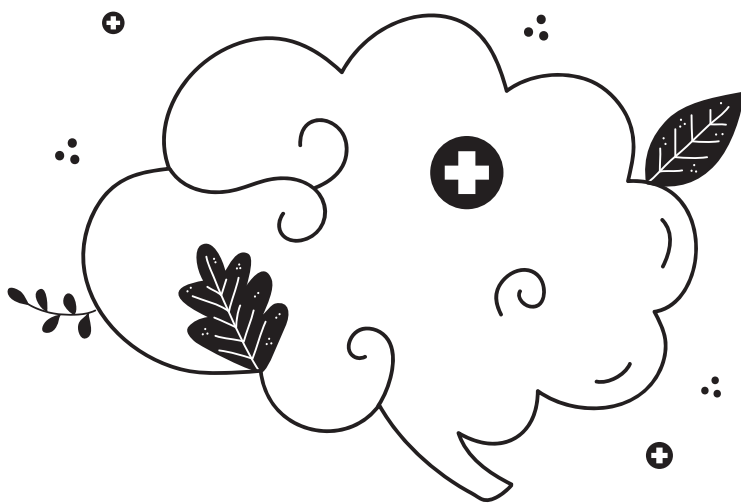




TÓPICOS ESPECIAIS **EM** **PSICOLOGIA** **HOSPITALAR**



 sanar saúde

TÓPICOS ESPECIAIS EM **PSICOLOGIA HOSPITALAR**

AUTORES

Alyne Lopes Braghetto Batista | Beatriz Abrahão
Bianca Bernardes | Caio Henrique Vianna Baptista
Carolina Menezes Marson | Débora Genezini
Dhiene Santana Araújo Oliveira | Helder Oliveira Farias Santos
Isabela Cristina Batista Ledo Carapeto | Karen Pereira Bisconcini
Layla Raquel Silva Gomes | Luciana Suelly Barros Cavalcante
Magda Silva do Nascimento | Marcus Vinicius Rezende Fagundes Netto
Maria Fernanda Manhães | Maria Júlia Kovács
Maria Lívia Tourinho Moretto | Patrícia Brito Ribeiro
Paula Maia Peixoto Camargo | Raissa Righetti Ramos
Talita de Almeida Moreira | Thais da Silva Pereira
Vanessa Besenski Karam

2021

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Tópicos Especiais em Psicologia Hospitalar
Editora | Fernanda Fernandes
Projeto gráfico e diagramação | Fabrício Sawczen
Capa | Mateus Machado
Revisor Ortográfico | Thaís Alvarenga
Conselho Editorial | Caio Vinícius Menezes Nunes
Itaciara Lazorra Nunes
Paulo Costa Lima
Sandra de Quadros Uzêda
Sílvio José Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo-SP)

A663t **Aráujo, Dhiene.**

Tópicos especiais em Psicologia Hospitalar / Dhiene Aráujo. – 1. ed. - Salvador: Editora Sanar, 2021.

320 p.; il..

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-87930-91-6

1. Atendimento. 2. Clínica. 3. Covid. 4. Emergências. 5. Hospitalar. 6. Psicologia. I. Título. II. Assunto. III. Aráujo, Dhiene.

CDD 150
CDU 159.9

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Psicologia.
2. Psicologia.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARÁUJO, Dhiene. **Tópicos especiais em Psicologia Hospitalar**. 1. ed. Salvador: Editora Sanar, 2021.



Editora Sanar Ltda.

Rua Alceu Amoroso Lima, 172
Caminho das Árvores,
Edf. Salvador Office & Pool, 3º andar.
CEP: 41820-770, Salvador - BA.
Telefone: 71.3052-4831
www.sanarsaude.com.br
atendimento@editorasagnar.com.br

APRESENTAÇÃO

DHIENE SANTANA ARAÚJO OLIVEIRA

Ao longo de minha trajetória profissional na Psicologia Hospitalar, pude entrar em contato com uma grande variedade de cenários e possibilidades de atuação. Posso dizer que, entre livros, textos, congressos e boas trocas entre colegas, fui construindo a imagem de uma profissão que está, desde sempre, em constante transformação. Talvez seja essa a maior diversão da Psicologia Hospitalar, de tédio não se morre.

Este livro surge de uma grande inquietação diante da experiência prática na área hospitalar. Atualmente, temos uma série de manuais que auxiliam na inserção do psicólogo nesse campo, entretanto, a presença dos psicólogos nesse cenário se amplia e novos desafios surgem. Desafios sobre os quais temos produzido pouco conhecimento.

A sensação é que cada psicólogo que entra no hospital e se depara com algo “novo”, diante disso, inventa e reinventa o seu fazer possível incansavelmente. Contudo, o registro precioso dessa experiência se perde ou é guardado para si. Nestes sete anos no hospital, acompanhei o processo de construção profissional de muitos colegas e tenho admirado mais de longe o trabalho de tantos outros com uma carreira consolidada.

São essas pessoas que contarão de sua experiência, expertise e sensibilidade nessa profissão. Nosso principal objetivo é proporcionar a você uma reflexão teórica e prática acerca de temas atuais nesse cenário por meio da escrita cuidadosa de profissionais que possuem grande domínio desse conteúdo.

O resultado desta obra é muito potente, tanto que contarei como o texto foi construído. A escrita está dividida em dois blocos: o primeiro será composto por capítulos teóricos e o segundo será formado por discussão de casos clínicos. De modo sensível, tanto os capítulos teóricos quanto os casos clínicos foram escritos no intuito de colocar o leitor na cena e facilitar sua apreensão do trabalho realizado em cada cenário.

O primeiro capítulo, “Atuação do Psicólogo em Urgência e Emergência”, conta sobre as possibilidades de intervenção nos cenários de emergência, seja pronto-socorro ou

UTI. O texto também aponta algumas ferramentas que auxiliam no trabalho psíquico a ser desenvolvido pelo psicólogo e vinhetas clínicas que ilustram de modo intenso esse potente campo de atuação.

O segundo capítulo, “Psicologia e Clínica cirúrgica: uma sutura possível entre o físico e o psíquico”, apresenta um trabalho que faz parte da rotina do psicólogo hospitalar, mas que raramente é relatado: acompanhamento de pacientes que serão submetidos a uma intervenção cirúrgica. O capítulo também cita alguns apontamentos quanto às intervenções possíveis e pertinentes à atuação do psicólogo.

O terceiro capítulo, “Trauma, Dor e Significado: Estórias que marcam a pele”, retrata a atuação do psicólogo numa unidade de grandes queimados. O trabalho psíquico com um paciente queimado é de uma delicadeza e complexidade que somente as vinhetas clínicas poderão traduzir para você.

O quarto capítulo, “O fazer psicológico frente aos impasses do tratamento cirúrgico para obesidade”, evidencia o trabalho do psicólogo frente aos pacientes obesos que estão em processo cirúrgico. Essa demanda tem se tornado frequente nos hospitais, o que convoca certa precisão do psicólogo junto ao paciente, mas também à equipe de saúde.

O quinto capítulo, “A UTI hoje: propostas de humanização”, tem uma função primordial de desmistificar a UTI como uma clínica distanciada de afetos. Por outro lado, também apresenta uma crítica às políticas de humanização. Evidenciando o psicólogo como elo primordial entre a UTI e as ações de humanização.

O sexto capítulo, “A família também adoecer”: reflexões sobre a visita assistida de crianças no hospital, traz a criança para a cena hospitalar de uma forma pouco observada na literatura. Neste capítulo, falamos da criança que faz parte de uma família que tem um ente adoecido e que geralmente é excluída da hospitalização. É função do psicólogo incluir essa criança na cena, mas também ofertar suporte para a fragilidade emocional que sua presença pode trazer ao paciente, equipe e família.

O sétimo capítulo, “Atuação do Psicólogo no Transplante de Órgãos”, demonstra a potência do psicólogo nesse cenário, que não se reduz a uma avaliação pré e pós-cirúrgica, mas compreende toda a complexidade psíquica de receber o órgão de outra pessoa em si. Cabe notar que essa prática tem crescido diante do aumento da complexidade das tecnologias em saúde, o que também convoca certa expertise de nós, psicólogos hospitalares.

O oitavo capítulo, “Atuação de Profissionais de Psicologia na Captação e Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante”, apresenta a contribuição da psicologia em um momento anterior e crucial para que o transplante de órgãos aconteça. Este texto evidencia

que esse cenário de atuação ainda é incipiente em relação à produção teórica e também à experiência prática dos psicólogos. Além de identificar essa lacuna, a autora aponta possibilidades de intervenção e caminhos para o desenvolvimento teórico desse campo de conhecimento.

O nono capítulo, “Comunicação de Más Notícias: um olhar psicológico”, discute algumas técnicas de comunicação vigentes e problematiza a utilização de protocolos sob a perspectiva psicológica. A psicologia não se limita a somente acolher o sofrimento ou a reproduzir formatos engessados. A principal função do psicólogo, nesse caso, é lançar luz aos fenômenos afetivos que fazem parte da comunicação, de modo a auxiliar no manejo do conteúdo contratransferencial que pode tornar-se iatrogênico nesse contexto.

O décimo capítulo, “Reunião familiar como ferramenta de trabalho no campo da Psicologia”, apresenta um dispositivo que tem sido utilizado com frequência no hospital e que se configura como uma excelente ferramenta de intervenção psicológica. Nesse capítulo, as autoras buscaram formalizar os possíveis manejos do psicólogo nesse contexto, dando ênfase às fragilidades e potências dessa ferramenta interventiva.

O décimo primeiro capítulo, “Psicologia hospitalar e velhice: reflexões e possibilidades”, retrata uma clínica que também está em expansão: a geriatria e gerontologia. A população está envelhecendo e esse capítulo nos mostra como podemos intervir de modo consistente frente aos idosos hospitalizados.

O décimo segundo capítulo, “Atuação do Psicólogo em Cuidados Paliativos”, apresenta um tema atual que tem despertado o interesse de grande parte dos psicólogos hospitalares. Considerando que atender pacientes que vivenciam sua finitude não é tarefa fácil, esse capítulo propõe essa reflexão de modo sensível e ético.

O décimo terceiro capítulo, “Psicologia e Cuidados Paliativos Perinatais”, apresenta uma discussão, ainda incipiente, que é a delimitação da finitude ainda durante a gestação ou nos primeiros de vida. Apesar de ser um tema embrionário (com o perdão do chiste), esse capítulo demonstra o quanto a psicologia tem a contribuir nesse cenário.

