

Intervenções Psicológicas em Situações de Crise na Unidade de Terapia Intensiva. Relato de Casos*

Psychological Interventions on Crisis Situations at Intensive Care Unit. Case Reports

Andrea Vannini Santesso Caiuby¹, Paola Bruno de Araujo Andreoli²,

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Psychological interventions on crisis situations have been considered as huge assistant on critical patients' care and on their families at Intensive Care Units. Those interventions that are based on techniques of reducing anxiety, on a wide conceptual knowledge, take as prerequisites assistant handling centered on team, differential diagnosis, support psychological care, ambient handling, relax techniques and family interventions. Having the purpose of contributing to the development of psychological techniques of caring patients on crisis situations.

CASE REPORTS: Five clinical cases were selected and questions techniques related to intensive therapy context were discussed and to its benefits due to handling with critical patients. The bases of psycho-analytical understanding and the use of complementary and cognitive techniques base the intervention and make possible psychotherapeutic, psycho-educational and supportive actions.

CONCLUSIONS: The use of complementary techniques and sensitization of the recognition of the necessities in the context of the emotional inter-relations, related to the patient, the medical team and to the family, configures two other characteristics of the psychologist's work. Psychological interventions at hospital both promote support and create favorable conditions on reestablishing patients and family that are founded at Intensive Care Unit.

Key Words: crisis intervention; intensive care unit; psychology; supportive psychotherapy

O psicólogo tem se inserido nos hospitais por meio de ações assistenciais que abrangem desde a prevenção até a palição. Um dos principais desafios dessa especialidade tem sido fundamentar e desenvolver técnicas de intervenção psicológica que atendam as demandas específicas de ambientes hospitalares diferenciados.

Uma das teorias que muito tem auxiliado na consecução dessa tarefa é a teoria de crise, que é derivada da psicoterapia breve de embasamento psicanalítico. Crise é compreendida como um estado psicológico, onde o fator desencadeante é o desequilíbrio entre a percepção da dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para sua solução¹. Segundo Harbert², esse estado emocional de perturbação agudo também pode ser gerado por fontes situacionais e socio-culturais, resultando na incapacidade temporária da pessoa em lidar com a situação com seus meios habituais de solução do problema. Considera-se, ainda, que a crise é um ponto de transição que possibilita o uso de ações preventivas, como as intervenções focais direcionadas aos sintomas, com objetivo de evitar a cristalização dos mesmos. Assim, as intervenções psicológicas promovem alívio da angústia e da ansiedade, favorecendo o desenvolvimento de um estado emocional mais tolerável e capaz de restaurar a estabilidade afetiva e as relações com o ambiente.

As intervenções para pacientes em crise devem levar em conta, essencialmente, a percepção de que não apresentam condições emocionais para tolerar abordagens técnicas que sejam geradoras de ansiedade, como, por exemplo, aquelas que trabalham com interpretação de forças inconscientes³.

Assim, as intervenções com os pacientes em crise devem utilizar-se de técnicas supressoras de ansiedade.

As intervenções para paciente em crise se aplicam em ambiente hospitalar e, principalmente, em pacientes gravemente enfermos e que se encontram em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), beneficiando-se de tratamentos de elevado nível tecnológico e de alta complexidade que tais unidades possuem. O ritmo da assistência habitualmente é acelerado, guiado por um intenso controle dos parâmetros clínicos, por manutenção do tratamento estabelecido ou por constantes necessidades de mudanças nas condutas médicas e nos cuidados de enfermagem. A essas características soma-se a dimensão individual do paciente e da família que vivenciam um processo de adaptação às alterações e às perdas de ordem física, emocional e social^{4,5}. Por tais razões, pode ocorrer uma elevação da tensão interna do paciente, cuja manutenção, sem sucesso de resolução, pode progredir para patamares insuportáveis, propiciando o aparecimento de alterações psíquicas pouco favoráveis para o seu bem-estar, caracterizando-se uma situação de crise.

