

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO COM MÃES EM UMA UTI PEDIÁTRICA**

Carla Laino Cândido<sup>1</sup> (✉ [www.psicologavirtual.com.br](http://www.psicologavirtual.com.br))

<sup>1</sup> Saúde Mental Pediatria, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Nos dias atuais as UTIs abrigam tanto doentes graves com uma progressão favorável para viver quanto aqueles que se encontram gravemente doentes, em risco de vida e que mantêm condição potencialmente reversível através do uso de procedimentos e aparelhos sofisticados. Junta-se a isso o endosso do mito da imortalidade do corpo presente nas sociedades industriais, e temos um contexto social contemporâneo em que, entre a vida e a morte, há uma produção imaginária que tenta dar conta da precariedade da existência.

A partir disso, podemos prever que a internação imediata na UTI pediátrica representa a separação de casa, do convívio familiar, além de exposição a rotinas e exames que, muitas vezes, agridem física e emocionalmente a criança-paciente e sua mãe-acompanhante. A hospitalização pode se constituir, portanto, em uma experiência estressante, demandando profunda capacidade de adaptação ao processo, com equipe, família e paciente oscilando entre momentos mais e menos estruturados psiquicamente. Dessa maneira, a assistência psicológica em esquema de alojamento conjunto pediátrico é parte de um trabalho amplo que envolve distintos agentes expostos a diferentes sentimentos que podem acarretar sofrimento psíquico. É por essa razão que o surgimento de sintomas graves que exigem hospitalização em UTI demanda a função do psicólogo tanto para possibilitar aos “internados” simbolizar aspectos subjetivos da experiência bem como identificar quais são os principais conflitos psíquicos presentes no processo de comunicação entre os diferentes agentes envolvidos no processo. A partir daí esperamos indicar quais são os prováveis focos psicodinâmicos de atendimento que norteie o trabalho de psicoterapia breve de apoio no ambiente da terapia intensiva.

## MÉTODO

### *Participantes*

Mães-acompanhantes entre 15 e 45 anos; 70,6% entre 20 e 40 anos, 70,6% com mais de um filho, 64,7% eram do lar, 70,6% casadas e 52,9% com segundo grau completo.

### *Material*

Foi utilizada a entrevista de triagem semi-estruturada em forma de um protocolo objetivo contendo temas-chave cujo foco era o de alcançar, num *setting* menos ansiogênico, com disponibilidade para a escuta da narração espontânea, as significações (sentidos pessoais e coletivos) que o fenômeno da internação ganhava para as mães, incluindo aí o acesso a conteúdos inconscientes, promovendo uma reconstrução narrativa para fora dos limites das situações padronizadas. Os tópicos eram referentes ao tipo de diagnóstico (congenito, agudo, crônico, investigação), ao motivo de internação, presença de outros transtornos, passado/história hospitalar, nível de informação, percepção do quadro, expectativas, adesão ao tratamento, aspectos reativos/enfrentamento, dinâmica familiar, suporte social, dúvidas sobre o processo.

### *Procedimentos*

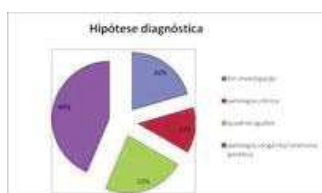
Coleta: na UTI pediátrica UNIFESP/São Paulo (Brasil), com capacidade para 9 leitos. Os dados foram coletados a partir de 200 protocolos de triagem preenchidos em entrevista inicial com as acompanhantes das crianças internadas entre setembro de 2013 e dezembro de 2014, escolhidas aleatoriamente, independentemente da doença e tempo de internação. Quando os dados tornaram-se repetitivos em termos de aspectos simbólicos importantes sobre a experiência, considerou-se atingida a saturação teórica (Spink, 2003).

Os dados foram classificados através dos tópicos enumerados acima, agrupados em 10 temas, resultando em gráficos que, a partir de análise qualitativa, indicaram representações relevantes na experiência de

internação, possibilitando-nos o aprofundamento sobre a qualidade da vivência (Agiar & Ozella, 2006). A partir do levantamento estatístico baseado nos tópicos do protocolo (registrados nos gráficos), em seguida, optou-se por uma abordagem qualitativa de interpretação dos dados depurados da entrevista semi-estruturada compreendendo tanto os relatos livres (obtidos a partir das histórias e afetos eliciados durante a triagem) quanto dos gráficos. Essa articulação foi analisada a partir das contribuições teóricas da psicanálise e da experiência clínica da autora. Pretendemos compreender o fenômeno da internação da criança para as acompanhantes interpretando os gráficos, analisando-os e correlacionando dimensões, desenvolvendo um modelo de entendimento de ligações entre os elementos.