O décimo quarto capítulo, “Psicologia e Cuidados Paliativos Pediátricos”, evidencia a inclusão dos Cuidados Paliativos na pediatria, cenário em que a morte é uma contradição marcante, o que faz da atuação do psicólogo de grande relevância. Você deve se perguntar por que três capítulos tratando dos Cuidados Paliativos. Mas, ao ter acesso ao texto, compreenderá que cada clínica tem especificidades que merecem destaque e espaço de discussão.

O décimo quinto capítulo, “A Psicologia Hospitalar no enfrentamento da pandemia da COVID-19 a partir da Psicanálise”, retrata um acontecimento mundial sobre o qual

a psicologia hospitalar obteve papel primordial. Esse texto demonstra a potência da atuação da psicologia nos cenários de crises. Embora a pandemia não seja eterna, suas marcas simbólicas são permanentes, a capacidade de se reinventar é uma delas. Ser Psicólogo Hospitalar durante a pandemia proporcionou marcas que merecem o registro em forma de texto.

O décimo sexto capítulo, “A questão da morte na atualidade”, nos apresenta um fenômeno que é questão desde sempre e talvez para sempre. É uma discussão antiga, mas que permanece urgente. É impossível atuar no hospital sem a aproximação com esse tema.

O décimo sétimo capítulo, “A morte em cena na UTI pediátrica: a vida em contradição”, dá início ao segundo bloco desta obra, os casos clínicos. Iniciamos essa etapa com o caso de uma criança que morre numa UTI, evidenciando um cenário de contradição da vida e suas repercussões na cena hospitalar.

O décimo oitavo capítulo, “Ilusão paliativa”: é preciso escutar quem está morrendo”, retrata a escuta psicológica ofertada a um paciente em fim de vida, demonstrando o quanto a atuação do psicólogo pode ser relevante na condução do tratamento.

O décimo nono capítulo, “A avosidade no hospital geral”, demonstra os efeitos psíquicos da morte de um idoso em sua família e também na equipe. Capítulo em que observamos com clareza como o psicólogo, por meio de sua escuta, auxilia na costura da colcha de retalhos que se torna a história de uma família diante de uma perda significativa.

O vigésimo capítulo, “Dor Oncológica: o segredo que dói no corpo”, apresenta um caso em que um sintoma físico regido pela ordem psíquica não pode ser controlado pela via medicamentosa, o que convoca a reinvenção da assistência do psicólogo, a fim de proporcionar alívio ao paciente.

O vigésimo primeiro capítulo, “A questão da autonomia do sujeito na Psicologia e os entrelaços com a Bioética”, demonstra de modo preciso a delicadeza das questões éticas quando o paciente é uma criança que tem desejo, mas que não pode falar ou decidir sobre sua vida e destino.

O vigésimo segundo capítulo, “Comer ou se encher? Especificidades subjetivas da relação do sujeito com a comida”, revela nuances sobre o comportamento alimentar e psiquismo do sujeito, apresentando *insights* preciosos quanto às intervenções do psicólogo nesses casos.

O vigésimo terceiro capítulo, “Dois filhos, um diagnóstico: a história se repete?”, nos apresenta um caso riquíssimo e que, dentre outras coisas, discute o luto materno e suas implicações na vinculação mãe-bebê.

Bem, espero ter apresentado de modo claro a potência e beleza da escrita a qual terão acesso.

Em tempo, gostaria de agradecer a parceria com a Sanar, que tem apostado na minha forma de enxergar a Psicologia Hospitalar já há algum tempo. É sempre uma satisfação trabalhar com uma equipe tão competente e amorosa.

É isso! Aproveitem a leitura.

Abraços afetuosos!

AUTORES

ALYNE LOPES BRAGHETTO BATISTA

Psicóloga e Psicanalista. Mestranda pelo departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro do laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição da Universidade de São Paulo. Atuou como psicóloga do Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital Israelita Albert Einstein, de 2013 a 2020.

BEATRIZ MÁXIMO ABRAHÃO

Especialista em Psicologia Clínica Hospitalar (USP) / Graduação em Psicologia (METODISTA). Atualmente é líder da Psicologia Hospitalar do município de São Caetano do Sul, sendo responsável pela Psicologia Hospitalar do Complexo Hospitalar Municipal e do Hospital Municipal de Emergência. Experiência como psicóloga hospitalar em internação adulto, oncologia e Cuidados Paliativos.

BIANCA BERNARDES BOLDRIN

Especialista em Psicologia Hospitalar pelo InCor - HCFMUSP e pós graduanda em Psicologia Perinatal e da Parentalidade. Graduada em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Atualmente atua na área clínica, ensino e pesquisa com o foco em gestantes e puérperas; É sócia fundadora do ABC da Psico Hospitalar, sendo responsável pela área materno infantil e produção de cursos e eventos na área da psicologia hospitalar em geral e atua como psicóloga voluntária no projeto MedEnsina pela FMUSP atuando com plantões psicológicos, atendimentos emergenciais e grupos terapêuticos.

CAIO HENRIQUE VIANNA BAPTISTA

Psicólogo; Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP; Especialista em Saúde do Idoso pela UNIFESP; Especialista em Psicologia Hospitalar pelo PAP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; Atualmente, Psicólogo da Oncologia, Onco-Hematologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Docente e Supervisor do curso de Especialização em Psicologia Hospitalar da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Presidente da Estadual SP da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO); Membro do Comitê de Psicologia da Associação Brasileira de Leucemia e Linfoma (ABRALE); Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e; Psicólogo Clínico em consultório particular.

CAROLINA MENEZES MARSON

Psicóloga especialista em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar é especialista em Psicologia Hospitalar pelo HC FMUSP. Atualmente é psicóloga nas equipes de cuidados paliativos Adulto e Pediátrico do Hospital Sepaco, atua ainda em consultório particular, com foco na abordagem psicanalítica.

DEBORA CRISTINA GENEZINI COSTA

Especialista em psicologia hospitalar desde 1999; mestre em Gerontologia e atua em Cuidados Paliativos desde 2005. Atualmente é Membro do comitê de Psicologia da ANCP, Voluntária do BEABA, Psicóloga coordenadora dos ambulatórios de oncologia da rede D'or SP e Coordenadora de equipe multiprofissional na empresa A CASA HUMANA. Fundou o Instituto (cuid)ar e dedica-se aos cuidados paliativos, luto e sofrimento do profissional. Docente de cursos de cuidados Paliativos.

DHIENE SANTANA ARAÚJO OLIVEIRA

Mestranda em Gerontologia pela Universidade de São Paulo. Especialista em Saúde do Idoso em Cuidados Paliativos pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é psicóloga do Programa Melhor em Casa e em consultório particular na cidade de São Paulo. Experiência em Psicologia Hospitalar, Cuidados Paliativos, Morte, Luto e Gerontologia.

HELDER OLIVEIRA FARIAS SANTOS

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2010); Especialista em Psicologia Hospitalar em formato de residência programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Complexo Hospitalar Professor Edgar Santos - UFBA. Atualmente é Psicólogo Clínico do Núcleo de Cirurgia e Tratamento da Obesidade, Psicólogo Hospitalar do Hospital Córdio Pulmonar e atua em consultório particular. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica.

ISABELA CRISTINA BATISTA LEDO CARAPETO

Mestre em psicologia clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em psicologia hospitalar pela Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em transplante e captação de órgãos, pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo e do Laboratório de Pesquisa: psicanálise, saúde e instituição da USP. Atua em consultório particular, ministra aulas em pós-graduação de Psicanálise, oferece supervisão e grupos de estudos para estudantes e iniciantes na clínica psicanalítica em consultório e em instituições de saúde. Experiência em Psicanálise, Psicologia Hospitalar e Clínica.

KAREN PEREIRA BISCONCINI

Mestranda em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Residência em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo. Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina - Paraná. Atualmente é Psicóloga no Hospital Estadual Mario Covas, atuando no Ambulatório de Dor Crônica, unidades de internação e UTI. Experiência com pacientes enlutados, doentes crônicos, idosos e situações de crise.

LAYLA RAQUEL SILVA GOMES

Doutoranda em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Membro do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição da Universidade de São Paulo.

LUCIANA SUELLY BARROS CAVALCANTE

Especialização e Aprimoramento em Psicologia Hospitalar, pela Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Graduada em Psicologia pela Universidade Nove de Julho. Psicóloga da Unidade de Internação em Cuidados Paliativos do Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos do HCFMUSP. Supervisora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso em Cuidados Paliativos do HCFMUSP. Professora do Instituto Paliar. Experiência em Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar, Cuidados Paliativos e Gerontologia.

MAGDA SILVA DO NASCIMENTO

Especialista em Psicologia Clínica Hospitalar e Psicologia da Saúde, com ênfase em cardiologia. Graduada em Psicologia pela Universidade São Judas Tadeu e Pedagogia pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é psicóloga hospitalar do Hospital Estadual Mário Covas. Psicóloga Clínica com formação em psicanálise Winnicottiana.

MARCUS VINÍCIUS REZENDE FAGUNDES NETTO

Psicanalista. Especialista em Psicologia Hospitalar pela FMUSP. Especialista em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium Latino América de Buenos Aires. Mestre em Psicanálise: clínica e pesquisa pela UERJ. Doutorando do programa de pós graduação em Psicologia Clínica da USP. Atualmente é coordenador do Núcleo de Psicologia Hospitalar do CRP-SP, membro diretor da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar e atende em consultório particular.

MARIA FERNANDA MARCUSSO MANHÃES

Doutoranda em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pelo programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Oncologia pela Universidade Federal de São Paulo. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atuação e experiência em Psicologia Hospitalar com ênfase em Oncologia, Pediatria Geral, Oncologia Pediátrica, Cuidados Paliativos. Treinamento e atuação voluntária em Urgências e Desastres pela Cruz Vermelha Brasileira.

MARIA JÚLIA KOVÁCS

Professora Senior do Instituto de Psicologia USP. Membro fundador do Laboratório de Estudos sobre a morte. Orientadora de mestrado e doutorado do Programa de Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da USP.

MARIA LÍVIA TOURINHO MORETTO

Professora Titular, Livre-Docente pelo Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, Doutora em Psicologia Clínica pelo IPUSP, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP, especialista em Psicologia Hospitalar pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia.

PATRICIA BRITO RIBEIRO

Mestre em Psicologia com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é psicóloga hospitalar do Hospital Jorge Valente e membro da CIHDOTT e psicóloga clínica em consultório particular. Experiência em psicologia hospitalar e clínica.

PAULA MAIA PEIXOTO CAMARGO

Psicóloga (2011-2015) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestranda pelo departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo - USP, início em 2019. Membro do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição LABPSI-USP. Coordenadora do Projeto Achar Palavra - LABPSI-USP. Coordenadora e Supervisora do Aprimoramento em Psicologia Hospitalar do Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Itaim. Professora dos cursos de Psicologia Hospitalar do HMSL. Atua como Psicóloga Hospitalar no Hospital Vila Nova Star - Rede Dor e como Psicóloga e Psicanalista no consultório particular.