A compreensão dessas alterações e a escolha da intervenção psicológica devem considerar as diversas inter-relações entre as características do paciente, sua história prévia e as manifestações psíquicas decorrentes de alterações físicas, como (a) os distúrbios do sono, a amnésia dissociativa, a irritabilidade e a ansiedade⁶, ou (b) os estados confusionais⁷.

Nesse contexto, deve-se considerar, portanto, o uso de (a) manejo assistencial centrado na equipe, (b) diagnóstico diferencial, (c) atendimento psicológico de apoio, (d) manejo am-

1. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM).

2. Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Albert Einstein. Especialista em Psicologia da Saúde, Mestre em Saúde Mental e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM).

* Recebido do Serviço de Psicologia do Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP

Recebido em 01 de setembro de 2004 – Aceito para publicação em 26 de janeiro de 2005.

Endereço para correspondência: Andrea Vannini Santesso Caiuby - E-mail: andreacaiuby@hotmail.com

biental (e) técnicas complementares e (f) intervenção familiar. Ainda assim, a flexibilidade e a criatividade nas soluções da situação de crise são condições fundamentais para a percepção das necessidades que cada caso apresenta⁸.

Com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da técnica psicológica no atendimento a esses pacientes, serão discutidas questões relativas à aplicação da técnica e da inserção do psicólogo no contexto de Terapia Intensiva, sendo exemplificadas através de casos clínicos. Para isso, foram utilizados dados de evolução em prontuário e anotações do próprio psicólogo sobre seus atendimentos. Estes registros fazem parte da rotina de assistência psicológica no hospital e foram coletados retrospectivamente. Os dados demográficos dos pacientes foram alterados e as descrições modificadas a fim de preservar o anonimato dos pacientes e seus familiares sem, contudo, alterar o contexto trabalhado.

MANEJO ASSISTENCIAL

O manejo da situação de crise deve abranger, muitas vezes, o trabalho direto com a equipe, a despeito da possibilidade de intervenção psicológica diretamente com o paciente ou com seus familiares. Assim, a análise da dinâmica hospitalar passa pelo reconhecimento de que a equipe de saúde compõe o *setting* no qual o psicólogo irá atuar, permitindo o manejo assistencial com a equipe multiprofissional.

Essa leitura do contexto terapêutico provém da análise psicanalítica das relações humanas, a qual compreende que o paciente estabelecerá um vínculo emocional com a equipe através de transferências de conteúdos psicológicos decorrentes tanto da sua personalidade, de sua história de vida e de seu adoecimento, quanto do momento de vida atual. Segundo Kubie⁹, definiu e aplicou o termo transferência à relação entre os homens, que consiste de elementos conscientes e inconscientes e que são reportados a partir de atitudes, de necessidades, de sentimentos, de expectativas, de crenças e de objetivos em relação aos outros, sendo esses modelos desenvolvidos na infância e ao longo da vida. Assim, a equipe de saúde é alvo de transferência de conteúdos internos dos pacientes e familiares, cujo movimento deve ser cuidado pelo psicólogo, procurando viabilizar um ambiente terapêutico propício para o restabelecimento do paciente¹⁰.

EXEMPLO DE CASO

Paciente com 32 anos, vítima de acidente automobilístico, com politrauma e estado comatoso. No segundo dia de internação na UTI, foi solicitado pela enfermeira auxílio da psicologia para avaliação da possibilidade da permanência do familiar ao lado da paciente. Segundo a enfermeira, mesmo tendo o médico plantonista informado sobre o prognóstico (possível morte encefálica), o marido parecia não compreender a gravidade do quadro. Apresentava-se ansioso, desejando permanecer ao lado da esposa e solicitando constantes cuidados a ela. A enfermeira concordava com a solicitação do marido em permanecer ao lado da esposa, pois a paciente estava vivendo suas últimas horas. Entretanto, não acreditava que ele tivesse condições emocionais para permanecer na UTI. O marido foi entrevistado pela psicóloga, demonstran-

do um estado de ansiedade exacerbada, por ter entrado em contato com a realidade, mas mantendo-se ambivalente – esforçava-se para negá-la.

