

A assistência psicológica através da escuta clínica durante a internação

The psychological attendance through clinical listening during the hospitalization

Maiana Jugend¹

Rachel Jurkiewicz²

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

RESUMO

Este estudo é um relato de experiência profissional, realizado durante o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do HC/UFPR, na Área Cardiovascular, no ano de 2010. Tem por objetivo demonstrar a importância da abordagem da subjetividade, realizada pelo psicólogo no contexto hospitalar, através de entrevistas, com a escuta clínica, a partir do referencial teórico psicanalítico. São apresentados três casos, que demonstram eventos significativos de história de vida, assim considerados por afetarem a subjetividade e desencadearem perdas não elaboradas, “vivência de perdas”, atualizadas durante o período de internação. Conclui-se que a avaliação e o acompanhamento psicológico possibilitam a elaboração de tais vivências, bem como a abordagem de reações psicológicas frequentes, como ansiedade e depressão, que afetam o estado clínico dos pacientes, contribuindo, assim, com o tratamento médico.

Palavras-chave: Escuta clínica; Subjetividade; Internação; Ansiedade; Depressão.

¹ Psicóloga Residente da Área Cardiovascular do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do HC/UFPR. *Email:* maianaj@hotmail.com.

² Doutora, Psicóloga Clínica do Serviço de Psicologia do HC/UFPR, responsável na Área Cardiovascular. Preceptora e Supervisora de psicólogos residentes desta área de concentração.

ABSTRACT

This study is a professional experience report, accomplished during the Integrated Multiprofessional Residency Program in Hospital Care of HC/UFPR, at the Cardiovascular Area, in 2010. Its aim is to demonstrate the importance of the subjectivity treatment, performed by the psychologist in the hospital context, through interviews, with the clinical listening, based on the psychoanalytical theory. Three cases are presented, demonstrating significant events of life's story, thus considered because they affect the subjectivity and unleash non-elaborated losses, "experience of losses", which are actualized during the hospitalization period. It is possible to conclude that the psychological evaluation and follow-up enable the elaboration of these experiences, as well as the treatment of frequent psychological reactions, such as anxiety and depression, that affect the patient's clinical condition, thereby contributing with the medical treatment.

Keywords: Clinical listening; Subjectivity; Hospitalization; Anxiety; Depression.

Introdução

O período de internação configura-se como uma situação em que a subjetividade pode estar afetada, já que há o rompimento com o cotidiano, a família e os hábitos rotineiros, além dos procedimentos médicos realizados no corpo e o estado de adoecimento em si.

Implicada em todos os âmbitos da vida, inclusive no processo saúde-doença, a subjetividade merece ser subjetivada e escutada, sendo esta, a tarefa básica do psicólogo no hospital geral, isto é, a abordagem de condições subjetivas (Jurkiewicz, 2003). Esta abordagem ocorre por meio de entrevistas, as quais, segundo Bleger (1980), são o instrumento fundamental do método clínico e, portanto, uma técnica de investigação científica em psicologia.

Este trabalho apresenta a assistência psicológica realizada durante o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, na Área Cardiovascular,

no ano de 2010. Observa-se que, ao deixar que o paciente escolha livremente o assunto do qual irá falar, os temas mais freqüentes são aqueles referentes ao curso de sua história de vida.

Segundo Jurkiewicz (2008), no decorrer da assistência psicológica aos pacientes internados, são constatadas histórias dramáticas, que se caracterizam por uma série de perdas significativas: pessoas próximas falecidas, doenças de parentes e amigos, preocupações com problemas financeiros, separação conjugal, dificuldades de relacionamento com familiares, aposentadoria, preocupações atuais ou outros eventos que marcaram suas vidas. Estes acontecimentos podem se tornar “eventos significativos”, por afetarem a subjetividade e desencadearem “vivência de perdas”, categoria criada pela autora, por se fazer presente na maioria dos pacientes cardíacos internados, os quais relatam uma série de perdas não elaboradas.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é demonstrar a importância da abordagem da subjetividade, por meio de entrevistas, realizadas pelo psicólogo no contexto hospitalar, através da escuta clínica.