RAÍSSA RIGHETTI RAMOS

Formada em Psicologia pela Universidade São Judas Tadeu e especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e em Psicologia da Saúde pela UNIFESP - Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência. Possui vivência em Hospital Geral, atuando atualmente como Psicóloga Hospitalar na cidade de Diadema, onde é responsável pela assistência psicológica nas unidades de Pronto Socorro, UTI e enfermarias Clínica Adulto e Psiquiátrica. Além disso, atende ainda como Psicóloga Clínica em consultório particular em São Paulo.

TALITA DE ALMEIDA MOREIRA

Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Bahia, com especialização em Saúde do Idoso em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente cursa o programa de Mestrado em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

THAÍS DA SILVA PEREIRA

Doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Especialista em Urgência e emergência pela Residência Multiprofissional da UFU. Graduada em Psicologia pela UNIUBE. Atualmente é Psicóloga no Hospital Sírio Libanês. Experiência em ensino, pesquisa e assistência.

VANESSA BESENSKI KARAM

Especialista em Psicologia Hospitalar pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Formação em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar; Aprimoramento em luto e especializada na Teoria de Apego de John Bowlby, ambas as formações pelo 4 Estações Instituto de Psicologia. Atualmente é Psicóloga do Núcleo de Suporte e Cuidados Paliativos da Bp - A Beneficência Portuguesa de São Paulo, colaboradora do Instituto (cuid)AR e multiplicadora do curso Últimos Socorros.

SUMÁRIO

BLOCO 1 - CAPÍTULOS TEÓRICOS

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	27
1. Introdução.....	27
2. Contextualizando o Pronto-Socorro.....	28
3. O fazer do Psicólogo no Pronto-Socorro.....	29
4. Considerações Finais.....	40
Referências	42
PSICOLOGIA E CLÍNICA CIRÚRGICA: UMA SUTURA POSSÍVEL ENTRE O FÍSICO E O PSÍQUICO	43
1. Introdução.....	43
2. A Clínica Cirúrgica.....	44
3. A psicologia entra em cena.....	44
3. A psicologia frente ao paciente cirúrgico	46
4. O que estes casos têm em comum?	53
5. Considerações Finais.....	56
ReferênciaS BibliográficaS.....	57
TRAUMA, DOR E SIGNIFICADO: ESTÓRIAS QUE MARCAM A PELE	59
1. Introdução.....	59
2. A Queimadura Numa Perspectiva Psicanalítica.....	60
3. Considerações Finais.....	71
Referências Bibliográficas	72

O FAZER PSICOLÓGICO FRENTE AOS IMPASSES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE 73

1. Introdução.....	73
2. A obesidade.....	74
3. O corpo subjetivo.....	75
4. A relação do indivíduo com o alimento.....	76
5. A cirurgia bariátrica como um recurso de tratamento para obesidade.	77
6. Avaliação psicológica no pré-operatório.	78
7. A condução do psicólogo no processo pós-cirúrgico do paciente bariátrico.	80
8. O que o psicólogo realmente trata no paciente obeso?.....	83
Referências	84

A UTI HOJE: PROPOSTAS DE HUMANIZAÇÃO 87

1. Introdução.....	87
2. A inserção das Políticas de Humanização nas UTIs.....	88
3. As contribuições da Psicologia quanto às práticas de humanização em UTI.....	89
4. O que fazer com algo que medicina não explica?.....	96
5. Considerações Finais.....	99
Referências.....	100

“A FAMÍLIA TAMBÉM ADOECE”: REFLEXÕES SOBRE A VISITA ASSISTIDA DE CRIANÇA NO HOSPITAL 103

1. Introdução. A chegada da doença na família.....	103
2. A criança no adoecimento familiar.....	105
3. A criança como visitante no hospital.....	108
4. Caso clínico. chegada prematura do bebê.....	112
5. Considerações Finais.....	116
Referências.....	117

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS 119

1. Introdução.....	119
2. Aspectos históricos	120
3. Alguns impasses no processo de Transplante de Órgãos	120
4. O psicólogo no contexto do Transplante de Órgãos.....	122
5. Transplante pediátrico.....	128

6. Pós-transplante	131
7. Considerações Finais	131
Referências	132

ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA NA CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE 137

1. Introdução	137
2. Doação de órgãos e tecidos para transplantes no Brasil.	139
3. Educação permanente da equipe multiprofissional.	141
4. Assistência psicológica aos familiares durante o processo de diagnóstico do paciente.	143
5. Entrevista familiar para autorização do procedimento de captação de órgãos e tecidos.	145
6. Considerações finais.	146
Referências.	147

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS:UM OLHAR PSICOLÓGICO 151

1. Introdução	151
2. O que é comunicação?.....	152
3. O que é uma má notícia?	154
4. O protocolo Spikes	155
5. A má notícia na perspectiva do profissional	158
6. A má notícia na perspectiva da família	159
7. A má notícia na perspectiva do paciente	160
8. Como o psicólogo pode atuar no contexto de comunicação de más notícias?	162
9. Considerações finais	163
Referências	165

REUNIÃO FAMILIAR COMO FERRAMENTA DE TRABALHO NO CAMPO DA PSICOLOGIA 167

1. Introdução	167
2. Mas, o que caracteriza uma reunião familiar?	169
3. Como planejar?	171
4. Qual função do psicólogo na Reunião Familiar?	174
5. Acácia.	175
6. Considerações Finais.	178
Referências.	179

PSICOLOGIA HOSPITALAR E VELHICE: REFLEXÕES E POSSIBILIDADES 181

1. Complex(idades), o fator biopsicossocial do envelhecimento.....	182
2. A atuação do psicólogo com idosos no contexto hospitalar.	185
3. A família e o cuidador, peças importantes de um "jogo" complexo.	187
4. Reflexões, Psicologia Hospitalar, velhice e a COVID19.	190
5. Considerações finais.	192
Referências	193

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM CUIDADOS PALIATIVOS195

1. Introdução, Psicologia Paliativista.	195
2. Os fazeres possíveis da psicologia.	202
3. Considerações Finais.....	206
Referências Bibliográficas	207

A PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAIS 209

1. Introdução	209
2. Período gravídico-puerperal e a psicologia	210
3. Intercorrências no período perinatal e suas repercussões emocionais.....	212
4. Cuidados paliativos e perinatalidade	218
5. Considerações finais	222
Referências	224

PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS 229

introdução	229
Definição de Cuidados Paliativos Pediátricos.....	229
História dos Cuidados Paliativos Pediátricos	230
Diferenças entre os CP Adultos e CP Pediátricos	231
Quem necessita de Cuidados Paliativos Pediátricos?	233
Momentos de suporte	233
Quem recebe o suporte psicossocial?	235
Comunicação em Cuidados Paliativos Pediátricos	236
Habilidades essenciais ao psicólogo que atua em Cuidados Paliativos Pediátricos	236
A atuação e escuta clínica do Psicólogo em Cuidados Paliativos Pediátricos	238

Barreiras em Cuidados Paliativos Pediátricos	239
Considerações finais	240
Referências	240

A PSICOLOGIA HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 A PARTIR DA PSICANÁLISE 241

Introdução	241
As demandas na pandemia da Covid-19	242
Do protocolo ao singular de cada caso clínico.....	244
Atendimento clínico aos pacientes com Covid-19.....	246
Sobre as visitas virtuais dos familiares de pacientes internados com Covid-19	248
Cuidando de quem cuida	249
Considerações finais	253
Referências	254

A QUESTÃO DA MORTE NA ATUALIDADE 257

1. Introdução	257
2. Retratos da morte no século XXI.....	257
Referências	266

BLOCO 2 - CASOS PRÁTICOS

A MORTE EM CENA NA UTI PEDIÁTRICA: A VIDA EM CONTRADIÇÃO 269

"ILUSÃO PALIATIVA": É PRECISO ESCUTAR QUEM ESTÁ MORRENDO 279

A AVOSIDADE NO HOSPITAL GERAL 285

1. Intervenções e Reflexões.....	288
2. Pensamentos finais	291
Referências	291

A AVOSIDADE NO HOSPITAL GERAL 285

1. Intervenções e Reflexões.....	288
2. Pensamentos finais	291
Referências	291

DOR ONCOLÓGICA: O SEGREDO QUE DÓI NO CORPO 293

**A QUESTÃO DA AUTONOMIA DO SUJEITO NA PSICOLOGIA E OS
ENTRELAÇOS COM A BIOÉTICA 299**

1. Introduzindo Conceitos. 299

2. O Caso. 300

3. Discutindo os caminhos e intervenções: psicologia como mediadora dos conflitos. 304

Referências Bibliográficas. 307

**COMER OU SE ENCHER? ESPECIFICIDADES SUBJETIVAS DA RELAÇÃO DO SU-
JEITO COM A COMIDA 309**

DOIS FILHOS, UM DIAGNÓSTICO: A HISTÓRIA SE REPETE?" 315

BLOCO 1

CAPÍTULOS TEÓRICOS



A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RAÍSSA RIGHETTI RAMOS
DHIENE SANTANA ARAÚJO OLIVEIRA

1. INTRODUÇÃO.

Dentre as possibilidades de atuação do psicólogo na saúde, a inserção em pronto-socorro tem sido uma realidade cada vez mais expandida nos serviços de saúde. O pronto-socorro é definido como um local no qual não se chega apenas com a dor física, mas também com a dor psíquica, cabendo ao psicólogo adoção de intervenções psicológicas emergenciais a serem compartilhadas entre paciente, família e equipe, promovendo a minimização do sofrimento proveniente ao adoecimento¹. Considera assim, a inserção do psicólogo nos serviços de emergências médicas um primeiro passo rumo a uma inovação no sentido da humanização e do acolhimento nestes setores.

De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências², o psicólogo não está listado entre os profissionais considerados obrigatórios para um setor de urgência e emergência, está relacionado entre o quadro de profissionais considerados opcionais, podendo compor a equipe mediante definição do gestor. Portanto, a inserção do psicólogo no pronto-socorro ainda é uma prática pouco estabelecida, sendo encontrada com maior prevalência em hospitais-escola³. Atualmente, é possível encontrar serviços que dispõem de um psicólogo de ligação atuando especificamente no pronto-socorro ou serviços que atendem às demandas emergentes do pronto atendimento como forma de interconsulta ou plantão psicológico, por exemplo.

