

## **Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva**

### **Mental Health in the Intensive Care**

Fátima Lucchesi \*

Paula Costa Mosca Macedo \*\*

Mario Alfredo De Marco\*\*\*

#### **RESUMO**

A UTI é um setor que oferece cuidados aos pacientes que apresentam instabilidade clínica grave, propõe tratamentos complexos que garantem a sobrevivência e a melhoria do estado geral de saúde dos pacientes. Este ambiente também expõe o paciente a situações extremamente difíceis do ponto de vista emocional e que necessitam de uma atenção especializada. O adoecimento de uma pessoa e sua internação na UTI também implica numa modificação da dinâmica familiar. A equipe também poderá vir a ser bastante solicitada pelo paciente e familiares, tanto do ponto de vista técnico como também do ponto de vista emocional. O impacto dos aspectos envolvidos no tratamento do paciente grave e tudo que envolve este cuidado causam impacto na equipe cuidadora e faz com que esta desenvolva mecanismos de defesa para lidar com as situações de conflito. O Programa de Ligação em Saúde Mental na UTI do Hospital São Paulo/UNIFESP atua na tríade paciente-família-equipe com objetivo de ressaltar a importância dos aspectos emocionais e das intervenções psicossociais voltadas para o bem-estar do paciente e familiar, assim como promover discussões com a equipe, instrumentalizando-a para o cuidado ao paciente grave nas diversas fases do tratamento.

**Palavras-chave:** Cuidado Intensivo. Psicologia Hospitalar. Paciente Grave.

## **ABSTRACT**

This Intensive Care Unit is a service that gives care to the patients presenter serious clinical instability, and complication treatment's for survive and improvement patients health. These place exposes the patient to the difficult emotional situations and is necessary especial attention. The sickening a complicate time for a person and this family dynamic. The multidisciplinary health team is an essential support regarding both the physical and emotional aspects. An intensive care situation exposes doctors, patient and patient's family to emotionally difficult stances, which may reflect on a less than optimal health care delivery. The São Paulo Hospital Mental Health in the Intensive Care Unit Program focusing on doctors, patient and patient's family aims at showing doctors the impact of both the good handling of emotional stress and the psycho-social orientation delivered to the patient's family on patient recovery. Having doctors discussing the issue and helping them to improve their communications and emotional skills, are the main activities developed by UNIFESP Mental Health in the Intensive Care Unit Program.

**Keywords:** Intensive Care. Hospital Psychology. Serious Pacient

## **Introdução**

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor que oferece cuidados aos pacientes que apresentam instabilidade clínica grave, através da atenção constante e especializada. Seu ambiente frequentemente é avaliado como altamente estressante tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pela equipe de saúde que atua na unidade. É uma unidade paradoxal, pois propõe intervenções que visam à sobrevivência através de tratamentos complexos, entretanto potencialmente iatrogênicos. A maioria dos pacientes permanece sob sedação, porém observa-se que aqueles pacientes que permanecem conscientes e são expostos a situações extremamente difíceis do ponto de vista emocional, podem evoluir para uma desestruturação emocional, com prevalência de quadros de apatia, aumento da angústia, sofrimento psíquico, medo intensificado da morte, e assim sendo, necessitar de avaliação psicológica e a tomada de condutas e tratamento. Podem surgir neste contexto transtornos mentais tais como: transtornos de ajustamento, ansiedade, depressão, reações agudas ao estresse, delirium (quadros confusionais), agitação psicomotora e episódios psicóticos. Alguns destes transtornos podem ter causas orgânicas (desequilíbrios hidroeletrólíticos, alterações renais, cerebrais, infecções, etc.) e com a melhora do estado geral de saúde observa-se a remissão dos sintomas.

O adoecimento de uma pessoa e sua internação na UTI também implica numa modificação da dinâmica familiar. A angústia que emerge do contato mais próximo com o adoecer e com os riscos de morte do paciente pode ser perturbadora e desorganizadora da dinâmica familiar.

A equipe também sofre com várias situações estressantes, como as solicitações constantes do paciente e da família, a intensa jornada de trabalho, o contato com a dor e com o processo da morte, estar constantemente em alerta e submetida às pressões quanto à

tomada de decisões em momentos críticos, além dos dilemas éticos como a questão sobre o prolongamento ou não da vida em casos sem prognóstico. Outro aspecto fundamental neste contexto são as dificuldades de comunicação nas relações interpessoais, que geram conflitos e grande sofrimento emocional.

No século XX iniciou-se todo um movimento principalmente vindo das ciências humanas e da própria medicina, de resgate da visão integral do indivíduo, com a proposta de mudança do paradigma de saúde, com a passagem de um modelo baseado no positivismo biomédico para o modelo biopsicossocial. Neste sentido a participação dos profissionais da área de saúde mental tornou-se um importante recurso na assistência aos pacientes, seus familiares e equipe.