A discussão inicial do caso com a equipe de saúde centralizou-se na ambivalência apresentada pelo marido e nas formas com que a equipe poderia organizar-se para contribuir com o seu processo de adaptação à realidade da paciente. Notou-se que a equipe apresentava dificuldade em prover os cuidados de conforto e de higiene, por se ter identificado com o sofrimento da família, o que tornava esses cuidados uma tarefa difícil e angustiante.

A primeira ação da psicóloga foi oferecer suporte à equipe e sugestões de condutas que pudessem auxiliar na assistência, diminuindo o nível de angústia. Essas ações consistiram na mudança da postura referente à higiene da paciente, permitindo a presença do marido para que ele pudesse perceber que a equipe estava presente e investindo no conforto, até propiciar uma conversa direta e sincera sobre as alterações clínicas da paciente. Uma outra ação foi direcionada ao fornecimento de informações e ao acolhimento dessa família por meio de uma reunião entre equipe médica e os familiares. A partir dessas ações, a inserção da psicóloga caracterizou-se pelo suporte diário ao trabalho da equipe com o marido – que permaneceu dentro da UTI até a morte da paciente – bem como por algumas orientações pontuais para os familiares. Após quatro dias a paciente evoluiu a óbito. Dessa maneira, o psicólogo atuou como um mediador entre as necessidades da família e da equipe, podendo gerar um ambiente propício aos cuidados necessários à paciente e à família.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O conhecimento da *interface* físico-psíquica envolvida no processo de adoecimento do paciente é de vital importância para que a intervenção psicológica seja efetiva. Nesse sentido, a tarefa do psicólogo faz-se pelo ato de compreender e de conciliar as diferentes opiniões, entre diversos sistemas conceituais de interpretação, seja ele psicodinâmico ou biológico¹¹. A compreensão de diferentes saberes e a discussão em equipe multiprofissional, no contexto hospitalar, torna-se de fundamental importância tanto para análise da situação, quanto para seleção da técnica, do tipo de assistência e do acompanhamento na evolução do caso.

EXEMPLO DE CASO

Paciente com 64 anos, internada na unidade semi-intensiva devido a um acidente automobilístico, com fraturas nos membros superiores, costelas e perfuração do pulmão. Segundo informações da equipe, a paciente encontrava-se há mais de uma semana com dores. A enfermagem solicitou uma avaliação psicológica, pois a paciente estava muito queixosa – solicitava administração de analgésicos o tempo todo – recusando-se a cooperar com os procedimentos e com os cuidados de enfermagem, mesmo em vigência de analgesia. Na entrevista com a paciente, esta referiu intensas dores que a impossibilitavam de suprir necessidades básicas, como comer e dormir, além de dificultar sua cooperação com os procedimentos de fisioterapia e de enfermagem (tomar banho, por exemplo). A paciente referia, ainda, que se sentia pouco

compreendida em suas queixas em relação à intensidade da dor. Em entrevista com a família, esta referiu que a paciente tinha histórico de baixo limiar para dores, mas não viam que suas queixas atuais fossem desproporcionais àquilo que estava sentindo. A família referia, também, que a paciente não tinha qualquer histórico de sintomas depressivos, nem de ansiedade. Em revisão de prontuário, pôde-se constatar que a sedação estava prescrita para ser administrada por demanda, ou seja, mediante a solicitação da paciente.

A demanda centralizava-se na dor e nos cuidados necessários, sendo a solicitação para avaliação psicológica norteadas por duas questões: Será que a paciente estava sentindo as dores que referia ou as queixas eram de ordem emocional? Esses comportamentos eram derivados, ou não, de um quadro de estresse agudo?

