dizer que a barriga da paciente teria um corte grande na barriga se a cirurgia fosse realizada via Pronto-Socorro. Sentindo-se ameaçada, Mariana reagiu, brigando com a médica. Dessa vez, foi a médica que não seguiu seu script. A paciente esperava ser acolhida, examinada, diagnosticada e tratada. A médica examinou, diagnosticou e, a partir dessa avaliação, decidiu que o tratamento poderia esperar. Nesse caso, a emergência médica certamente não coincide com a emergência subjetiva, que se relaciona com a história de vida da paciente. Quando esta começou a brigar pelo tratamento, todos – médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e assistentes sociais – tentavam explicar a situação para a paciente, como se a aceitação da conduta dependesse de compreensão. Mariana brigava porque na sua vida tudo tinha sido conseguido dessa forma. Brigava porque se sentiu desamparada e injustiçada. Brigava por questões afetivas e não cognitivas. Estava apegada à sua própria dor. Enquanto isso, a médica se centralizava em seu próprio discurso – o discurso médico, que dizia que o tratamento não era urgente – o que impedia um olhar que considerasse Mariana como sujeito. Assim, o encontro entre médico e paciente não poderia acontecer.

A intervenção envolveu acolhimento dos sentimentos de ambas, esclarecimentos sobre a postura de uma para a outra e interpretações do discurso de cada uma, buscando desvelar conteúdos inconscientes que determinavam suas ações. Tudo isso buscando auxiliar na elaboração de um conflito pouco explicitado. Isso é conviver, ser a psicóloga que convém à instituição, na concepção de Figueiredo (1997).

A explicitação de conteúdos inconscientes e transferenciais também foi a intervenção principal no caso de Julia. A paciente vivenciara uma infância permeada pela privação e pela rejeição. Com 10 anos era a *“batata quente que ninguém queria segurar”*. Na UTI, tomada pela solidão, os sentimentos de desamparo foram reeditados. Só lhe restava solicitar a presença dos profissionais a todo momento, para não ter que suportar a angústia sozinha. A equipe, por sua vez, sentia que tudo o que oferecia para a paciente parecia sempre insuficiente, o que desencadeava sentimentos de impotência e raiva. Por isso, todos tentavam evitá-la, repetindo as situações de privação, abandono e a rejeição. Durante a intervenção, centrei-me no acolhimento e pude apontar que o sentimento da paciente parecia tão grande

porque era uma atualização de sentimentos vivenciados fortemente na infância. Além disso, mostrei que ela solicitava da equipe algo que ela queria da vida e que, portanto, não poderia ser oferecido apenas por esses profissionais. Com relação à equipe (médicos e enfermagem), a intervenção permitiu que se revelasse a paciente como sujeito, que tem uma história de vida, que solicitava muito mais do que cuidados médicos e possuía motivos inconscientes para fazê-lo. Ao considerar o sujeito, e não o estereótipo de paciente solicitante e chata, a equipe conseguiu se aproximar. Julia passou a chamar a equipe quando realmente precisava de alguma coisa e não quando queria atenção. Com as intervenções, ela tinha para quem dirigir sua angústia e os sentimentos de privação, abandono e rejeição – que ela já sabia serem reeditados (e não provocados) pela hospitalização. A equipe, por sua vez, conseguiu compreender a paciente e já conseguia perceber-se potente, oferecendo os cuidados necessários. Esse caso ilustra uma intervenção bem-sucedida do psicólogo interconsultor, que incluiu tanto a atividade de diagnosticar e tratar a paciente quanto a atividade de intermediar a relação da mesma com a equipe de saúde.

Entretanto, nem sempre isso é possível. No caso de Felipe, a equipe apresentou uma resistência intensa às intervenções, que eram sentidas como um ataque pessoal. Todos estavam muito mobilizados pelo intenso sofrimento que Felipe estava enfrentando num momento precoce da vida. Por isso, questionavam constantemente se ele estava em atendimento psicológico. O pedido tácito nesse questionamento era que alguém desse conta do sofrimento emocional do paciente, como se fosse possível fazê-lo chegar à elaboração de suas perdas de forma mágica. Perdas que foram muito significativas: perda do seu corpo inteiro, de funções já adquiridas, de sua imagem corporal, de sua rotina e do convívio com a família e os amigos.