O Psicólogo como parte integrante da equipe multiprofissional propõe-se a favorecer o bem-estar do paciente, familiares e equipe de saúde durante a hospitalização, entendendo que para tal objetivo estão incluídos outros aspectos relacionados a condições clínicas do paciente (diagnóstico, prognóstico, tolerância ao tratamento); características de personalidade do paciente; necessidades despertadas nos familiares (seja de informação sobre o paciente ou de confiança no atendimento oferecido); relacionamento entre o profissional de saúde-paciente; relacionamento entre os profissionais de saúde; impacto da sobrecarga de trabalho no profissional de saúde.

### **O Paciente na UTI**

O paciente internado na UTI, além de apresentar um quadro clínico grave, está submetido a situações que podem gerar ansiedade, tais como: a dor, o sofrimento, a solidão e o medo da morte. Outro fator gerador de angústias são as influências do ambiente, com presença constante de luminosidade e ruídos dos aparelhos, a falta de privacidade, alteração

dos ciclos circadianos, procedimentos invasivos, desconforto e as privações sensório-motoras.

A partir do momento em que o paciente começa a apresentar mudanças em sua condição clínica, são freqüentes os quadros de confusão mental e a presença de delirium (distúrbio da consciência com redução da capacidade de responder ao ambiente, com diminuição da atenção, acompanhado de déficit cognitivo), necessitando de constante avaliação e controle de alterações metabólicas, esquemas de administração de inúmeras drogas e outras intervenções muitas vezes invasivas e transitórias. Nestes casos, é necessário que as causas para tais alterações dos níveis de consciência e de comportamento sejam identificadas e tratadas, ao mesmo tempo em que a equipe seja treinada para fazer intervenções no ambiente como, por exemplo, a diminuição dos estímulos táteis, visuais e auditivos além de uma maior organização e paciência nos momentos de procedimentos. Desta forma a equipe proporcionará ao paciente um ambiente de cuidado para que ele possa gradativamente se reorganizar e retomar sua orientação temporo-espacial.

Os pacientes podem apresentar humor ansioso ou depressivo em relação ao adoecer, em virtude da ruptura ou afastamento dos vínculos afetivos (família e amigos), medo de perder a capacidade de trabalhar, cancelamento ou suspensão de projetos pessoais, dependência e medo da morte. Sinais e sintomas como desânimo, negatividade, agressividade, alterações de sono ou apetite, merecem atenção especial, pois podem indicar a evolução para quadros psicopatológicos mais graves, que necessitem de avaliação psiquiátrica e uso de psicofármacos, além de que estas circunstâncias exigem da equipe cuidadora manejos especiais.

A avaliação dos aspectos psicossociais do paciente e a manutenção de uma comunicação próxima e atenta são fatores terapêuticos, favorecendo o paciente a expressar

suas emoções, sentimentos, esclarecer fantasias que possam prejudicar seu tratamento (ex: estar na UTI necessariamente não implica em morrer), ajudá-lo a buscar recursos internos para enfrentar suas dificuldades, fortalecer as motivações de sua vida (ex: vínculos afetivos), incentivar o vínculo de confiança na equipe, facilitar a aceitação da situação de dependência (transitória ou não). No caso de pacientes que não podem se comunicar verbalmente, busca-se alternativas de comunicação através de leitura labial, sinalizações, uso da escrita ou figuras, incentivando a capacidade de expressão do indivíduo e acessando seu universo subjetivo.

Outro aspecto de extrema relevância e que se constitui um campo importante de atuação do psicólogo na UTI é a permanente atitude empática com a equipe de saúde em relação à sua tarefa assistencial, para que desta forma o profissional seja um facilitador para a necessária instrumentalização dos demais profissionais no campo relacional, ou seja, é preciso que todos ali, independentemente de sua função, se aprimorem ainda mais em observar as reações emocionais do paciente e suas expressões corporais (comportamento não-verbal), a fim de identificar mais precocemente necessidades de atenção e demandas psicológicas latentes.

### **O Cuidado à Família**

A família pode ser compreendida como um sistema, onde cada membro exerce uma função e possibilita a existência de uma dinâmica que tem seu próprio funcionamento. No entanto, quando um dos membros da família adoece, e principalmente, quando é internado na UTI desencadeia um desequilíbrio neste sistema. Instaura-se um período de crise e os conflitos pré-existentes acompanham o grupo familiar no período de internação e podem se refletir diretamente na relação com a equipe e com o próprio paciente.

Geralmente a equipe médica que cuida do paciente concentra nele seus investimentos, dedicando à família menos tempo. Tal fato pode ser compreendido pela própria especificidade do trabalho que é o cuidado do doente grave, mas também, pelo uso intenso de mecanismos defensivos que estes profissionais adotam para suportarem o desgaste proveniente da tarefa assistencial.