A psicóloga coube a tarefa de desfocar a questão de etiologia da dor – se física ou emocional – e direcioná-la à escuta da queixa da paciente, podendo contribuir para a compreensão de que a vivência da dor tinha caráter não-adaptativo e havia sido desenvolvida, provavelmente, pela contínua experiência de “sentir dor”. Assim, a equipe médica e de enfermagem pôde modificar o plano de cuidado de maneira que permitisse uma analgesia contínua. Nos dias que se seguiram, observou-se que a paciente apresentou bem-estar, mostrando-se colaborativa aos cuidados oferecidos pela enfermagem, restabelecendo o vínculo de confiança com a equipe. Dessa forma, a sugestão para a avaliação psicológica da paciente não somente contribuiu para o fortalecimento e para a manutenção de vínculo de confiança entre equipe e paciente, mas também favoreceu a elaboração de diagnóstico clínico diferencial, o qual otimizou o tratamento em questão.

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE APOIO E MANEJO AMBIENTAL

As intervenções psicoterápicas de apoio devem ser direcionadas a pacientes que se encontram em situações de crise, mas que apresentam característica de personalidade que possibilite a construção de pensamentos abstratos e que permita vincular-se ao terapeuta. Esses critérios de indicação atendem, também, ao enquadre da técnica, pois sendo um atendimento focal na crise a eficácia da técnica relaciona-se diretamente a condição psíquica e clínica do paciente. Destaca-se, no atendimento psicológico de apoio, a postura ativa do terapeuta no manejo da assistência, a fim de permitir continência às expressões, clarificação e reassseguramento das soluções do paciente diante o conflito. Portanto, o papel do terapeuta caracteriza-se por participar ativamente do cuidado, expressando concordância com idéias ou atitudes do paciente (quando pertinentes), reforçando funções adaptativas do ego, reassegurando a boa percepção da realidade e clarificando as características do paciente, ou episódios de sua vida, que podem estar envolvidos nos conflitos atuais. Essa abordagem visa diminuir a angústia e a ansiedade, aumentando o conhecimento do paciente sobre sua condição psíquica e auxiliando-o a enfrentar a sua atual situação de vida¹².

A atuação do psicólogo direcionada ao ambiente deve ser embasada nas necessidades do paciente e no conhecimento das características do ambiente. Dessa maneira, o psicólogo pode promover algumas mudanças favoráveis ao bem estar e

à reabilitação do paciente, como por exemplo, (a) solicitar a presença ou retirada de objetos (livros, som ou fotos) ou de pessoas no ambiente, (b) diminuir estressores (luz, barulho, privação de água ou de sono) e (c) sugerir mudanças de leitos, unidades ou rotinas¹³.

As necessidades dos pacientes, dos familiares e da equipe mudam a cada momento do tratamento em UTI, os quais trazem novos períodos de instabilidade e de adaptação, desencadeados por mudança de medicação, por novo exame, por desmame do ventilador, por troca de unidade, por troca de enfermeira, entre outros.

Portanto, as psicoterapias em contexto hospitalar consistem na ação direta ao paciente, bem como ações de manejo assistencial e ambiental, tornando o trabalho do psicólogo muito mais abrangente.

EXEMPLO DE CASO

Paciente com 68 anos apresentava metástase ganglionar e estava realizando o tratamento de radioterapia, internado na unidade semi-intensiva para tratamento de infecção respiratória. A enfermagem solicitou a avaliação psicológica, referindo que o paciente chorava o tempo todo, durante todos os procedimentos, o que impunha certa dificuldade em ser cuidado. Além disso, o paciente não se alimentava e apresentava dificuldades para dormir. Na entrevista com o paciente, este referiu estar necessitando de ajuda, pois estava perdendo o controle das situações e estava sofrendo diante a ameaça da perda da condição física, da independência, de suas atividades, da autonomia para se locomover, da troca de papéis familiares e da diminuição da condição econômica e social. As sessões de atendimento psicológico de apoio foram realizadas diariamente, durante a primeira semana, e, posteriormente, em dias alternados, até o paciente vir a falecer.

A avaliação psicológica focou-se no problema atual, na análise das condições emocionais do paciente em se restabelecer da crise e na investigação do suporte familiar e social. Detectou-se que a demanda inicial do paciente era de auxílio, para restabelecer o controle sobre os seus sentimentos, controle este dificultado pela extrema angústia. Foi indicada psicoterapia de apoio para o momento de crise, com o objetivo de promover o desenvolvimento de estados emocionais mais adaptativos.