Método

Trata-se de um relato de experiência profissional, em que se apresenta a assistência psicológica realizada com três pacientes internados em unidades de cardiologia, incluindo situação pré e pós-cirúrgica, transplante cardíaco e tratamento clínico.

Esta prática ocorre por meio de uma Rotina de Avaliação e Acompanhamento aos Pacientes Internados, implantada em 1991 na Unidade de Internação de Cirurgia Torácica e Cardiovascular do HC/UFPR. O psicólogo, indo ao encontro dos pacientes internados, oferece a escuta, como método de abordagem da subjetividade.

Neste processo, são igualmente investigados eventos significativos de história de vida, o que, segundo Jurkiewicz (2008), são indicadores de aspectos psicológicos implicados no adoecer, na internação e na adesão ao tratamento. À medida que se escuta, está se investigando e proporcionando oportunidade para elaboração de vivências.

A escuta tem como referencial teórico a psicanálise, que preza a verbalização de qualquer conteúdo eleito pelo paciente, já que, segundo Freud (1913/1996):

O material com que se inicia o tratamento é, em geral, indiferente – a história da vida do paciente, ou a história de sua doença, ou suas lembranças de infância. Mas, em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará. (p.149)

Os fragmentos de fala utilizados, bem como as informações referentes aos pacientes, são trazidos com o intuito de enriquecer a discussão. Estes dados preservam a identidade dos pacientes, garantindo uma articulação da teoria com a prática pautada pelo sigilo da ética profissional do psicólogo.

O presente trabalho foi realizado após a interrupção dos atendimentos, ocorrido em decorrência da alta hospitalar. Segundo Freud (1912/1996), a pesquisa em psicanálise não deve ser realizada enquanto se está atendendo o paciente, mas sim, após o término do tratamento: “Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando – reunir sua estrutura, tentar predizer seu progresso futuro e obter, de tempos em tempos, um quadro do estado atual das coisas, como o interesse científico exigiria” (p. 128). Seguir o interesse científico poderia gerar a perda do interesse pela própria história de vida do paciente, prejudicando a escuta e a abordagem da subjetividade.

Resultados: relato de casos clínicos

Paciente 01

Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, com diagnóstico de lúpus há oito anos, além de diversas comorbidades associadas. Apresentava quadro cardíaco agravado e prognóstico reservado, quando comparado aos exames anteriores. Esta situação instigava a equipe médica, uma vez que a paciente estava medicada corretamente e a sua doença deveria estar controlada.

À psicóloga, afirmou diversas vezes estar cansada de continuar no hospital, onde era constantemente “*picada*” para fazer exames, sentia dores e era obrigada a tomar banho no leito, o que exigia a exposição de seu corpo, fazendo com que se sentisse humilhada. Manifestava desejo de desistir do tratamento e retornar para casa, onde poderia permanecer deitada, falar com ninguém, “*não incomodar e não ser incomodada*”.

Residia com um filho de 16 anos de idade que, segundo a paciente, não se importava com ela e nem com a própria vida, pois era usuário de drogas. A paciente possuía, ainda, uma filha de 15 anos, criada pela sogra devido a dificuldades financeiras, e outra filha de 20 anos, de relacionamento conjugal anterior.

Casou-se três vezes, porém, divorciou-se do primeiro marido e ficou viúva dos outros dois. De acordo com a paciente, seu último marido havia falecido há um ano e, após este episódio, ela havia entrado em depressão, chegando a fazer acompanhamento psicológico e psiquiátrico – motivo pelo qual fazia uso de “Fluoxetina”.

Não apresentava perspectiva de futuro, afirmando ter tido uma vida feliz até os 30 anos de idade. Acreditava que, naquele momento, não havia mais motivos para viver. Desejava não se envolver em novos relacionamentos, para não sofrer novamente.