Outras fontes de ansiedade para a família, além do próprio abalo do estado de saúde do paciente são: a vulnerabilidade do paciente, mudanças repentinas do estado geral, a falta de informação, informação excessiva ou desencontrada, o lidar com a troca constante de médicos e o acesso restrito à unidade.

A maneira como a família irá lidar com tal situação depende de sua história familiar, do quanto o sistema era saudável emocionalmente e dos mecanismos de defesa que utilizam no cenário de gravidade. Observa-se que no início há um momento de choque, de negação, de sensação de desespero, que poderá ser substituído gradativamente por uma capacidade maior de suportar e de lidar com a realidade. Os sentimentos envolvidos neste processo são diversos: há momentos de apreensão, de desespero, de alívio, temor, de desconfiança em relação à equipe, medo, preocupação, raiva, exaustão, entre outros. Acrescenta-se ainda a dificuldade desta em compreender com clareza as informações médicas que lhe são transmitidas. Geralmente as famílias desejam informações completas e honestas quanto às condições do paciente, mas é importante lembrarmos que as famílias possuem uma escuta seletiva, ou seja, em situações de estresse alto, escutam aquilo que é menos difícil de assimilar do ponto de vista emocional, estando muitas vezes despreparadas ou incapazes de ouvir, aceitar ou interpretar a verdade em determinado momento.

O psicólogo tem muitas vezes na família um “paciente que precisa de ajuda” e o principal objetivo deste cuidado focalizado também é abrir um campo de escuta

especializado, acessar suas necessidades momentâneas, assim como planejar e executar intervenções que irão refletir no bem-estar dos familiares. Observa-se na prática, que frente à situação estressante de internação de um familiar na UTI, é comum o surgimento de fantasias e a “contaminação do cenário” por vivências experimentadas por outras famílias na mesma condição e mesmo por experiências outrora vividas, e aqui cabe identificar uma demanda para orientação psicológica e acompanhamento destes familiares, tentando diferenciar as realidades de cada caso como, por exemplo, quando há piora ou óbito de algum paciente na UTI, as outras famílias podem se sentir ameaçadas, identificadas e mais angustiadas.

No caso de avaliarmos tratar-se de uma família mais desestruturada e com vínculos afetivos prejudicados, é indicado que o psicólogo avalie e identifique entre os membros do grupo aquele(s) que mostrar ter mais estrutura de personalidade e recursos internos mais preservados, pois esta aliança poderá ser de grande valia durante o percurso da internação na UTI, uma vez que esta pessoa poderá ser um elo facilitador da relação equipe-família. Neste sentido o acompanhamento constante dos familiares e o atendimento na sala de espera são muito importantes, pois promovem acolhimento e alívio da angústia por eles vivida, além de repercutir na relação da família com a equipe cuidadora, fortalecendo os vínculos de confiança.

### **O Trabalho em Equipe Multiprofissional**

O trabalho dentro de uma UTI requer ainda mais a necessidade de organização e funcionamento em esquema de equipe multiprofissional. Isto se dá em razão da natureza e magnitude da tarefa à qual estamos nos referindo, o tratamento de pacientes críticos, que exigem uma grande complexidade de cuidados, atenção e monitorização permanente da



equipe; além é claro da atenção aos familiares, que solicitam esta mesma equipe e mostram-se freqüentemente bastante mobilizados com toda a situação. O trabalho em equipe multiprofissional na UTI propõe uma necessária integração entre as diferentes áreas (médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, auxiliares administrativos, etc.) como instrumento facilitador na abordagem dos pacientes, em sua complexidade, possibilitando uma atuação mais dinâmica e multidimensional.

As vivências de trabalho em equipe multiprofissional permitem e encorajam o intercâmbio de informações e a construção de uma unidade, pois criam perspectivas únicas de trabalho, com o investimento integrado de conhecimentos em favor do paciente e de seu tratamento. As repercussões desta integração se darão diretamente nos vínculos terapêuticos com os pacientes, com provável melhoria do ambiente de tratamento e também de trabalho.

Um fator importante a ser considerado diz respeito aos processos de comunicação entre os membros da equipe, pois o ritmo de trabalho é bastante intenso, as preocupações e intercorrências costumam desviar a atenção para determinados focos da problemática e dificultar um melhor aproveitamento deste importante recurso. Quando profissionais de uma mesma equipe propõem-se a trocar informações e percepções sobre determinado paciente ou situação, ocorre a abertura do campo de observação e uma exploração mais cuidadosa das particularidades do caso, visando uma abrangência maior da situação, dentro de uma perspectiva biopsicossocial.