Outras ações do psicólogo foram direcionadas à equipe e ao ambiente, para que o *setting* pudesse favorecer o vínculo e o trabalho terapêutico. Assim, a família foi orientada a restringir as visitas e a minimizar as situações de exposição do paciente a problemas econômicos e sociais. À equipe de enfermagem foi solicitado que auxiliasse o paciente a participar ativamente de sua rotina, promovendo maior independência e maior autocontrole, evitando infantilizá-lo, e a diminuir os fatores de estresse por ele mencionados, como por exemplo: constantes interrupções do sono no período noturno e organização da rotina de medicação, banho e exames.

TÉCNICAS COMPLEMENTARES

As técnicas de relaxamento favorecem o bem-estar e a melhoria do estado emocional do paciente que se encontra em

situação de estresse prolongado ou de crise¹⁴. Propiciam, ainda, o desenvolvimento de estados emocionais que capacitem o paciente a tolerar níveis elevados de angústia e de ansiedade, podendo ser indicado no momento de um procedimento diagnóstico, procedimento terapêutico invasivo, ou para pacientes que se encontram em ambientes desagregadores por tempo demasiado. A utilização de técnicas complementares, na assistência psicológica a pacientes em crise, cumpre o objetivo de promover suporte e de propiciar condições para uma adaptação mais rápida, por meio de um vínculo de confiança e de conforto¹⁵.

Um dos exercícios de relaxamento utilizado em pacientes graves consiste na adaptação da técnica autógena de J. H. Schultz, onde, através da imaginação ativa, criam-se condições de relaxamento para todos os grupos musculares do corpo, pela indução da sensação de calor e do estado pesado e relaxado de músculos, tendões e órgãos, seguido de uma transposição a um lugar seguro e confortável^{15,16}. Esse exercício é extremamente propício, pois é realizado através da imaginação do paciente, não envolvendo o toque, podendo ser aplicado em unidades de terapia onde existem outros pacientes. O exercício é direcionado pelo terapeuta e pode ser acompanhado, também, por uma música de escolha do paciente, isto é claro, se o paciente utilizar fone de ouvido, ou se estiver em ambiente propício.

Dentre as técnicas complementares, as intervenções educativas também podem ser associadas ao acompanhamento psicológico de apoio, visando atender as necessidades de orientação e de planejamento na rotina desses pacientes. Estabelecer um diálogo franco e claro com o paciente, acompanhá-lo em momentos de incertezas e de decisões em seu tratamento, são também intervenções que fazem parte do repertório de condutas do psicólogo hospitalar¹⁷.

EXEMPLO DE CASO

Paciente com 56 anos, casada, três filhos, encontrava-se há cinco dias na UTI, após uma cirurgia para transplante de fígado. A equipe médica solicitou a presença da psicologia, pois a paciente apresentava-se ansiosa, queixosa em relação a dores e sem perspectiva de sair da UTI nas 24 horas seguintes. Em entrevista com a paciente, esta relatou suas dificuldades em permanecer em ambiente de UTI por muitas horas: estar em um leito sem poder mudar de posição (dores da cirurgia e posição da própria cama); a rotina dos cuidados da UTI interrompendo o sono e impedindo o descanso; os outros pacientes agitados principalmente no período noturno; o barulho da equipe e dos aparelhos ligados ao próprio corpo. A paciente compreendia as necessidades que justificavam sua permanência na UTI e mostrava-se tolerante. Contudo, referia muitas dores e estava assustada, sentindo-se sozinha, com medo e vulnerável a tudo. Contou que recebeu o fígado de uma sobrinha e temia por ela ou pela perda do fígado que havia recebido. Referiu que os filhos estavam também assustados e que, no horário da visita, permaneciam por pouco tempo, por não saberem como lidar com essa situação. A paciente e seus familiares encontravam-se paralisados frente ao seu adoecimento e ao seu sofrimento.