A partir dessas possibilidades, abre-se espaço para se pensar o fazer do profissional da psicologia neste ambiente. Não é incomum entre os profissionais da psicologia, ocorrerem dúvidas sobre como se inserir neste contexto, uma vez que, muitas vezes, esta temática não é suficientemente explorada nas grades teóricas dos cursos de graduação.

É possível ao psicólogo o trabalho em pronto-socorro? E de que forma poderia se dar esta prática?

Para além do espaço físico do pronto-socorro, o profissional da psicologia irá se deparar com situações de urgências clínicas e psíquicas em qualquer unidade de saúde que se proponha a atuar: enfermarias, UTIs, ambulatórios e até mesmo em unidades básicas de saúde. Assim, torna-se imprescindível a reflexão sobre o manejo de situações de crise e saber identificar urgências subjetivas. Desta forma, este capítulo tem como objetivo discutir sobre a prática do psicólogo no contexto de urgência e emergência.

2. CONTEXTUALIZANDO O PRONTO-SOCORRO.

O pronto-socorro, uma das principais portas de entrada do paciente ao ambiente de saúde/hospitalar no Brasil, destina-se a atender pessoas em situação de emergência, ou seja, com risco eminente de morte, que necessitem de um pronto atendimento^{3,4,5}. Por se tratar de um serviço destinado a emergências médicas, o atendimento em pronto-socorro tem por objetivo a estabilização dos sinais vitais do paciente e o alívio da dor, não tendo como foco um tratamento de longo prazo ou a cura completa da doença.

O paciente que adentra o pronto-socorro teve sua rotina entrecortada por um mal-estar inesperado, um acidente ou um desequilíbrio relacionado a doenças crônicas ou orgânicas, onde as possíveis consequências são acompanhadas por medos, fantasias, inseguranças, tristezas, sensação de impotência e ansiedade, sentimentos que perpassam o paciente e atingem a equipe de saúde como um todo^{1,6,3}. Uma vez que a procura por serviços de emergência geralmente ocorre após a manifestação abrupta de sintomas físicos/emocionais que apontam um diagnóstico a esclarecer, não saber sobre sua condição clínica é um importante fator gerador de ansiedade e estresse neste contexto⁴.

A imprevisibilidade das circunstâncias, da doença e/ou do acidente fazem com que o sujeito entre em contato com a possibilidade de inúmeras perdas: a perda abrupta do corpo saudável e da condição de “inteiro” (fraturas, mutilações, procedimentos cirúrgicos), ocasionam medos que são baseados em fatos reais, como a sensação de dor, a dependência da equipe e a impotência^{7,3}. Pode haver uma perda da identidade, pois o paciente deixa sua condição de sujeito e passa a ser objeto de intervenção, podendo ser submetido a procedimentos que, embora visem a sua melhora, possuem caráter ameaçador e invasivo^{3,4}.

A família do paciente também vivencia um momento de crise. Aquilo que é rotina para a equipe de saúde, é novo e assustador para a família, é um rompimento da rotina familiar, que gera mudanças drásticas de várias ordens, como a adaptação a um am-

biente desconhecido e suas regras, problemas financeiros, a falta do ente querido e do papel que este exercia perante à família, dificuldades em compreender o diagnóstico, o medo constante da morte e a vivência da dor do paciente^{3,7}.

Devido à dificuldade de comunicação e às diferenças existentes entre as necessidades do paciente, entre o que é possível ser oferecido pela equipe multidisciplinar e entre as expectativas dos familiares, a incidência de relações conflituosas entre todos os envolvidos nos serviços de urgência e emergência se mostra uma realidade comum nestes ambientes⁸.

Assim, o pronto-socorro, que deveria ser um ambiente suficientemente bom para as necessidades dos pacientes, que se apresentam regredidos pela vivência da situação de crise, muitas vezes é inadequadamente aversivo⁹. Percebe-se que a boa parte da demanda de atendimento psicológico é ligada a sintomas reativos ao ambiente: depressão, estados confusionais, alteração dos estados de agressividade, não colaboração com o tratamento, não aceitação da cirurgia ou exames invasivos¹⁰.

A vivência da hospitalização é uma situação limite na vida de qualquer pessoa. A capacidade adaptativa é posta à prova, podendo gerar desorganização psíquica e as reações emocionais mais diversas^{3,4,8,9}. Todavia, não se pode dizer que o ambiente seja o único desencadeador destes distúrbios, pois a forma como cada um vai lidar com a situação de crise é determinada por sua organização psíquica e recursos internos de enfrentamento que o sujeito possa dispor^{8,9}. A instabilidade emocional causada por uma situação de crise pode permitir ao indivíduo descobrir maneiras de solucionar o problema e gerar um maior amadurecimento emocional. Todavia, pode ocorrer também uma desorganização de funcionamento, causando adaptações inadequadas e sentimento de impotência⁷.

Existe uma ampla literatura quanto ao uso de tecnologias nos serviços de urgência, por outro lado, há uma escassez de pesquisas sobre os aspectos emocionais dos pacientes, familiares e equipe de saúde e quanto à dinâmica de trabalho em equipe em serviços de urgência e emergência³.

3. O FAZER DO PSICÓLOGO NO PRONTO-SOCORRO.

Ao psicólogo que pretenda se inserir em serviços de urgência e emergência, será necessário possuir atributos como agilidade, personalidade flexível e saber lidar com imprevisibilidades. Faz-se imprescindível então, que o profissional busque continuamente por conhecimento e treinamento prático para atendimento a situações de crise, comunicação de más notícias e comunicações interprofissionais⁸.

Algumas das possíveis variáveis a serem enfrentadas pelo psicólogo nos setores de emergência são: a possibilidade de óbito do paciente, o desenvolvimento de sequelas que tornem o paciente incapaz de continuar sua rotina privada e/ou profissional, angústia dos familiares ou pacientes, podendo se apresentar em forma de crises convulsivas, agitação psicomotora, crises de ansiedade, tentativas de suicídio, evasões, entre outras¹⁰. A intervenção psicológica em situações de crise deverá auxiliar o sujeito a restaurar o seu funcionamento psíquico basal ou o mais próximo possível ao que apresentava antes da crise se instalar, proporcionando uma contenção apropriada ao indivíduo em conflito para favorecer sua recuperação emocional⁸.

Por meio da escuta e do acolhimento, o psicólogo permite ao sujeito expressar o sofrimento, tornando possível ao profissional fazer a distinção entre a urgência subjetiva e a urgência médica e na medida do possível resguardar o paciente em sua subjetividade^{1,3,6}. Entende-se por urgência subjetiva, aquilo que o sujeito considera como urgente naquele momento, sendo o papel principal do psicólogo no pronto-socorro dar voz à subjetividade do paciente⁶.

Assim, a escuta da urgência subjetiva, deve minimizar sentimentos de ansiedade, angústia, desamparo, possibilidade de morte, conflitos e sintomas depressivos, promovendo um resgate ao sujeito, em meio ao sofrimento emocional promovido pelo processo de adoecimento⁶. A ação clínica do psicólogo no contexto de urgência, favorece a criação de espaços de continência à desestruturação psíquica, através de uma relação de confiança, que possibilite um ambiente favorável à expressão dos conflitos, fantasias, dúvidas suscitadas pela incerteza do futuro, e reflexão e elaboração de uma vivência relacionada ao presente⁹.

As intervenções psicológicas em pronto-socorro precisam ser focais e visam abordar aspectos relacionados à doença, identificar dificuldades de adaptação ao processo de adoecimento ou à dinâmica da instituição e deve também sensibilizar o paciente e o familiar a dar continuidade ao tratamento psicológico após a alta hospitalar, se assim se fizer necessário⁷. Desta forma, além de compreender e minimizar o sofrimento emocional relacionado ao adoecimento e à internação, o trabalho do psicólogo hospitalar pode ter ainda um caráter de prevenção, à medida que traz à tona os significados subjetivos da experiência do adoecimento para o indivíduo¹.

Para tanto, o profissional não terá tempo de esperar pelo insight de forma convencional, ele precisará utilizar de suas habilidades de forma total e imediata, apresentando uma postura que possa ser diretiva e ao mesmo tempo acolhedora, para conseguir o maior número de informações no menor período de tempo possível e levantar hipóteses diagnósticas sobre o paciente, que norteiem uma proposta de intervenção^{3,9}. Destaca-se então a importância de realizar intervenções com começo, meio e fim, em que se obje-

tive se avaliar a natureza e o grau do acontecimento na vida do paciente e identificar os recursos psíquicos que ele dispõe para o enfrentamento adequado da situação, buscando mobilizar recursos internos para a adaptação do paciente às condições da equipe e do setor e flexibilizar a equipe para o atendimento às necessidades do paciente^{3,9}.

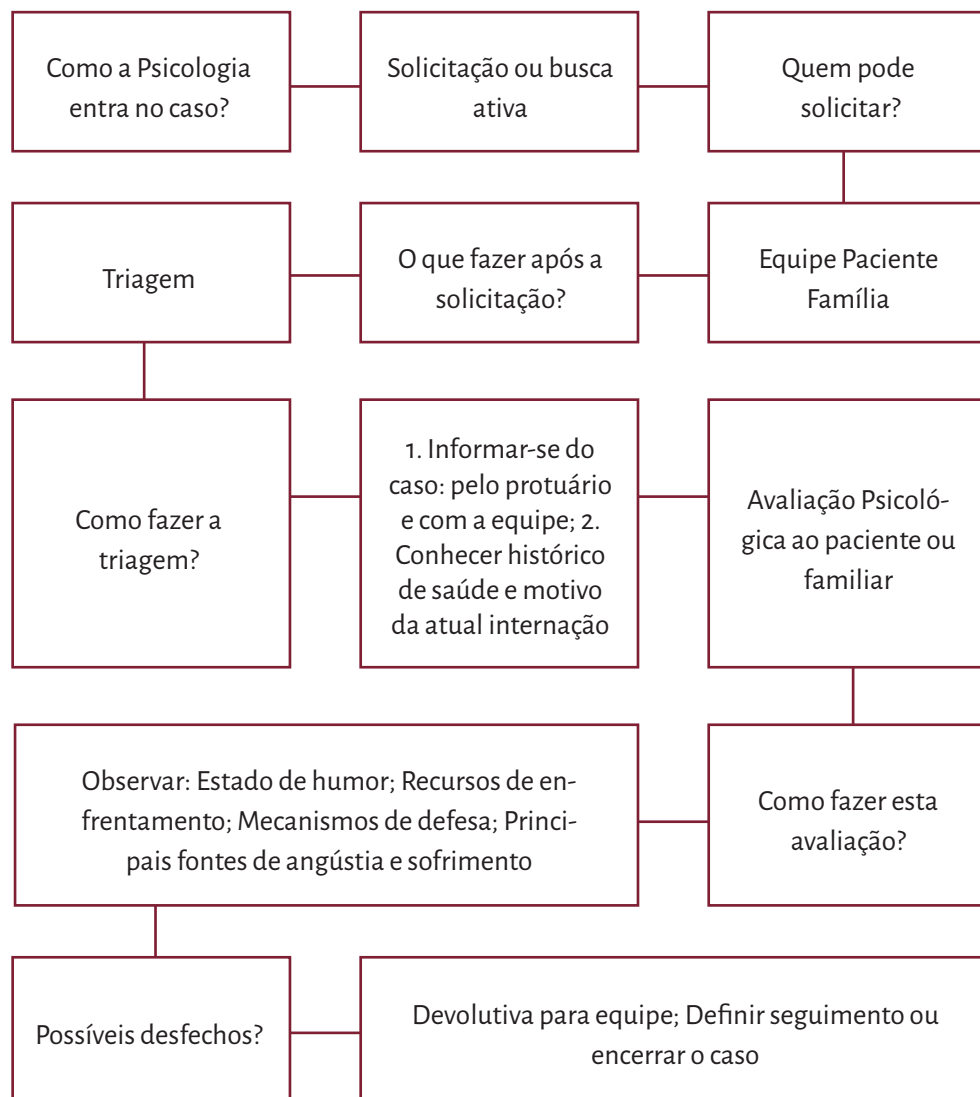
Desta forma, se faz essencial que o psicólogo possa sustentar sua atitude clínica no lugar que lhe cabe, e ao mesmo tempo, desenvolver a habilidade de transitar entre a objetividade do contexto institucional e a subjetividade do paciente. Desta forma, a abordagem psicológica deverá abrir espaço para os cuidados de ordem objetiva, sem perder de vista a pronta-escuta psicológica, o acolhimento e cuidado emocional da situação de urgência e emergência¹¹.