As trocas entre os membros da equipe se mostram um importante recurso e uma estratégia resiliente para lidar com as angústias que são mobilizadas e as dificuldades que emergem do contato direto com os pacientes graves, com seus familiares, e com as

situações de trabalho que suscitam sentimentos muito fortes e contraditórios, como por exemplo, aqueles pacientes que respondem com hostilidade e agressividade aos cuidados.

No que diz respeito à saúde ocupacional, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar é comum e pode afetar a todos os profissionais, levando a quadros de somatização, absenteísmo, e o desencadeamento de transtornos mentais como ansiedade e depressão. O desgaste emocional, a responsabilidade de cuidar, o medo de cometer erros, o cansaço, as difíceis relações estabelecidas nas equipes multiprofissionais descortinam um panorama psicodinâmico bastante complexo sobre os profissionais de saúde caracterizando um estado de penosidade ocupacional, que tem repercussões psicológicas significativas no indivíduo e em sua relação com os pacientes, o que acaba resultando sentimentos de insatisfação tanto para o profissional como para os clientes externos (familiares e pacientes)

O cuidar de pacientes de UTI pode trazer inúmeras gratificações psicológicas quando se obtém melhora do estado do paciente (sucesso), porém também traz a necessidade de se enfrentar as inúmeras frustrações (insucessos) com repercussões importantes na saúde mental dos profissionais. Muitas vezes observa-se o uso exacerbado de mecanismos de defesa como, por exemplo, a construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, que se expressa por um embotamento emocional traduzido por uma aparente "frieza" no contato com os pacientes e com as pessoas de um modo geral, ou ainda o uso de ironias que expressam uma inadequada adaptação às situações de estresse.

Existem medidas preventivas que podem ser aplicadas no âmbito do exercício profissional e o psicólogo poderá colaborar dando ênfase à necessidade de investimento em um trabalho centrado no estímulo ao crescimento e aprimoramento dos profissionais, mediante atividades em equipe, como capacitações e grupos de discussão de casos com a participação das diversas áreas de conhecimento envolvidas na assistência, propiciando

então a circulação das informações, a interdisciplinariedade e a tomada de melhores condutas. As diferenças de formação dos profissionais de cada área poderão ser adaptadas e integradas na forma de desenvolvimento de protocolos ou programas terapêuticos, elaborados pela própria equipe técnica, e oferecidos à clientela de forma organizada e produtiva, dentro do real e do possível, garantindo um bom fluxo na utilização dos recursos, onde os campos do conhecimento não se sobrepõem e as condutas e procedimentos integram-se de maneira harmoniosa e eficiente para pacientes e equipe.

O Programa de Ligação em Saúde Mental na UTI é permanente e está sujeito a reformulações, incorporando novas tecnologias de assistência psicossocial e procurando atender as demandas desta unidade. Desta forma a importância deste tipo de abordagem visa ressaltar a pertinência das intervenções oferecidas pelo serviço de saúde mental no contexto da Unidade de Terapia Intensiva e a importância do Psicólogo nesta área.

#### **Leituras Recomendadas:**

- DEJOURS, C - **A Loucura do Trabalho. Estudo sobre a psicopatologia do trabalho.** ED. Cortez - Oboré. São Paulo, 1987.
- DE MARCO, M A (org). **A Face Humana da Medicina.** Ed Casa do Psicólogo, 2004.
- DE MARCO, M A - **Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: Um Projeto de Educação Permanente.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-67, 2006.
- FILHO, JM; BURD, M - **Doença e Família.** ED. Casa do Psicólogo, 2004.
- MACEDO, PCM. **Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde.** Rev. SBPH, dez. 2007, vol.10, nº 2, p.33-41.
- NOGUEIRA-MARTINS, LA; NETO, RF; MACEDO, PCM; CÍTERO,VA; MARI ,JJ- **The Mental Health of graduate students at the Federal University of São Paulo: A preliminary report.** Brazilian Journal of Medical and Biological Research / BJMBR . Vol. 37, nº 10, october. 2004.

- PITTA, AMF - **Hospital, dor e morte como ofício**. Hucitec, 2ºed., São Paulo, 1991.
- ZIMMERMAN, PR; BERTUOL, CS – **O paciente na UTI**. In Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Botega, NJ. (org).– Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

### **Sobre os autores:**

*\*Psicóloga do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS/UNIFESP). Responsável pelo Programa de Ligação em Saúde Mental da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital São Paulo.*

*\*\*Psicóloga do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS/UNIFESP), Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Mestre em Saúde Mental pela UNIFESP. Coordenadora do Programa de Capacitação e Assessoria ao Profissional de Saúde do SAPIS. [paulammacedo@gmail.com](mailto:paulammacedo@gmail.com)*

*\*\*\*Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Coordenador Geral do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS). Vice-chefe do Departamento de Psiquiatria, EPM-UNIFESP.*