Associado às dificuldades descritas, a paciente apresentava problemas para controle da dor e a equipe via sua resposta à analgesia como inadequada. Essa situação aguda, a tensão, as dores no corpo e a privação do sono estavam gerando um estado de enorme desconforto que, por sua vez, dificultava a aproximação da família e da equipe das reais necessidades da paciente. O medo e a ansiedade são sentimentos habitualmente presentes em um ambiente de UTI; a impossibilidade de comunicá-los pode gerar maior estresse e respostas pouco adaptativas. Diante tal quadro, a conduta da psicóloga foi realizar o exercício de relaxamento, técnica autógena de J.H. Schultz, com objetivo de promover a diminuição da ansiedade e o alívio desse desconforto, para que a paciente pudesse sentir-se melhor e investir afetivamente nas relações com os cuidadores e com a família. Após a aplicação do exercício, a paciente dormiu por um período de duas horas, acordando muito agradecida e menos tensa.

Essa experiência pôde propiciar à paciente contato com sua real condição clínica e emocional, assim como o fortalecimento de sua defesa psíquica e melhoria para enfrentar a situação. A experiência emocional, propiciada pelo exercício, favoreceu a retomada de controle sobre as emoções e as sensações do corpo, auxiliando a paciente a detectar e a expressar suas reais necessidades. Em decorrência da melhoria do estado emocional, pôde permanecer com os familiares, pois estar diante deles significava ver-se como uma pessoa que necessitava de cuidados de outros, fato esse que, até aquele momento, não tinha concebido. Os familiares, por sua vez, também puderam contribuir para a adaptação da paciente ao seu tempo de permanência na UTI, após algumas orientações de manejo fornecidas pela psicóloga, como, por exemplo, ajudarem-na a detectar o que traria a ela melhor conforto, realizando, junto à paciente, cuidados com o cabelo, com a pele, propiciando a aproximação.

Assim, a técnica de relaxamento serviu como um instrumento valioso na aproximação da paciente com seu mundo interno. À psicóloga transferiram-se conteúdos bons que possibilitaram o sentimento de segurança, o que fortaleceu o vínculo com a equipe, potencializando a tolerância ao ambiente e às exigências de sua internação.

INTERVENÇÃO FAMILIAR

Em situações de adoecimento e de crise, o suporte familiar é de fundamental importância no auxílio ao paciente. A inclusão dos familiares no tratamento e o reconhecimento de suas necessidades viabilizam intervenções psicoterápicas efetivas, sejam elas informativas, de suporte ou psicodinâmicas. As intervenções familiares que promovem o encorajamento da expressão dos afetos demonstram benefício na diminuição da ansiedade e na qualidade de relação com a equipe¹⁸.

Em ambiente de UTI, a informação, a segurança e a ansiedade são apontadas como fatores que interferem na organização familiar e na maneira de enfrentar a situação^{19,20}. Esses fatores tendem a prejudicar a comunicação entre a família e a equipe de saúde e, conseqüentemente, o restabelecimento do paciente, devendo ser acompanhado cuidadosamente pelo psicólogo.

EXEMPLO DE CASO

A família da paciente de 79 anos solicitou uma consulta. Discutiu-se o motivo do pedido com a enfermagem, que atribuiu o fato à piora do estado geral da paciente. A paciente era portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, estando agitada e em uso de ventilação mecânica não invasiva. A família era constituída por seis filhos, presentes e participativos no tratamento da mãe. Durante o atendimento, relataram o histórico da doença, a vida e a dinâmica de personalidade da mãe, bem como discutiram sobre a analgesia e sobre o final da vida. Explicitaram um pedido de ajuda para que a psicóloga auxiliasse na comunicação com a equipe médica, da qual eles se sentiam distantes e manifestavam discordância na condução do tratamento da paciente. Realizaram-se duas intervenções com o grupo familiar e uma reunião para avaliação do resultado da intervenção.

A intervenção com a família teve por objetivo oferecer um ambiente de continência, para que todos os membros pudessem expressar-se, construir suas opiniões e planejar futuras ações, oferecendo reforço e segurança em relação aos cuidados oferecidos à paciente até o momento.