A paciente afirmou que já havia pensado inúmeras vezes em se suicidar e, devido a isso, havia permanecido os três últimos meses sem tomar medicação alguma, uma vez que gostaria de “*ir morrendo aos poucos*”. Este relato era, até então, desconhecido pelos médicos, que não compreendiam a razão pela qual o quadro clínico encontrava-se agravado, o que gerava o acometimento do coração. Informou sentir uma parcela de culpa por esta situação, pois tinha conhecimento de que, se tomasse a medicação regularmente, não se encontraria naquele estado.

Em entrevista, mostrou-se à paciente a necessidade de revelar à equipe médica a interrupção da medicação nos últimos meses, o que poderia alterar o rumo do tratamento. A paciente compreendeu e conversou com o médico, o que foi igualmente realizado pela psicóloga.

A esta profissional, afirmou que não gostava de permanecer no hospital, sentindo-se em uma prisão, com regras em excesso e liberdade alguma. Informou já ter se sentido desta maneira durante a adolescência, quando estudava em colégio de freiras. Seus pais se separaram quando ela tinha 04 anos de idade e, pelo fato de sua mãe ser alcoólatra, seu pai e a madrasta colocaram-na junto a sua irmã neste colégio, onde ela se sentia abandonada. A paciente associou este sentimento de abandono ao que sentia durante a internação, já que recebia raras visitas de seus familiares.

Nos últimos atendimentos psicológicos, mostrava-se animada, vaidosa, interagindo com outros pacientes, e ansiosa para voltar para casa, desta vez, por querer cuidar de seus cachorros e, principalmente, do filho, afirmando: “*Ele precisa de mim perto dele*”.

Paciente 02

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, casado há seis anos, possuía um filho de 03 anos de idade. Não possuía fatores de risco para doença

arterial coronariana, apresentando quadro de endocardite infecciosa, com indicação de tratamento cirúrgico.

Durante as entrevistas psicológicas, falava pouco, sem detalhes, sendo necessárias frequentes perguntas por parte da psicóloga para a continuidade das entrevistas.

Logo no início, o paciente relatou ansiedade diante da cirurgia, afirmando: *“A gente tem medo, porque não sabe como é... Tem medo de não voltar”*. Referiu, ainda, sentimento de solidão devido à internação, a qual o separou do restante da família, que residia em cidade distante e, principalmente do filho, o que lhe trazia muitas emoções.

Foram investigados eventos significativos da história de vida do paciente, o qual relatou a perda de um tio, com quem residiu durante certo tempo, mas logo retornou à casa materna, por sentir saudades da família. Além disso, descreveu período difícil, em que seu pai permaneceu fora de casa, por ser etilista.

Outro evento, ocorrido quatro anos antes, foi narrado com mais ênfase pelo paciente: sua esposa esteve grávida de uma menina, que nasceu prematura, de sete meses. Devido a complicações, ambas permaneceram internadas durante 45 dias no hospital e, após este período e consequente alta hospitalar, ambas retornaram para casa. Porém, seis meses depois, a criança teve uma parada cardíaca e *“não aguentou”*.

Nos atendimentos seguintes a esta revelação, o paciente mostrou-se mais comunicativo, sorridente e menos ansioso. Sobre a morte da primeira filha, disse que poderia ter sido mais cuidadoso, sentindo-se culpado. Referiu sentir saudades da mesma. A psicóloga questionou-o: *“É como as saudades que você sente do seu filho, enquanto está internado?”*. E ele respondeu que sim, bastante emocionado.

No pós-cirúrgico, demonstrou ansiedade para retornar para casa. Refletiu sobre este sentimento acentuado de ansiedade, inicialmente devido à separação

da família, em seguida, por temer a cirurgia e, finalmente, por desejar voltar para casa. A psicóloga questionou se a ansiedade inicial estava relacionada à experiência vivida junto à esposa e à primeira filha, e ele respondeu: *“Sim. Logo que entro num hospital, eu me lembro do que passamos. É tudo muito recente”*.