## RESULTADOS

### *Hipótese diagnóstica*



Como o próprio nome diz, trata-se de um diagnóstico provisório que, durante o processo de internação poderá ser revisto. Na UTI trata-se sempre de algum tipo de investigação envolvendo quadros clínicos “instáveis” e falta de controle e previsibilidade, o que provoca, via de regra, altos níveis de angústia. De forma geral, quanto maior o convívio com o ambiente, maior foi a capacidade de se adequar aos limites impostos pela nova internação. Mães lidando com quadro agudo (doenças infecto contagiosas/ acidentes) sequer dispõem de tempo suficiente para assimilar o conteúdo traumático. Cabe acentuar, portanto, que o tempo de convivência com a doença delimita algumas características importantes no processo de enfrentamento.

### *História pregressa*



Chamou-nos atenção a quantidade de problemas anteriores vivenciados pela mães que se relacionam às 4 diferentes instituições de saúde que frequentou. A precariedade da saúde pública no Brasil é alarmante e influencia de maneira negativa no vínculo de confiança que as mães estabelecem com os profissionais da equipe. Tal item aponta para o quanto o psicólogo terá que focar a relação entre a família e a equipe, resgatando e fortalecendo vínculos de confiança e comunicação.

### *Nível de informação*



Sabe-se que, de modo geral, mães bem orientadas ficam menos ansiosas, já que o contexto da internação vai parecendo familiar e potencialmente controlável. Entretanto, ainda é alta a percentagem de mães que não compreendem e integram informações relacionadas aos mecanismos neurofisiológicos da patologia. Entre os 38% mal-orientados, temos mães que não fazem questão de entender detalhadamente o caso; outras são passivas, abdicando do conhecimento e delegando todas as decisões ao especialista. Há um pequeno número de mães cuja consciência sobre o prognóstico aumenta tanto o nível de ansiedade que elas preferem não saber ou negar, ou manter distância, ou defendem-se com crenças religiosas ainda que contradigam as informações médicas. O psicólogo ajuda a equipe a identificar de quais e quanta informação a mãe necessita. A maior parte das mães,

apesar da informação objetiva recebida, precisa acreditar no melhor. Logo, o mecanismo de dissociação, manifesto pela recusa de acreditar numa realidade difícil de suportar porque no limite do pensável, têm um efeito não desprezível de reassegurar contra perdas, reduzindo a angústia da antecipação da morte. O divórcio entre cognição e afeto em momentos críticos é foco de atendimento do profissional psi. Esse conflito entre o nível de orientação, expectativa, percepção – são 3 dimensões do atendimento e sinaliza quais os tipos de intervenção necessários.

### *Expectativas*



Nesse aspecto encontramos forte divergência entre as expectativas e o nível de informação. Embora a maior parte das mães tenha informação suficiente sobre a patologia e seus desdobramentos, esperam um desenrolar positivo, com raras exceções. Em termos de coping na UTI, a estratégia de enfrentamento de reavaliação positiva é a mais utilizada e vemos que a esperança nutre afetivamente as mães para que elas continuem engajadas no tratamento do filho internado. Na terminalidade vemos mães que, de maneira ambivalente, acreditam no melhor e, ao mesmo tempo, acompanham o filho no caminho da despedida numa situação de luto antecipatório. O psicólogo pode tentar compreender, em termos psicodinâmicos, até onde a crença da melhora sustenta psiquicamente e quando ela começa a ser um outro ônus.

### *Percepções e crenças*



Obviamente, o que a mãe percebe sobre o adoecer do filho é tingido por sua capacidade de elaborar psiquicamente o processo da internação. Vemos, com frequência, mães com recursos psíquicos precários, muito inseguras, desconfiadas em relação às condutas adotadas, conflituosas em relação às escolhas terapêuticas e com um alto nível de preocupação. É papel do psicólogo sensibilizar a equipe, para que, atentos à singularidade das acompanhantes, os profissionais possam ser cuidadosos ao transmitir más notícias, dosando o sofrimento que uma mãe é capaz de tolerar num dado momento, transformando a comunicação numa experiência de compartilhamento. O psicólogo deveria encontrar meios para empreender a tarefa de melhorar a consciência da equipe sobre seus próprios níveis de defensividade sobre o adoecer, o sofrimento e a morte.