A discussão sobre o comprometimento do quadro geral da paciente e os benefícios do tratamento foi redirecionada à equipe médica. Esta realizou uma reunião com a família, que resultou no fortalecimento do vínculo, pela criação de novas metas para o tratamento da paciente. Como resultado, também houve uma clarificação de papéis entre os membros da equipe e da família, podendo, dessa forma, recriar-se um vínculo de confiança que possibilitou a diminuição da ansiedade. Nesse contexto, o psicólogo serviu de catalisador e de mediador da relação dos familiares com a equipe médica, propiciando um ambiente favorável à elaboração de um luto que se vinha fazendo de maneira desorganizada e disfuncional.

CONCLUSÃO

Ao longo dos últimos anos, a Psicologia tem-se desenvolvido por meio do alargamento de suas funções clínicas; contudo, sua atuação no ambiente hospitalar ainda carece de delimitação e de estudos sobre sua efetividade.

Um dos principais desafios da Psicologia Hospitalar tem sido, então, a consagração de uma especialidade que possa associar, para além da tradição clínica, técnicas psicoterápicas que abranjam o uso da técnica de manuseio assistencial, ambiental e de técnicas complementares que permitam otimizar os benefícios das terapêuticas oferecidas aos pacientes durante o período de internação hospitalar. Essa adaptação da técnica psicoterápica inicia-se, como vimos, na possibilidade de se estabelecer, precocemente, um diagnóstico da situação problema. Assim, o psicólogo não se deve ater somente à problemática psíquica do paciente, em que pese apenas a importância das características clínicas da doença e a patoplastia da reação emocional presente. Essas novas diretrizes terminam por encontrar embasamento no modelo de interconsulta. De tradição médica (psiquiatria), esse modelo propicia que o profissional assimile ferramentas diversas na composição do cuidado, cumprindo, portanto, a necessidade de alargamento do campo de atuação em saúde mental no hospital geral²¹.

Nesse contexto e, mais especificamente, em UTI, as bases de compreensão psicanalítica e o uso de técnicas complementares e cognitivas fundamentam a intervenção no fenômeno e viabilizam ações psicoterápicas, psicoeducativas e de suporte. Sendo assim, o uso de técnicas complementares e de sensibilização do reconhecimento das necessidades no contexto do emocional das inter-relações, direcionadas ao paciente, à equipe de saúde e à família, configuram duas outras grandes características do trabalho do psicólogo hospitalar.

Portanto, o alcance do trabalho do psicólogo será resultado de uma análise de suas possibilidades de atuação, que consiste na habilidade de utilizar um conhecimento amplo, em diferentes saberes, e de sua capacidade em ser ágil, flexível e tolerante a situações de elevado grau de ansiedade e de angústia. Essas características integram-se à avaliação criteriosa das condições clínicas do paciente, do contexto familiar e social em que ele se insere, bem como da relação estabelecida entre paciente, família e a equipe.

Contudo, o presente trabalho se propôs a apresentar um modelo de atuação através do relato da experiência do exercício psicoterápico e, sendo assim, esse modelo de atuação proposto é um campo de pesquisa amplo e requer estudos quanto à efetividade da aplicação dessas técnicas, visando – primordialmente – à melhoria da qualidade das relações humanas envolvidas em cada caso e a viabilidade de enfrentar as situações de crise vividas pelos pacientes e por seus familiares, em um contexto hospitalar.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: As intervenções psicológicas em situação de crise têm-se revelado de grande auxílio na tarefa do atendimento a pacientes gravemente enfermos e aos seus familiares, em Unidade de Terapia Intensiva. Essas intervenções se baseiam em técnicas supressoras de ansiedade, que pressupõem um amplo conhecimento em diferentes saberes conceituais. Nestas técnicas considera-se o manejo assistencial centrado na equipe, diagnóstico diferencial, atendimento psicológico de apoio, manejo ambiental, técnicas de relaxamento e intervenção familiar. O objetivo deste estudo foi contribuir para o desenvolvimento da técnica psicológica no atendimento a pacientes em situação de crise.