Após alguns dias de recuperação na enfermaria, o paciente apresentou sinais de arritmia, tendo que retornar à UTI. Temeu a possibilidade de nova cirurgia e se emocionou, voltando a refletir sobre a dificuldade em se manter longe da família, a qual raramente o visitava, por residir em cidade distante: *“O pior momento do dia é o horário de visita, quando todos os colegas recebem os seus familiares”*.

Quando estava prestes a receber alta, o paciente sentiu-se mal enquanto tomava banho, devido ao aumento da sua frequência cardíaca, o que adiou novamente os planos de alta. Diante desta situação, a psicóloga lhe perguntou: *“Por que você acha que isso aconteceu?”*, e ele respondeu: *“Acho que é a emoção”*.

Paciente 03

Paciente do sexo masculino, 49 anos de idade, com diagnóstico de feocromocitoma há treze anos e aposentado por invalidez há cinco anos. Aguardava há dois anos em lista de espera para entrar no protocolo de transplante cardíaco e, na internação em questão, havia sido chamado para realizar este procedimento, afirmando: *“Agora eu estou vendo o sol brilhar novamente”*.

O paciente já havia passado por duas angioplastias, dois cateterismos e quatro sessões de quimioterapia. Além disso, já havia sido acometido por seis acidentes vasculares cerebrais e cinco infartos agudos do miocárdio, desde a descoberta da doença.

Durante as entrevistas, queixou-se de sua primeira esposa, a qual realizava trabalhos ilícitos, sendo que o paciente tomou conhecimento desta situação

somente após denúncia anônima recebida em seu trabalho. Além disso, esta manteve relacionamento extraconjugal com seu primo, sendo que, uma das filhas do paciente, era, em realidade, filha de seu primo. Quando tomou conhecimento deste fato, a jovem, que, na época, tinha 15 anos de idade, foi embora de casa e ele *“perdeu uma filha”*.

O paciente relatou a perda de outro filho, quatro anos antes, aos 23 anos de idade, assassinado devido ao uso de drogas e comentou sobre outra filha, de 29 anos, que residia em outro estado e possuía seis filhos. Segundo o paciente, *“ela não tem cabeça”*.

Casado pela segunda vez há vinte anos, o paciente afirmou: *“Se não fosse pela minha esposa, eu já teria entrado em depressão, pois o que eu passei não foi fácil”*. Segundo ele, sua esposa atual era muito prestativa e o auxiliava em sua doença, porém, ela não se relacionava com sua mãe.

Seu pai havia morrido aos 40 anos de idade, da mesma doença que o paciente, fato que lhe causava indignação: *“Ele não podia ter me deixado uma herança melhor?”*.

Após o falecimento do pai, sua mãe passou a ingerir bebidas alcoólicas em excesso. O paciente afirmava que já a havia perdoado, porém, ainda sentia mágoa por ela: *“E essa mágoa fica no coração da gente. E não sai, fica lá... Mas eu acho que não foi tudo isso que desencadeou a minha doença”*.

Em relação à morte do pai, ocorrida quando o paciente tinha 14 anos de idade, este relatou: *“Foi tudo muito rápido: parar de estudar, começar a trabalhar e virar o ‘cabeça’ da casa”*; *“Eu fiquei sem apoio, como se aquela mão que me segurava tivesse se soltado de repente”*. Nesta época, ele se tornou religioso: *“Talvez para preencher esse vazio da falta do pai. Comecei a ajudar muito os outros”*.

O paciente referiu que, durante o período de internação hospitalar, sua rotina estava sendo similar àquela que levava em casa, isto é: *“Da cama para a*

rede, da rede para o sofá e, depois, para a cama novamente”. Afirmou ainda: “Essa é a vida de todo aposentado... Muito boa!”. Questionado pela psicóloga, ele disse: “Todo aposentado se sente excluído da sociedade, não pode fazer nada. Mas a gente acha que só vai passar por isso quando for velho, eu estou passando por uma aposentadoria precoce, no meio da vida”.