Ao sofrer o acidente, Felipe vivenciou uma morte simbólica: ele nunca mais será o mesmo. Ele procurou evitar o contato com essa angústia desde o dia do acidente até o momento que permitiu minha intervenção. Essa era exatamente a função do mini-game. Quando a aprimoranda tentava falar com ele, mesmo usando seu brinquedo como recurso, ele dizia *“espera um pouquinho, deixa eu passar essa fase”*. A mãe explicava que um fisioterapeuta estava ensinando alguns macetes do jogo e ele ficava treinando. Do ponto de vista simbólico, entendo seu discurso como uma forma de dizer que ainda não estava pronto para sentir a angústia. Ele pedia que a psicóloga aprimoranda esperasse para que ele passasse essa fase, mas certamente não se referia apenas à fase do jogo. Enquanto se defende da angústia, consegue um pouco mais de tempo para organizar outros recursos de enfrentamento. Na minha primeira intervenção, muitos assuntos apareceram. A primeira fase já tinha passado. Seu choro era mais freqüente; seus gritos durante o banho, mais fortes e seu humor,

mais deprimido. Procurei explicar para a mãe e para a equipe que, embora fosse mais difícil suportar o choro do que o silêncio, suas reações demonstravam evolução na elaboração do processo de luto pela morte simbólica. Era preciso considerar e lamentar a perda, para depois conseguir olhar para o que restou. Até esse momento, com a intervenção focada no paciente, a enfermagem conversava abertamente sobre o caso. Compreender o paciente, a partir do discurso do outro profissional, é uma tarefa aceitável. Aliás, o pedido da enfermagem era que eu pudesse “adequar” o paciente para que ele não comprometesse o andamento da assistência. Mas eu não poderia responder a esse pedido. Muitas vezes, o psicólogo não diz o que a equipe quer que ele diga; não explica o que ela acredita que deve explicar. Não assumir o lugar que lhe é atribuído pela equipe pode fortalecer a resistência contra a intervenção psicológica. Isso depende das características dos profissionais e da dinâmica do grupo. No caso de Felipe, a resistência apareceu quando o discurso “psi” resolveu incluir a subjetividade dos profissionais, procurando fazer com que cada um voltasse o olhar para si e para a revisão da própria conduta. Ter que pensar sobre uma conduta que parece não responder às expectativas de cura e alívio da dor pode provocar um grande sentimento de impotência. A impotência diante da dor de Felipe é enfrentada com negação e exclusão da subjetividade. Exclusão que se faz sentir de forma concreta quando a equipe solicita que a mãe saia da unidade no momento do procedimento, fazendo com que o paciente fique desamparado e a mãe, destituída de sua função. A literatura ressalta que a presença de acompanhantes na UTI, embora reconhecida como benéfica para o paciente, é considerada pela equipe como fator gerador de estresse (LACERDA, 2004). Mas a conduta deve se basear no que faz bem para o paciente ou no que não faz mal para a enfermagem? No caso de Felipe, talvez a segunda opção seja mais verdadeira.

O que perpassa todos os casos é a dificuldade em conviver com a dor, com o sofrimento, com a morte e, principalmente, com a impotência. A existência dessa dificuldade não é um problema em si. Os mecanismos de enfrentamento é que são problemáticos. Como psicóloga que atua em emergências médicas, eu também sinto impotência, mas posso suportá-la e tento usá-la com o objetivo de beneficiar o paciente.

Os casos estudados ilustram a demanda de pacientes e profissionais nas unidades de emergências médicas e evidenciam alcances e limites da interconsulta psicológica. Mais do que isso, denotam a complexidade de utilizar essa modalidade de atendimento num contexto permeado por urgências físicas e subjetivas intensas. O psicólogo interconsultor precisa ter conhecimentos de psicologia hospitalar e psicologia institucional, muita disponibilidade para a escuta e acolhimento de sofrimentos diversos, além de flexibilidade para lidar com posturas rígidas e intolerantes. A tarefa é árdua, mas os resultados são muito gratificantes. Uma coisa