RELATO DOS CASOS: Cinco casos clínicos foram selecionados. Discutem-se questões relativas à técnica no contexto de terapia intensiva e seu benefício decorrente no manejo do paciente criticamente enfermo. As bases de compreensão psicanalítica e o uso de técnicas complementares e cognitivas fundamentam a intervenção e viabilizam ações psicoterápicas, psicoeducativas e de suporte.

CONCLUSÕES: O uso de técnicas complementares e de sensibilização do reconhecimento das necessidades no contexto do emocional das inter-relações, direcionadas ao paciente, à equipe de saúde e à família, configuram duas outras características do trabalho do psicólogo. As intervenções psicológicas em situações de crise cumprem com o objetivo de promover suporte e de propiciar condições favoráveis ao restabelecimento do paciente e da família que se encontram nas Unidades de Terapia Intensiva.

Unitermos: intervenção em crise; psicologia; psicoterapia de apoio; unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

01. Aguiar RW - Intervenções em Crise, em: Cordioli AV - Psicoterapias: Abordagens Atuais. 2ª Ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998;153-158.
02. Harbert KR - Elaboração do Estresse de Incidente Crítico, em: Dattilio FM, Freeman A - Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise. 2ª Ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 2004;317-334.
03. Cordioli AV - As Psicoterapias mais Comuns e suas Indicações, em: Cordioli AV - Psicoterapias: Abordagens Atuais. 2ª Ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998;19-34.
04. Botega NJ - Reações à Doença e à Hospitalização, em: Botega NJ - Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre, Artes Médicas, 2002;43-59.
05. Oliveira ECN - O Psicólogo na UTI. Reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. Psicologia Ciência e Profissão, 2002;2:30-41.
06. Wallace-Barnhill GL - Understanding Reactions of Patient and Family, em: Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR - Textbook of Critical Care. Philadelphia, Lippincott - Raven Publishers, 1997;89-94.
07. Junior JLS, Stern TA - Intensive Care, em: Wise MG, Rundell JR - Textbook of Consultation - Liaison Psychiatric. 2ª Ed, Washington DC, The American Psychiatric Publishing, 2002;753-770.
08. Andreoli PBA - Interconsultor: um papel possível para o psicólogo no hospital geral? Temas, 1996;51:22-30.
09. Lagache D - A Transferência. São Paulo, Martins Fontes Editora, 1990.
10. Souza MLR - O hospital: um espaço terapêutico? Percurso, 1992;9:22-28.
11. Leder D - The hermeneutic role of the consultation-liaison psychiatrist. J. Med Philos, 1998;13:367-378.
12. Cordioli AV, Wagner CJP, Cechin EM - Psicoterapia de Apoio, em: Cordioli AV - Psicoterapias: abordagens atuais. 2ª Ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998;159-170.
13. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB et al - Stressors in ICU: patients evaluation. Intensive Care Med, 1997;23:1282-1285.
14. Freeman A, Fusco G - Tratando Pacientes Altamente Reativos: Diferenciando o Paciente em Crise do Paciente Propenso a Crises, em: Dattilio FM, Freeman A - Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise. 2ª Ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 2004;38-62.
15. Figueiredo JH, Giglio JS, Botega NJ - Tratamentos Psicológicos: Psicoterapia de Apoio, Relaxamento, Meditação, em: Botega NJ - Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre, Artes Médicas, 2002;405-418.
16. Sandor P - Técnicas de Relaxamento. 4ª Ed, São Paulo, Vetor, 1982.
17. Bennun I - Intensive care unit syndrome: a consideration of psychological interventions. Br J Med Psychol, 2001;74:369-377.
18. Zachi EC, Andreoli PBA, Caiuby AVS et al - Intervenção psicológica para familiares de pacientes críticos. Rev da SBPH, 2002;5:15-18.
19. Azoulay E, Pochard F, Chevret S et al - Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med, 2002;165:438-442.
20. Pochard F, Azoulay E, Chevret S et al - Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med, 2001;29:1893-1897.
21. Botega N.J - Interconsulta Psiquiátrica: Aspectos da Técnica, em: Botega NJ - Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre, Artes Médicas, 2002;94-108.