Neste sentido, um importante foco da intervenção do psicólogo é o intermédio e favorecimento da comunicação e das relações inerentes a este ambiente. Uma vez que o psicólogo auxilia a equipe a identificar possíveis dúvidas em relação ao tratamento, estilo de vida e uso de medicações, possibilitando que sejam feitas melhores orientações que atendam a necessidade do paciente, que prestem apoio emocional e a partir da necessidade identificada, realizar os devidos encaminhamentos para a continuidade do acompanhamento em saúde física e mental do paciente⁸. Assim, a intervenção psicológica nas situações de crise pode, inclusive, contribuir diretamente para a prevenção das reinternações, desafogando os serviços de urgência e emergência.

Com relação ao atendimento à família, o papel do psicólogo será o acolhimento e instrumentalização desta para o auxílio ao paciente⁹. Com isto, o objetivo do psicólogo neste momento é favorecer a diminuição da angústia dos familiares a um nível suportável e ajudá-los a recuperar seu funcionamento adequado e sensibilizar os familiares a se apoiarem entre si, lidando com a própria tristeza e cuidado dos mais frágeis. Muitas vezes, faz-se necessário ensinar os familiares a identificar sinais e sintomas para buscarem um atendimento psiquiátrico e psicológico para aquele familiar que se mostre em maior desestruturação psíquica, sendo alguns indicadores de necessidade de um acompanhamento o histórico de psicopatologias e o risco de suicídio.

Portanto, a contribuição do psicólogo em unidade de emergência, possibilita um serviço mais integrado, contribui para a satisfação dos usuários, apontando para mudanças e melhorias nos atendimentos às famílias e aos pacientes. O esquema abaixo resume a ação do psicólogo diante de uma solicitação de atendimento em Pronto-Socorro.

Figura 1. A prática do Psicólogo no Pronto Socorro.



Fonte: Figura elaborada pelas autoras com base em experiência prática própria das autoras.

A fim de esclarecer sobre as situações clínicas mais frequentes ou de maior relevância serão apresentados alguns casos que ilustram a ação do psicólogo nos serviços de urgência e emergência, bem como em cenários de urgência subjetiva. Será apresentado, então, um caso de acolhimento ao óbito, um caso de tentativa de suicídio e um caso de crise de ansiedade. Os casos em questão foram escolhidos por suas temáticas, que apresentam situações de urgência que geralmente geram dúvidas e inseguranças aos profissionais sobre como proceder diante destas situações. Por se tratarem de casos ve-

rídicos, serão preservados os nomes e dados pessoais dos pacientes e familiares envolvidos, bem como das instituições em que se deram os atendimentos.

3.1. CASO 1. COMUNICAÇÃO DE ÓBITO INESPERADO.

A psicologia é chamada pela equipe médica para realizar acolhimento a um senhor de 66 anos que recebeu notícia de óbito de sua esposa, com quem conviveu 45 anos, devido a uma parada cardiorrespiratória.

No pronto socorro, a solicitação da intervenção da psicologia em situações de óbito é bastante comum e indicada na maioria dos casos. Entende-se como importante, sempre que possível, que o psicólogo possa fazer parte da comunicação da má notícia, ao lado da equipe médica, entretanto, nem sempre isto se faz possível em um cenário de urgências como o pronto-socorro, sendo o psicólogo muitas vezes solicitado somente quanto a equipe identifica a fragilidade emocional na família após a notícia ou algo que, de alguma forma, gere angústia na equipe envolvida.

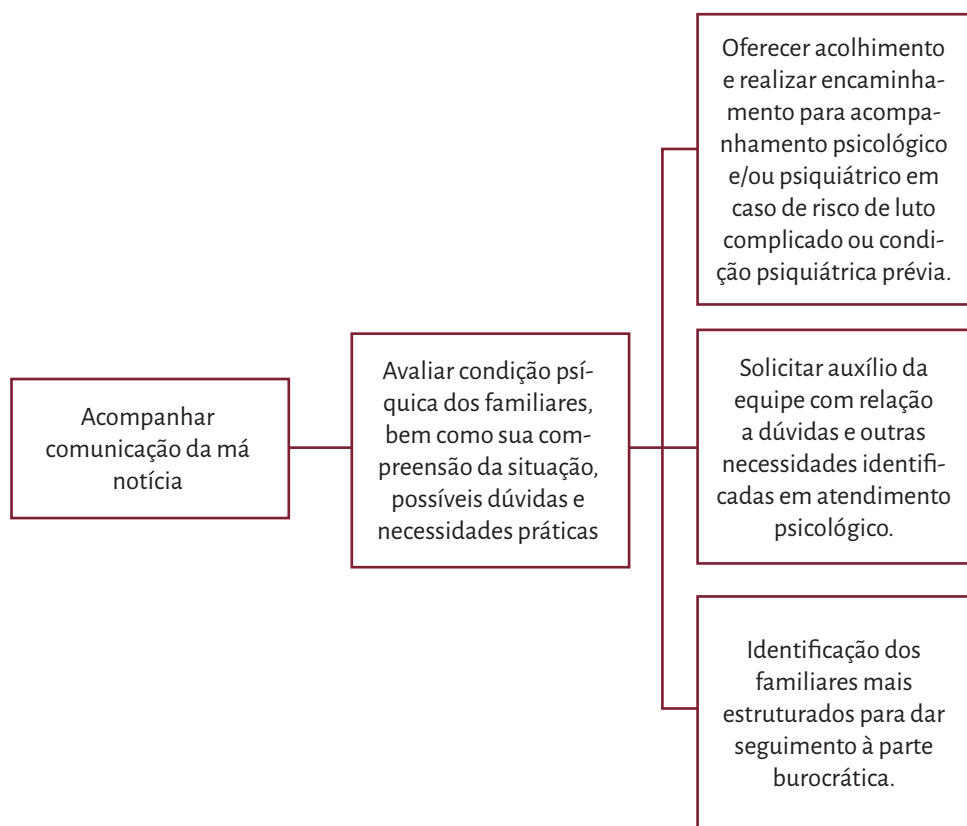
Neste caso, a psicologia foi solicitada após a notícia do óbito. O familiar encontrava-se sozinho, no ambiente destinado à espera pelas próximas orientações e procedimentos burocráticos de pós óbito. Estava presente o esposo da paciente, que relatava não saber como seguir sem ela dali por diante, a psicologia ofertou escuta e acolhimento da angústia. Naquele momento, considerou-se a reação esperada, diante de um óbito súbito, que não possibilitou nenhum tipo de preparação ou previsibilidade ao familiar. Observou-se que a escuta foi a intervenção mais importante, pois o familiar tinha desejo de falar e estava em seu discurso tentando dar sentido àquela vivência e demonstrava ter recursos para seguir neste processo.

Para os casos de situações trágicas e súbitas, orientações valiosas podem ser encontradas na Cartilha da OMS: Primeiros Cuidados Psicológicos¹², que auxilia a nortear a ação de equipes em situação de desastres, podendo ser utilizada como base para o acolhimento ao óbito em situações abruptas e/ou de violência.

Pôde-se realizar ainda a avaliação e acolhimento às filhas da paciente, que no momento da notícia estavam em casa e foram informadas pelo pai ao telefone. As mesmas chegaram ao encontro do pai no hospital e demonstraram desejo de poder conversar com a equipe médica e solicitaram o acompanhamento da psicóloga para o momento do reconhecimento do corpo. Além delas, compareceram também os esposos das mesmas, que demonstraram condições emocionais mais estáveis e foram orientados com relação aos procedimentos burocráticos.

A psicóloga optou por encerrar o atendimento ao perceber que ambos os familiares se encontravam organizados psiquicamente e em condições de oferecer suporte entre si. Foi dado espaço, então, à privacidade da família, deixando o serviço à disposição. Neste momento, faz-se necessário orientar a família sobre como encontrar a psicóloga ou ao restante da equipe de saúde em caso de necessidade.

Figura 2. Conduitas em Situação de Óbito.



Fonte: Figura elaborada pelas autoras com base em experiência prática própria das autoras.

3.2. CASO 2. TENTATIVA DE SUICÍDIO.

Psicologia é chamada no pronto atendimento para avaliar o caso de uma adolescente de 17 anos, que havia realizado uma tentativa de suicídio por ingesta medicamentosa. A paciente já havia sido atendida pela equipe da clínica médica, que observou que, clinicamente, a paciente já estava em condições de alta.

A paciente mostrou-se lúcida, orientada, com humor entristecido, afeto sintônico, atitude receptiva. A paciente estava no último ano do ensino médio, residia com a mãe e 2 irmãos, sendo a filha mais nova e estava namorando há alguns meses, sendo esta sua segunda namorada desde que assumiu ser homossexual.