é atender um pedido de consulta, diagnosticando o paciente e sugerindo condutas para minimizar seu sofrimento. Outra, bem diferente, é considerar também o que existe em torno desse paciente; entrar no emaranhado de aspectos subjetivos que permeiam sua relação com os profissionais que cuidam de sua saúde e intervir para desfazer os seus nós. Aí reside o grande desafio e a grande riqueza de se trabalhar com interconsulta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, A. D. et al. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 20-28, 2005.
- BALSANELLI, A. P.; SANTOS, K. J.; SOLER, Z. O. S. G. O trabalho do enfermeiro em unidades complexas: um enfoque sobre os sentimentos para o cuidado diário de pacientes com risco de morte. **Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 44, p. 23-28, 2002.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 534-9, 2006.
- BENINCÁ, C. R. S. A enfermagem da UTI diante da morte: um estudo fenomenológico. **Psico**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 385-399, 2002.
- BLEGER, J. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- _____. O problema metodológico em psicologia In: _____. **Psicologia da conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 155-70.
- BOIZONAVE, L. F., BARROS, T. M. Ansiedade e depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados. **Aletheia**, v. 17/18, p. 135-143, 2003.
- BOTEGA, N. J. (2002a): Reação à doença e à hospitalização. In: _____. (org.): **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002a, pp. 43-59.
- _____. Interconsulta Psiquiátrica: Natureza e Fatores de Encaminhamento. In: _____. (org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002b, p. 68-77.
- _____. Interconsulta Psiquiátrica: Visão Psicodinâmica. In: _____. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002c, p. 78-93.
- _____. Interconsulta Psiquiátrica: fatores presentes na relação entre especialistas. In: GUIMARÃES, K. B. S. (org.) **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 135-155.

- CHAN A. O. M.; HUAK C. Y. Influence of work environment on emotional health in a health care setting. **Occupational Medicine**. V. 54, p. 207-212, 2004.
- CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000.
- COPPE, A. A. F.; MIRANDA, E. M. F. O psicólogo diante da urgência no Pronto-Socorro. In: ANGERAMI-CAMOM, V. A. (org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 2002.
- CORRÊA, A. K.; SALES, C. A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta sci**, v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002.
- DE MARCO, M. A. Interconsulta In: _____. (org). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 61-70.
- DI BIAGGI, T. M. **Relação médico família em UTI: a visão do médico intensivista**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DOAN-WIGGINS L. et al. Practice satisfaction occupational “stress” and attrition of emergency physicians. **Acad Emerg**, v. 2, p. 556-63, 1995.
- FERRARI, H.; LUCHINA, I. L.; LUCHINA, N. **Nuevos desarrollos de la interconsulta medico-psicologica**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1979.
- FIGUEIREDO, A. C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FREUD, S. (1930). **O mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1974. CD-ROM.
- GAVIÃO, A. C. D. et al. **Psicologia no Pronto-Socorro do Instituto Central Do HCFMUSP: na “contramão” da emergência**. Pôster apresentado no 6º Congresso de Qualidade para Serviços Hospitalares – Quali Hosp, São Paulo, 2003.

- GOMES, G. C. et al. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Revista enfermagem UERJ**, v. 14, n. 1, p. 93-99, 2006.
- GRAÇAS, E. M.; SALES, L. V. T. O mundo-vida no centro de tratamento intensivo: experiência do ser em situação de doença. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 13-19, 2005.
- HABERKORN, A. Atuação psicológica na UTI. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. (org), **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 99-107.
- KIRCHHOFF, K. T. et al The vortex: families' experiences whit death in the intensive care unit. **Am J Crit Care**, v. 11, n. 3, p. 200-209, 2002.
- LACERDA, A. C. de; CARVALHO, A. C. S. de; ROCHA, R. M. Acompanhantes no centro de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 12, n. 1, p. 18-23, 2004.
- LAMANNO-ADAMO, V. L. C. A família sob impacto. In: BOTEGA, N. J. (org.): **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- LAPOSA, J. M.; ALDEN, L.E. Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, p. 49-65, 2003.
- LEBLANC, C.; HEYWORTH, J. Emergency physicians: “burned out” or “fired up”? **Can J Emerg Med**, v. 9, n. 2, p. 121-123, 2007.
- LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145-150, 2005.

- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. **Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 56, p. 22-27, 2003.
- MICELLI-BAPTISTA, A. **Consulta Psicofilática ao Residente de Medicina:** proposta de um enquadre diferenciado à luz da perspectiva Winnicottiana. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- MOHTA, M. et al. Psychological care in trauma patients. **Injury**, v. 34, n. 1, p. 17-25, 2003.
- MOREIRA, E. C.; BIEHL, J. G. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no nordeste do Brasil. **Revista Bioética**, v. 12, n. 1, p. 19-30, 2004.
- MORGON, F. H.; GUIRARDELLO, E. B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 198-203, 2004.
- MOURA, M. D. Psicanálise e Urgência Subjetiva. In: MOURA, M.D. (org.): **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- NASCIMENTO, A. R.; CAETANO, J. A. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. **Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 57, p. 12-17, 2003.
- NASETTA S. A. Burnout en guardias médicas. **Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiatra**, v. 11, p. 244-252, 2004.
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J. (org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- _____. Interconsulta em saúde mental In: ISMAEL, S. M. C. (org.). **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005, p. 91-106.
- _____. Estresse na residência. In: NOGUEIRA-MARTINS L. A. **Residência Médica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005, p.67-89.
- OBARA C. S.; NOGUEIRA-MARTINS L. A.; MOTTA I. F. Sintomas depressivos em médicos residentes de primeiro ano da Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). In: RAMOS C.; SILVA G. G.; SOUZA S.

(org.). **Práticas psicológicas em instituições: uma reflexão sobre os serviços-escolas.** São Paulo, Vetor, 2006, p. 242-250.

OLIVEIRA, F. P. T.de; SANTOS, G. S.; SILVA, L. S. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 60, p. 37-42, 2003.

ORLANDO, J. M. **UTI Muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo.** São Paulo: Atheneu, 2002.

PALÚ, L. A.; LABRONICI, L.; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 33-41, 2004.

PLANEJAMENTO OPERACIONAL (2003). Documento elaborado pela Diretoria Executiva do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

POTTER, C. To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: a review of the literature. **Australasian Emergency Nursing Journal**, p. 57-64, 2006.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 388-396, 2005.

REVICKI D. A. Work-related "stress" and psychological distress in emergency medical technicians. **J Occup Health Psychol.**, v. 1, p. 391-396, 1996.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIOSECO, F.; JARPA, E.; VALENZUELA, C. Evaluación de la comunicación entre el equipo médico y los familiares de los pacientes hospitalizados em UCI. **Revista Chilena Medicina Intensiva**, v. 18, n. 1, p. 39-43, 2003.

- RODRIGUES Jr., G. R.; AMARAL, J. L. G. Impacto psicológico da internação na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 13, n. 4, p. 92, 2001.
- ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- ROSSI, L. De, et al. Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. **Psicologia Hospitalar**, v. 2, n.2, 2004. Disponível em <www.scielo.br>.
- RONDEAU, K. V., FRANCESCUTTI, L. H., ZANARDELLI, J. J. Emergency Department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician job satisfaction. **Journal of Healthcare Management**, v. 50, n. 5, p. 327-340, 2005.
- SAFRA, G. Investigação em psicanálise. **Psicologia USP**, v. 12, n. 2, p. 171-5, 2001.
- SANTOS, N. O. e QUAYLE, J. A construção do caso clínico: o universal para o sujeito do inconsciente In: QUAYLE, J. e LÚCIA, M. C. S. **Adoecer**: as interações do doente com sua doença. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 213-222.
- SEBASTIANI, R. W. A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: ANGERAMI-CAMOM, V. A. (org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 2002a, p.31-39.
- _____. Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital. In: ANGERAMI-CAMOM, V. A. (org.) **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 2002b.
- SILVA, A L. M.; ANDREOLI, P. B. O trabalho do psicólogo em UTI e UCO. In: ISMAEL, S. M. C. (org.), **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 37-51.
- SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 623-630, 2004.
- SOUZA, R. P. **Manual de rotinas de humanização em medicina intensiva**. Curitiba. Edição do Autor, 2004.

- STERIAN, A. **Emergências Psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- TAYLOR, D. M. et al. The psychological health of emergency physicians in Australasia. **Emergency Medicine Australasia**, v. 16, p. 21-27, 2004.
- TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes, 2003.
- UGARTE, S. et al. Encuesta sobre grado de satisfacción y evaluación de calidad de atención por familiares de enfermos de UCI. **Revista Chilena Medicina Intensiva**, v. 18, n. 1, p. 34-38, 2003.
- URIZZI, F. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação.** Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- VICTOR, A. C. S. et al. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. **Acta sci., Health sci.**, v. 25, n. 2, p. 199-206, 2003.
- WALLACE, J. E., LEMAIRE, J. On physician well being – you'll get by with a little help from your friends. **Social Science e Medicine**, v. 64, p. 2565-2577, 2007.