### *Adesão*



Na UTI, percebe-se que a quase totalidade das mães adere ao tratamento proposto, numa atitude mais passiva. São casos muito complexos em que a mãe

pouco opina as mães geralmente são convencidas pela equipe de que o melhor está sendo feito. A pequena parcela que oferece algum tipo de resistência é composta por mães que já receberam vários diagnósticos diferentes, já reinternaram diversas vezes, tem uma história pregressa de hospitalização negativa e geralmente acompanham um portador de doença crônica. Um comportamento mais ativo e reativo liga-se às situações agudas que são potencialmente desorganizadoras. Vemos bons resultados quando a equipe, com o auxílio do psicólogo, co-responsabiliza a família em relação ao que está sendo feito. De posse das informações necessárias e sentindo que participa do processo “de dentro”, e não como espectadora, a mãe apresenta-se mais colaborativa.

### *Enfrentamento*



Vemos que o processo de enfrentamento psíquico da situação estressante está diretamente ligado a articulação entre o nível informativo, as percepções do quadro, as expectativas em relação ao prognóstico e aos recursos psíquicos disponíveis. Mães que conseguem elaborar os acontecimentos, transformando fatos em experiências com algum sentido, integram mais facilmente o nível cognitivo e o afetivo, donde surgem forças psíquicas para aceitar e lidar com o que é traumático- a patologia, a internação e suas implicações. Mães com confiança na equipe médica, bom apoio do marido e dos familiares e amigos, que tem experiências anteriores de hospitalização que foram exitosas, com suporte religioso e que cultivam valores e rituais que englobam situações de vida e morte tem melhores condições de lidar com o sofrimento despertado pelo filho e pelos Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (Rosa, Rodrigues, Gallani, Spana & Pereira,2010).

Vale considerar, ainda, que o sentido que a mãe dá ao adoecimento também é fator determinante em seu enfrentamento. O adoecimento pode ser uma benção, um castigo, uma provação, um desafio, um acaso. Mães menos culpadas e menos controladoras tem uma possibilidade maior de aceitação de situações graves. Mães pessimistas, de pensamento catastrófico, excessivamente ansiosas, que tem dificuldade em se sentir impotentes, com excessiva resiliência e bastante identificadas com o desamparo infantil lutam muito para enfrentar psiquicamente a situação e precisam do auxílio psicológico mais a miúdo.

### *Dinâmica familiar*



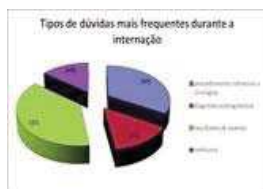
A maioria das mães tem algum familiar de confiança em quem possam se apoiar em momentos delicados. Muitas vezes, durante a estadia da criança na UTI, o psicólogo lida com as consequências de uma dinâmica familiar que vai se reestruturando na própria internação. O psicólogo atua, por vezes, como mediador de famílias e casais em crise tendo que tomar decisões difíceis juntos. Comumente, condições familiares precárias e vulneráveis costumam ser agravadas pela situação de crise.

### *Suporte social*



Observamos que a maior parte das mães, mesmo que em situação socialmente precária (baixa ou nenhuma renda, desemprego, sem moradia, fora da cidade de origem, sem companheiro/a para auxiliar) pôde contar com o suporte de algum membro da família ou amigos/conhecidos. Entretanto esse suporte é bastante limitado, e quase que restrito ao apoio afetivo, tendo em vista que os familiares trabalham em período integral, possuem seus próprios problemas para resolver e nem sempre as pessoas de mesma família possuem relacionamento cordato. Compreendemos, portanto, que os familiares colocam-se como colaboradores num primeiro momento da internação, mas efetivamente são pouco disponíveis no decorrer da internação. Cabe ao psicólogo elaborar estratégias de intervenção em conjunto com a assistente social da equipe multiprofissional.

### *Dúvidas*



Podemos dizer que todas as mães acompanhantes apresentam dúvidas. Os quadros clínicos da UTI são graves, complexos e dinâmicos, de maneira que, se na triagem a mãe refere não ter questionamentos, pouco tempo depois eles aparecem e se multiplicam durante os altos e baixos do quadro clínico. O psicólogo, por estar próximo à mãe, intermedia esse processo de esclarecimentos com a equipe que envolve informações técnicas e de difícil entendimento, principalmente quando há pesquisa diagnóstica, o que implica em grande quantidade de conhecimento, congregando intensivistas e especialistas. Nessa dimensão, o psicólogo atua como facilitador da dinâmica comunicacional no setor, aproximando mãe e equipe no asseguramento da compreensão sobre exames e procedimentos. A UTI é um setor que demanda contínua atualização de informações e necessidade permanente de esclarecimento de dúvidas.