Em avaliação, foi identificado que a tentativa atual era a primeira realizada pela paciente e se deu de forma impulsiva após discussão com a namorada, tomou todas as medicações que encontrou na casa, incluindo antidepressivos do irmão mais velho, em tratamento por depressão. Demonstrou dificuldade de lembrar-se exatamente da tentativa em detalhes, mas se mostrava arrependida por perceber susto vivenciado pela mãe ao trazê-la ao hospital após receber mensagens de texto da namorada da paciente avisando sobre a paciente estar estranha ao telefone, ao chegar em casa a mãe encontra a paciente sonolenta e confusa, reconhecia que havia tomado remédios para dormir, mas não especificou quantidades.

A paciente conseguiu expressar ainda que já não se sentia bem há algum tempo e que considerava a situação um estopim e que foi uma ação impensada e impulsiva, mas percebe que sua maneira de lidar com as frustrações estava trazendo riscos a si própria e que ela mesma não desejava falecer. Referiu estar mais triste e reservada desde a perda da avó, há quase 2 anos, a qual foi relatada de forma muito vívida pela paciente, visto que a avó havia falecido naquele mesmo hospital. Ela considera que este luto ainda é vivenciado de forma intensa, não somente por ela, mas também pela mãe e irmãos.

A psicóloga sugeriu uma conversa com a mãe da paciente, que estava presente no hospital, aguardando o término da avaliação. A paciente mostrou-se a favor desta abordagem, considerando o sofrimento causado a mãe. Em atendimento à familiar, foi percebido que a mãe da paciente foi receptiva, estava assustada com a situação, com sentimento de perda de controle. Foi reconhecendo que a paciente passara por momentos complicados, assim como todos desde a perda da avó e mais atualmente, após assumir sua homossexualidade, a paciente passou a vivenciar uma rejeição do pai, separado da mãe desde que ela era bebê. Observou-se que a mãe da paciente se mostrava sobrecarregada emocionalmente, por já ter um outro filho deprimido e sentiu-se inicialmente perdida sobre como auxiliar à filha dali em diante, porém, com o acolhimento e orientações da psicóloga sobre a importância de a paciente poder ter um acompanhamento em saúde mental, ela foi sentindo-se aos poucos mais segura e instrumentalizada para dar seguimento ao tratamento da paciente.

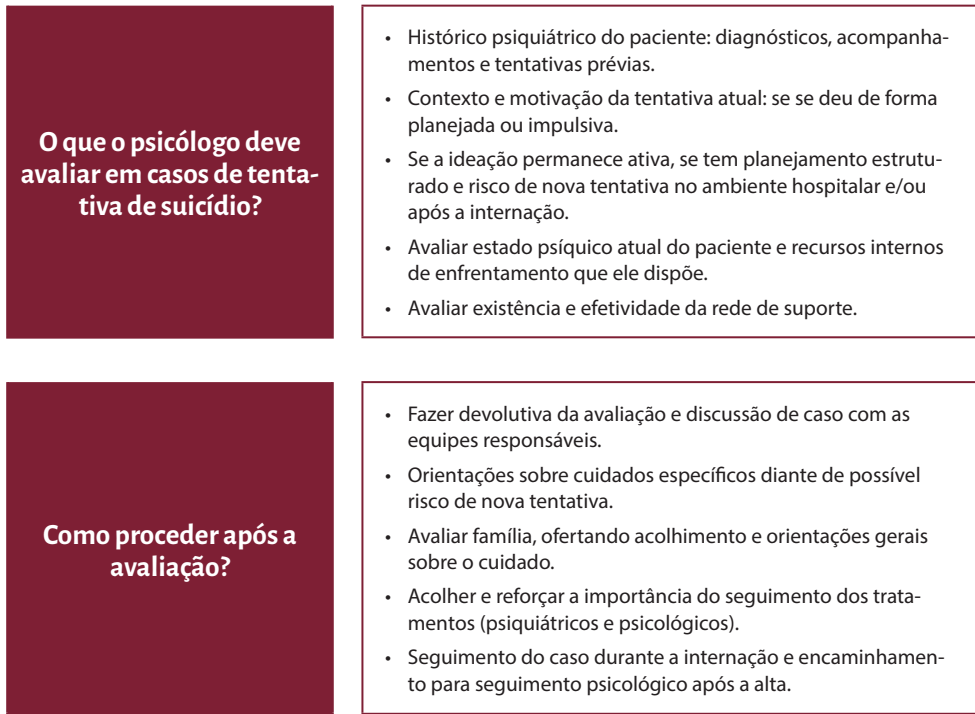
Por se tratar de um hospital geral e que não dispunha de leitos específicos de psiquiatria a enfermagem e a equipe de clínica médica estavam responsáveis pelo caso descrito e também foram orientadas quando aos procedimentos indicados pela psicologia no trato com a paciente e a familiar. A equipe de psiquiatria foi solicitada para ava-

liação e definição de conduta. Após avaliação da psiquiatria e discussão do caso entre as equipes, foi considerado que a paciente em questão poderia receber alta hospitalar com os devidos encaminhamentos para acompanhamento psiquiátrico e psicológico em ambulatório. Foi importante a discussão do caso com a psiquiatria e a clínica médica, para definir conduta com relação à possibilidade de encaminhamento para internação psiquiátrica, que neste caso foi considerada desnecessária. Foi dado acolhimento à paciente, à familiar e garantidos os encaminhamentos para seguimento ambulatorial.

Em casos de tentativas de suicídio, é importante investigar sempre o histórico psiquiátrico do paciente, quanto aos diagnósticos, acompanhamentos, internações ou tentativas prévias, presença de ideação ou planejamento atuais e rede de apoio disponível. Sabe-se que a existência de tentativas prévias e planejamento atual e estruturado são indicadores de alto risco de nova tentativa e são informações de extrema relevância para o planejamento terapêutico. Diante de casos em que se identifique presença de ideação atual, orienta-se a equipe de enfermagem para reforço de medidas de supervisão ao paciente e retirada de objetos que representem risco à paciente (objetos perfuro cortantes, fios, cintos, etc.).

A decisão sobre a alta hospitalar, encaminhamento para internação psiquiátrica ou acompanhamento em ambulatório ou rede de saúde mental do território em questão, são uma responsabilidade da equipe médica, sendo o mais comum que a equipe de psiquiatria decida, muitas vezes em conjunto com a equipe responsável pelo caso/setor. Contudo, o psicólogo poderá sempre contribuir para o planejamento terapêutico discutindo e compartilhando sua percepção quanto ao caso. Em geral, os hospitais costumam possuir protocolos internos sobre como proceder em casos de tentativas de suicídio, sendo importante ao profissional da psicologia estar a par deles, para poder prosseguir conforme as recomendações institucionais e/ou trazer para a instituição uma sugestão de planos de ação, embasados na literatura, sem descaracterizar as especificidades de cada caso, mas que funcionem como um norteador para a equipe que receberá o caso.

Figura 3. Modelo de avaliação psicológica frente às tentativas de suicídio.



Fonte: Botega¹⁹.

3.3. CASO 3. TENTATIVA DE SUICÍDIO SEGUIDA POR CRISE DE ANSIEDADE.

Carlos (nome fictício), 25 anos, chega ao pronto socorro devido a uma tentativa de suicídio por intoxicação exógena (medicamentosa), poucas horas após sua admissão no PS, dá entrada na UTI Adulto do mesmo hospital. Após controlados os sintomas físicos, a equipe de psiquiatria e psicologia são acionados para realizar a avaliação de saúde mental.

Em avaliação psicológica, observa-se que Carlos possui um relacionamento homossexual estável, conflitos com a mãe devido a sua sexualidade, o pai é ausente, além disso, é funcionário de uma financeira, contexto de grande estresse e cobrança por resultados. Embora localize racionalmente que questões concretas o desgastam emocionalmente e que há anos está em processo psicoterapêutico, Carlos relata sobre a falta de sentido em viver, mesmo reconhecendo questões positivas em sua vida, o relacionamento com namorado, por exemplo. Trata-se de uma clínica que tenciona a possibilidade de diagnóstico para a melancolia e para um desinvestimento estrutural na vida.

REFERÊNCIAS

1. Vieira MC. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Rev Bras Clin Med.* 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2006.
3. Rossi L. Gritos e Sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas – FMUSP [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2008.
4. Barbosa LNF, et al. Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. *Rev SBPH.* 2007; 10(2): 73-81.
5. Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
6. Sassi A, Oliveira S. Os desafios do psicólogo no atendimento a pacientes internados no pronto socorro. *Revista Psicologia.* 2014 julho; 23: 97-107.
7. Scremin SM, Avila RC, Branco CJ. Alcance e limites do serviço de psicologia do hospital de pronto socorro de Canoas – deputado Nelson Marchezan. *Rev SBPH.* 2009.
8. Stenzel GQL, Paranhos ME, Ferreira VRT. Intervenções Psicológicas em Unidade de Emergência e Urgência. In: _____ A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2012.
9. Ismael SMC. O psicólogo na unidade de emergência. In: _____ A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
10. Borges E. Atendimento em sala de emergência. In: _____ Psicologia clínica hospitalar: trauma e emergência. São Paulo: Vetor; 2009. 139-166.
11. Silva SC. O lugar do psicólogo no contexto de urgência e emergência. *Blucher Medical Proceedings.* 2015; 1: 26-30.
12. Organização Mundial da Saúde. War Trauma Foundation e Visão Global internacional. Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. Geneva: OMS, 2015.
13. Botega NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.; 2012.

BLOCO 2
CASOS CLÍNICOS



A MORTE EM CENA NA UTI PEDIÁTRICA: A VIDA EM CONTRADIÇÃO

MAGDA SILVA DO NASCIMENTO

O adoecimento grave de uma criança, geralmente, é indicativo para internação e permanência em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica, local no qual é mantido o sistema de vigilância contínua aos pacientes, frente a importância e gravidade do adoecimento. Em uma UTI pediátrica é fornecida assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição. Os familiares podem permanecer em acompanhamento enquanto o paciente estiver internado, condição essencial para diminuir o sofrimento emocional da criança, preservar o vínculo mãe-bebê no início da vida e ofertar um atendimento humanizado para o paciente e sua família.

O Estatuto da Criança e do adolescente (ECA)¹ no seu artigo 12º indica que os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. Diante do reconhecimento da importância e participação da família no processo de recuperação da criança, pode-se pontuar que não somente a criança permanece internada durante o adoecimento, mas também um núcleo familiar e, portando o binômio família-paciente, precisam de cuidado no decorrer desta experiência de hospitalização. É de extrema importância que os profissionais que integram a equipe da unidade, compreendam a importância da relação da criança e família, assim como, incentivem a relação e interação do cuidador com a criança no intuito de fortalecer o vínculo de afetividade entre ambos.

Diante do contexto de adoecimento, imprevisibilidade, impotência, mudança de rotina e sofrimento que são gerados nos pacientes e familiares, temos o trabalho do psicólogo hospitalar, que age nos fatores psicológicos que permeiam o adoecimento, uma vez que a doença atinge muito mais que o orgânico. A atuação do psicólogo hospitalar é

pautada no manejo da tríade paciente, família e equipe cuidadora, intermediando estes três pontos com o propósito de tornar a internação e adoecimento uma experiência possível de ser vivenciada pelo núcleo familiar. O psicólogo atuante em UTI pediátrica, realiza os atendimentos através de solicitação formal via sistema informatizado, informal durante uma conversa com um integrante da equipe cuidadora ou por busca ativa, que é baseada em critérios compatíveis com a unidade de internação de atuação, como por exemplo, tempo prolongado de internação, vulnerabilidade social, gravidade do caso e prognóstico ruim.

O caso clínico que será abordado nas próximas linhas, terá os nomes dos envolvidos alterados para preservação de suas identidades. Se trata de uma solicitação informal feita pela médica pediatra responsável pelo acompanhamento do caso. No decorrer da conversa de solicitação, foi possível conhecer um pouco da história do paciente que seria atendido. Nesta comunicação informal com a pediatra, descobre-se que o paciente já é conhecido por boa parte da equipe cuidadora, devido à proximidade de tempo com a sua última internação e pela frequência com que era internado na instituição. É trazida a informação que o paciente gosta de se sentir útil nas internações e sempre produz materiais para se comunicar com a equipe e falar de como se sente, como por exemplo, a elaboração de uma lista com coisas que o incomodava e o agradava na UTI. Também é acrescentada a informação que o paciente interagia muito bem com os profissionais da equipe cuidadora e sempre fez bom uso do espaço terapêutico ofertado pelos psicólogos.

Após a pré-entrevista realizada com a médica responsável pelo caso, o prontuário do paciente é acessado, para entender quais sintomas o levou a mais uma internação e qual seria seu adoecimento de base. Após a leitura de informações, é possível conhecer um pouco mais sobre Pedro, dez anos, paciente com cardiopatia congênita, nomeada de ventrículo único, descoberta com sete meses, submetido a diversas intervenções cirúrgicas ao longo de sua vida, sendo a primeira com oito meses e agora com quase onze anos tinha indicação de transplante cardíaco. A cardiopatia congênita acomete o coração da criança ainda no seu desenvolvimento intrauterino, alterando a anatomia do órgão.

Pedro se mostrou comunicativo no decorrer do atendimento e através do discurso apresentado observa-se o quanto ele é participante no seu processo de adoecimento, compreendendo a gravidade da sua cardiopatia, importância da internação naquele momento e tratamento proposto pela equipe cuidadora. Seu núcleo familiar é composto por seu pai, sendo ele o único filho do casal. A família é residente do interior de São Paulo, fator complicador nas internações, pois, por questões financeiras e logística – distância entre as cidades – a família tinha a necessidade de se hospedar na casa de familiares e não retornava para casa no decorrer da internação do filho. Devido motivos

extra hospitalares da família, a mãe de Pedro o acompanhou no início da internação, enquanto o pai permaneceu no interior de São Paulo.

O adoecimento geralmente é algo repentino e acomete o paciente e a família de forma inesperada, gerando sofrimento, inseguranças e mudança de rotina. No caso deste paciente e família, as internações eram recorrentes e cada vez mais, se tornavam extensas. Este é um dado importante para ser analisado; a criança em situação crônica passa por diversas internações e isso torna o ambiente hospitalar mais familiar, no entanto, temos a ciência que mesmo sendo um ambiente conhecido, a UTI permanece sendo considerada uma unidade causadora de sofrimento. Este apontamento é justificado pelo fato de o paciente estar, recorrentemente, sendo submetido a procedimentos invasivos e dolorosos e também por ser uma situação na qual os coloca de frente com o agravamento do adoecimento, no caso do Pedro, da cardiopatia.

No mesmo atendimento, Raimunda, mãe de Pedro, é avaliada, apresentou-se de forma acanhada e usou o espaço ofertado para falar brevemente sobre o adoecimento do filho, do próprio adoecimento por diabetes e perda de visão progressiva e do tratamento de hemodiálise iniciado há menos de um ano com frequência de três vezes por semana. Esta família enfrentava diversas situações com grande potencial de sofrimento psíquico e desenvolvimento de transtornos emocionais. Por diversas vezes foi presenciado a inversão de papel desempenhada por Pedro que se sentia responsável pelo cuidado da mãe, uma vez que seu pai não estava presente fisicamente naquele momento da internação.

O vínculo com o paciente, foi sendo construído ao longo dos atendimentos, Pedro gostava muito de jogos e através deles o discurso pôde ser construído. A brincadeira proporciona a diminuição do estresse gerada pelo adoecer e a permanência em uma UTI e pode ser uma estratégia para diminuir o medo e ansiedade ocasionado pelo adoecimento. Nos primeiros atendimentos os discursos eram mais superficiais e se atinham ao jogo e brincadeira utilizada naquela situação. Com o passar dos dias, Pedro começou a falar de como se sentia estando doente e internado, trazia muito pesar nas palavras devido o distanciamento do pai, da escola e dos seus amigos. Pedro era muito aplicado na escola e não poder manter a rotina escolar o deixava muito entristecido; já havia perdido o ano letivo anterior devido a última internação que havia sido muito prolongada e não queria que isso voltasse a acontecer. A internação em uma UTI é marcada pela ruptura familiar e quebra de convivência social e para Pedro que era o paciente de mais idade, da unidade, esses fatores eram de extrema importância e geradores de sofrimento.

O intuito da equipe cuidadora, no caso do Pedro, era estabilizar o quadro clínico e solucionar os sintomas apresentados naquele momento: edema de bolsa escrota e face

e aumento progressivo de ascite, sintomas esperados para a sua doença do coração. A cardiopatia do paciente apresentava piora progressiva ao longo dos anos e evoluiu para uma insuficiência cardíaca, com critérios clínicos para inserção em fila de transplante, mas para que isso acontecesse era preciso primeiramente estabilizar o seu quadro clínico, que naquele momento estava descompensado e posteriormente encaminhá-lo para instituição de referência para que fosse avaliado por uma equipe multiprofissional e possivelmente inserido em fila de transplante.

Este tema foi abordado em alguns atendimentos psicológicos, com intuito de avaliar o quanto a família e o paciente compreendiam sobre o procedimento cirúrgico, seus medos e desejo em realizá-lo. Tanto paciente, quanto sua mãe, estavam apropriados do motivo da indicação de transplante, os riscos envolvidos neste procedimento, a possibilidade de uma longa espera por um doador compatível e contratempos do pós-operatório; mas compreendiam também que esta poderia ser uma tentativa para mudança na qualidade de vida do Pedro, que desde muito novo sofreu com os impactos do adoecimento em sua vida e corpo. Em alguns atendimentos individuais, Pedro conseguiu falar sobre seu medo em relação a realização do transplante cardíaco; no discurso trazia o desejo em ter uma vida “mais normal” comparada aos seus amigos, mas sentia medo por saber que não teria nenhuma garantia de efetividade do transplante cardíaco. Nos atendimentos, sempre foi ofertado espaço e escuta para que Pedro pudesse falar sobre seus diversos medos e angústias.

Em um atendimento específico Pedro falou sobre autoimagem, discorreu sobre como se sentia diferente dos colegas e conseqüentemente feio, referiu sobre o desequilíbrio do seu corpo, se sentia magro quando observava pernas e braços e achava o tamanho da sua barriga desproporcional. Devido a cardiopatia de base, Pedro apresentava acúmulo de líquidos na região abdominal, causando este inchaço, nomeado como ascite, sendo um dos sintomas que ocasionou a internação. Pedro não tinha controle sob o corpo ao qual não tinha se adaptado, a aparência física vista no espelho gerava sofrimento psicológico, uma vez que era alvo de preconceitos pela cardiopatia que carregava. No seu corpo havia marcas de sua história, cicatrizes alocadas no peito, que dificultavam seu ajustamento social com crianças do seu convívio. Dentro do hospital, Pedro tinha suas necessidades reconhecidas pela equipe cuidadora e um olhar afetuoso por parte deles, mas para um menino em sua idade, também era importante o reconhecimento dos seus pares.

No decorrer da internação, é possível perceber que o paciente foi apresentando um humor mais hipotímico, demonstrando menos interesse nas conversas e jogos e através dos atendimentos nota-se que existem dois pontos principais que influenciam o humor do paciente, a proximidade com seu aniversário, afinal ele não desejava mais uma vez

passar esta data dentro do hospital e a saudade do pai, que não via há aproximadamente dois meses e que, em boa parte de suas internações, o acompanhou enquanto Raimunda cuidava de sua doença. Percebe-se que o prolongamento da internação havia ressaltado em Pedro o sentimento de impotência e este passou a recordar outros momentos da vida em que também estava internado, sentindo, portanto, o quanto a cardiopatia atravessava a sua vida ao longo dos anos.

Com a leitura clínica construída ao longo dos atendimentos e os dados colhidos na pré-entrevista, fica claro que a participação mais efetiva do paciente naquele contexto, poderia auxiliá-lo quanto ao humor. Portanto, é solicitado ao paciente a contribuição em um grupo de mães, sua ajuda se basearia na elaboração de uma carta para ser entregue as participantes na data do evento. Pedro aceita a proposta imediatamente e demonstra empolgação. O grupo de mães foi realizado conforme rotina da unidade e como previsto, é solicitado que as mães escrevam uma carta aos seus filhos internados na UTI. As mães aceitam a proposta e se emocionam com a elaboração da carta. Sequencialmente a carta do paciente Pedro é lida, em toda sua escrita possuía adequação das palavras e empatia com o sofrimento que as famílias enfrentavam diante do adoecimento e internação de seus filhos. Após a finalização do grupo, diversas mães fazem questão de conhecer Pedro para agradecer pelas palavras reconfortantes e carinho. Esse acontecimento renovou a alegria do paciente e de sua mãe que demonstrava orgulho diante da sensibilidade do filho.