## DISCUSSÃO

Em suma, os tópicos do protocolo de triagem apresentados constituem-se como indicadores que apontam para a dinâmica do caso atendido, cuja configuração pode servir de base para que o psicólogo possa estabelecer seu raciocínio clínico, delineando parcialmente quais são os objetivos dos próximos atendimentos. É importante lembrar que, durante as sessões psicológicas numa UTI, acontecem muitos fatos cotidianos que não estão previstos no planejamento inicial. Por isso, os objetivos de atendimento derivados da triagem são como um mapa cuja rota é recalculada a cada dia, de acordo com as peculiaridades do caso em si, geralmente no compasso da evolução clínica da criança, que costuma ter uma rota errática.

Concomitantemente, acompanhantes na UTI apresentam grande alteração de humor. É fundamental que o psicólogo possa trabalhar de posse dessas informações técnicas no que se refere aos focos terapêuticos e que consiga reunir-se periodicamente com a equipe multiprofissional para a discussão dos casos, garantindo eficiência nos processos comunicacionais.

As mães vivem uma permanente situação-limite. Notou-se que essa tensão é decorrente tanto dos sentimentos vividos em relação à doença do filho quanto dos fatores provenientes do ambiente hospitalar, uma vez que, inicialmente, a hospitalização é percebida como uma ameaça. A internação exige das mães o desprendimento do seu cotidiano, do qual tinham domínio, para vivenciar a realidade institucional delimitada por outras normas e rotinas, sem falar nos incontáveis sustos típicos característicos dos quadros clínicos da UTI.

Nesse processo intensivo, observou-se que o sofrimento assume diferentes contornos, tornando-se mais ou menos intenso dependendo do significado atribuído à doença, à gravidade, à experiência de internação, o que esta provoca em sua vida e quais seus recursos psíquicos para lidar com tantas intensidades afetivas.

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram a busca de suporte social, de religiosidade e o desenvolvimento de um pensamento fantasioso (descolado das informações médicas e que permitam reavaliação positiva) sobre a patologia/ diagnóstico e seu curso.

Constatamos na prática diária que o uso dessas estratégias pode reduzir os riscos de desordens uma vez que diminuem o impacto dos estressores, em especial, os que se relacionam ao prognóstico e também indicam a importância do psicólogo como profissional chave no processo de internação na UTI. Além de viabilizar as informações necessárias entre os diversos envolvidos na unidade (família, paciente e equipe médica), favorece o apoio psicológico a esses grupos, gerando uma melhora da comunicação entre eles.

De modo geral, acreditamos que as mães que participam mais ativamente e que constroem parceria com a equipe, minimizam, inclusive, problemas comunicacionais, processo que co-responsabiliza todos os envolvidos quanto às decisões que vão sendo tomadas conforme os eventos clínicos se sucedem. Assim sendo, cabe aos psicólogos, por exemplo, enfatizarem a importância de um lugar que possibilite um espaço de fala, escuta e troca de experiências entre todos os envolvidos no processo de hospitalização. Fazemos isso articulando os atores envolvidos na cena da UTI, muitas vezes sem dispor de um local físico específico. Psicologia da saúde em nível hospital exige um profissional em trânsito.

Analisando a relação entre o sofrimento e a forma como as mães lidam com esta situação, vemos que a metodologia qualitativa pôde prever as

bases para os levantamentos epidemiológicos que avaliam fatores de risco psíquicos das acompanhantes-mães associados com a internação. Tendo em vista esse cenário, depreendemos que programas de humanização que contemplam diversas vertentes de trabalho psicológico precisariam ser parte integrante da cultura das organizações hospitalares.

## REFERÊNCIAS

- Agiar, W., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2, 222-245. Recuperado em 28 de junho, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n2/v26n2a06>
- Rosa, B. A., Rodrigues, R. C. M., Gallani, M. C. B. J., Spana, T. M., & Pereira, C. G. S. (2010). Estressores em unidade de terapia intensiva: Versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 627-635. Recuperado em 2 de junho, 2015, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300011>
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde-prática, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.