Com o passar dos dias, o quadro clínico do paciente evoluiu positivamente, a equipe pôde estabilizar os sintomas causais da ida ao pronto socorro e internação na UTI e naquele momento o paciente não possuía mais critérios de indicação para estar naquela unidade e recebeu alta para Enfermaria Pediátrica. É de extrema importância ressaltar que o paciente seguiu em acompanhamento psicológico com a mesma profissional, de forma que o elo entre as unidades pôde ser mantido, fortalecendo assim o vínculo construído. Não diferente do que acontecia na UTI, na Enfermaria Pedro e sua mãe tinham uma afeição muito grande pela equipe cuidadora, fator que facilitava a vivência da internação naquela unidade. Ambos passavam boa parte do dia na brinquedoteca, jogando e conversando com a profissional responsável pelo espaço.

Pedro permaneceu com seu quadro clínico estável, conforme era esperado pela família e equipe cuidadora, mas não estava bem o suficiente para poder retornar para casa e passar seu aniversário em outro ambiente, que não o hospitalar, conforme era desejado. A equipe cuidadora mobilizou-se diante do sofrimento do paciente e organizaram uma pequena festa surpresa para Pedro, no seu lugar predileto, brinquedoteca. A comemoração trouxe muita alegria para todos os envolvidos na organização e para a família, que neste momento já estava com a presença de João, pai do Pedro. Após a

comemoração, nesta mesma noite, com 11 anos completos, Pedro novamente começa a apresentar sintomas relacionados a sua cardiopatia e diante da instabilidade do quadro, apresentada naquele momento, é necessário retornar para UTI Pediátrica.

Pedro teve um agravamento do quadro clínico e passou por momentos difíceis, sofreu diversas paradas cardiorrespiratórias e um acidente vascular cerebral, chegando muito próximo do óbito e conseqüentemente não tinha mais indicação clínica para transplante cardíaco. A morte é algo difícil de manejar em uma unidade de internação pediátrica, pois é inconcebível para os pais que seu filho morra antes deles, não respeitando o ciclo vital que abrange: nascer, crescer, envelhecer e morrer. Naquele momento a família de Pedro necessitava de atenção e cuidado para que pudessem vivenciar aquela circunstância da forma menos traumática possível. Os dias posteriores foram instáveis e seguidos de insegurança por parte da equipe e da família que conviviam com a certeza da gravidade na qual Pedro se encontrava. Algumas reuniões familiares foram realizadas com intuito de mantê-los sempre a par do quadro clínico do Pedro e discutir as melhores decisões para o momento vivido, plano terapêutico e dar suporte a família diante da fragilidade do momento. Como recurso de enfrentamento, João e Raimunda faziam uso da religião, companheirismo e acolhimento da equipe cuidadora, que se estendia a família e não somente ao paciente.

Durante toda reinternação na UTI, Pedro permaneceu entubado e em alguns momentos conseguiu se comunicar com a equipe através de estratégias que não a fala. O acompanhamento psicológico foi mantido na participação das reuniões familiares, realização de atendimentos e acolhimentos a família, com intuito de dar visibilidade a dor sentida diante daquela experiência e intermediação com a assistência social criando possibilidades para facilitar a estadia dos pais no hospital. Pedro continuou em piora do quadro clínico e algumas terapêuticas invasivas já não faziam sentido para o seu caso. A equipe de cuidados paliativos é acionada para contribuir em comunicações de terminalidade com a família e delimitação de conduta terapêutica. Neste momento, não só os pais precisam de acolhimento, mas também a equipe cuidadora, que por muitos anos cuidou do paciente e também nutriam expectativas de melhora do quadro clínico e recuperação do paciente.

Nos atendimentos individuais com Raimunda, a familiar conseguia falar sobre si, sobre o seu adoecimento e o quanto se sentia cansada neste processo de internação e agravamento do quadro clínico do filho. Quando o atendimento era realizado com João, discorria sobre necessidade de se manter forte para cuidar do filho e da esposa. Nesses atendimentos individuais foi possível ofertar espaço de escuta e reflexão para ambos, abrindo espaço em meio a dor, para que eles também pudessem mostrar suas fragilidades, mesmo quando acreditavam precisar serem fortes.

Foram realizadas duas reuniões familiares determinantes para o caso do Pedro, uma em que somente João participou, por acreditar que sua esposa precisava ser preservada em decorrência de seu quadro clínico, que devido as hemodíalises e o longo tempo de internação do filho, estava debilitada física e emocionalmente e outra na qual João e Raimunda tiveram condições física e emocional de participar. A primeira reunião teve a participação de todos os médicos especialistas que cuidavam do paciente, duas representantes da equipe de enfermagem e o médico responsável pela UTI Pediátrica. Na reunião todos os profissionais tiveram espaço para falar da sua percepção quanto ao caso, com o olhar da sua especialidade profissional. Em consenso, foi possível transmitir com todo cuidado e ética a irreversibilidade do quadro clínico do paciente e seu processo de terminalidade. Durante a comunicação, João foi confortado ao ouvir os direcionamentos da carta escrita pelo filho para o grupo de mães. Pedro expressa na carta a importância do acompanhamento dos pais durante o adoecimento de uma criança, pontua a importância da religião nos momentos de adversidade e por fim, indica que a UTI não era um ambiente do seu agrado e que as crianças somente deveriam permanecer, quando fosse preciso: “A UTI assusta a gente é o lugar mais adequado para quando estamos mais doentes do que o normal e não sendo nosso lar precisamos de vocês (pais) para nos dar segurança, alegria e esperança”.

João é lembrado que, durante toda a internação, Pedro esteve acompanhado por seus pais, que assim como indicado, a religião tinha sido a principal base estruturante da família nesta vivência e que a UTI não sendo um lugar adequado para o momento de terminalidade vivido, a equipe se organizaria para fornecer um lugar com privacidade para que a família pudesse acompanhar e ter contato permanente com o paciente. Essa medida foi tomada também com a intenção de minimizar o impacto emocional sofrido diante da rotina agitada, própria da unidade intensiva. Ao reproduzir trechos da carta de Pedro, é possível fazer com que João se conecte com o discurso do filho, João se emociona e indica que os assuntos tratados na reunião, lhe faziam sentido. É solicitado a João, que as informações fossem compartilhadas com sua esposa e é ofertado auxílio para esta comunicação. A equipe que disponibiliza tempo para elaboração das informações trazidas e posteriormente uma nova reunião com a presença de Raimunda seria agendada.

Concomitantemente, alguns integrantes da equipe, que se demonstravam mais sensibilizados com o processo ativo de morte do paciente, foram acolhidos pela psicologia, não somente os que estavam trabalhando na linha de frente do cuidado, mas também aos profissionais da Enfermaria, que também construíram vínculo com o paciente e a família; sempre que possível, era realizada breves comunicações sobre o estado do pa-

ciente; esta intermediação fazia com que os profissionais se sentissem reconhecidos na sua dor.

Na segunda reunião, foi possível que os pais do Pedro participassem, juntamente com a médica responsável pelo caso, médico responsável pela UTI pediátrica, representantes da enfermagem e equipe de cuidados paliativos, composta por médico e psicóloga. Esta reunião foi iniciada com o discurso dos pais, foi solicitado que eles comessem dizendo como estavam se sentido diante do adoecimento do filho e como seria possível ajudá-los a atravessar este momento. Ambos se apresentaram fragilizados com a vivência, mas agradeceram a equipe pelo cuidado destinado a eles e ao Pedro. João e Raimunda trazem um discurso sintônico quanto ao estado clínico do Pedro e aceitam a oferta de poder cuidar e acompanhar o filho em um ambiente mais reservado. O papel da equipe nesta reunião foi mais ativo no sentido de tirar dúvidas que restaram e acolher a família; diferente da reunião anterior na qual foi preciso trazer informações condizentes ao quadro clínico e processo de terminalidade. O encontro foi finalizado de forma leve, mesmo tendo sido abordado temas tão intragáveis, como a morte de uma criança.

Após alguns dias, foi realizada a mudança do paciente para um leito reservado que continha todo o suporte necessário para o quadro clínico atual do Pedro. A equipe cuidadora investia no conforto do paciente e em não provocar sofrimento com procedimentos invasivos ou desnecessários. Poucos dias se passaram e os sintomas apresentados pelo paciente, em uma manhã de sexta-feira, indicavam a equipe que Pedro se aproximava do óbito. No quarto do paciente, estava apenas João, ajeitando o filho na cama e alguns integrantes da equipe de cuidado. O silêncio é interrompido com uma pergunta sobre a percepção de João sobre o quadro clínico do filho. João permanece lutando para ser forte emocionalmente diante de tudo que tem vivido, responde que se sente bem e aponta algumas alterações preocupantes no estado clínico do filho. O momento é oportuno para retomada do tema abordado em uma das reuniões, na qual foi falado entre outras coisas, da terminalidade do paciente. João é alertado que aquele se tratava de um momento para estar em família, indicando que trouxesse sua esposa para que pudesse ficar perto dele e do paciente. João compreende o que não foi dito diretamente e se ausenta do quarto para buscar a esposa. O espaço é aproveitado para trazer alguns profissionais da Enfermaria, que em algum momento estiveram diretamente ligados ao cuidado com Pedro, para que esses também pudessem se despedir. Esse contato foi feito de forma cuidadosa, levando em consideração o desejo do profissional em participar daquele momento e do seu estado emocional. O dia foi encerrado com o manejo da situação de terminalidade e da equipe cuidadora e acolhimento da família.

Na manhã seguinte, como esperado, uma mensagem da médica responsável pelo caso, comunicando o falecimento do paciente e a mobilização da equipe cuidadora para

confortar e auxiliar a família. O óbito anunciado de Pedro não foi o suficiente para amenizar o sofrimento de todos os envolvidos, mas a certeza da qualidade do cuidado ofertado serviu como conforto para família e equipe cuidadora. No acolhimento ao óbito, realizado uma semana após o acontecimento, é feito contato com a família, com intuito de acompanhá-los e disponibilizar suporte psicológico. João informa a trágica notícia que sua esposa havia falecido seis dias após a perda do Pedro, “ela foi cuidar dele no céu”, frase utilizada por João em um momento de sofrimento psíquico extremo, no qual os acontecimentos ainda não o faziam sentido.

Essa informação nos permite a seguinte reflexão: este pai, que perde seu filho e fica viúvo em um curto espaço de tempo, teria disponibilidade psíquica para elaborar um luto desta magnitude sem o auxílio de um profissional (psicólogo)? A intensidade e rapidez destas perdas seriam sugestivas para o desenvolvimento do luto complicado? O quanto o psicólogo hospitalar consegue atender as possíveis demandas de luto, considerando que o paciente faleceu, o que para a maioria das instituições significa que o trabalho foi encerrado? Tratam-se que questões sobre as quais não existem respostas prontas, mas que merecem a reflexão por parte dos profissionais que nesta área atuam, ou por aqueles que desejam atuar um dia.

REFERÊNCIAS

1. ECA. Lei nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente; 13 jul. 1990.