O paciente sentia que já havia passado pela pior fase da sua doença, mas sabia que o transplante de coração poderia demorar a acontecer: *“É ruim a gente depender da morte de alguém para poder viver. Mas há males que vêm para o bem”.*

Discussão

A experiência da internação é um tema recorrente no relato dos três pacientes em questão. Trata-se de uma vivência que afeta a subjetividade, sendo assim, considerada um evento significativo. Este desencadeia uma “vivência de perdas”, a qual se vincula a outras perdas e como foram resolvidas. Um evento significativo remete o sujeito a lembranças de outros eventos e vivências semelhantes, de maneira que cada vivência não é isolada, havendo relação entre os diferentes ciclos vitais ou crises que ocorrem no curso da vida de uma pessoa e a maneira como foram solucionados (Jurkiewicz, 2003).

Uma crise, de acordo com a autora, caracteriza-se pela emergência de um elemento novo, que afeta o psíquico e dispara a desordem, exigindo mudanças de ordem psicológica, material, social ou física, isto é, renúncia a uma posição para poder assumir outra e, conseqüentemente, a aquisição de novas condutas. No entanto, nem sempre é isso que ocorre: muitas vezes a tendência é repetir vivências passadas e padrões estereotipados de condutas, até como tentativa de elaboração psíquica, o que dificulta a adaptação à nova situação. Enquanto situação de crise e quando tratada adequadamente, a doença pode surgir como

oportunidade para a elaboração psíquica de “vivência de perdas” ainda não elaboradas.

Na investigação de eventos significativos de história de vida, pode-se verificar se o paciente está atravessando uma “vivência de perdas” ou não, se o mesmo possui ou não um luto a ser realizado. Isso se dá por meio da entrevista clínica, em que se parte dos conteúdos emergentes, da superfície psíquica, entendendo-se que o que é relatado aqui e agora, está sendo atualizado e, portanto, revivido pelo paciente.

Ao longo das entrevistas, à medida que falavam sobre a experiência da internação, os pacientes em questão abordavam situações difíceis, vivenciadas em outros momentos de suas vidas, tais como: problemas financeiros, separações conjugais, filhos envolvidos com drogas, pais alcoólatras, perda de familiares, dificuldades de relacionamento com parentes, abandono dos pais, entre outras. Isto é, enquanto tratavam de um assunto atual, da crise pela qual atravessavam durante a internação, os pacientes traziam situações antigas, mas vivenciadas como recentes, lembradas naquele momento, por não terem passado por um processo de elaboração psíquica.

A paciente 01 associou o período de internação àquele em que permaneceu em colégio de freiras durante a adolescência, onde era obrigada a cumprir uma série de regras e não possuía liberdade de escolha. No hospital, sentia-se da mesma maneira, por ser constantemente submetida a exames invasivos, os quais lhe causavam dor, não podendo manifestar o seu desejo de passar ou não por estes procedimentos. Revoltava-se com a equipe médica, que não permitia que ela fosse embora do hospital, para *“ir morrendo aos poucos”*, tal como desejava. Foi somente após algumas entrevistas que associou esta revolta àquela que sentia no colégio de freiras, de onde queria fugir. Além disso, durante o período em que permaneceu internada, a paciente recebeu escassas visitas de

seus familiares, sentindo-se abandonada, tal como se sentiu quando foi deixada naquele colégio.

Da mesma forma, o paciente 02 apresentou dificuldades em permanecer distante da família durante a internação, a qual raramente o visitava, por residir em cidade distante. Descreveu momentos em que sofreu por encontrar-se separado dos familiares, tais como o período em que viveu em companhia do tio e quando o seu pai residiu fora de casa. Porém, o que lhe gerava mais sofrimento era o distanciamento do filho, emocionando-se a cada vez que se referia ao mesmo. Associou esta emoção àquela referente à morte da primeira filha, relatada ao longo das entrevistas. A própria internação remetia-o ao longo e angustiante período em que acompanhou a criança no hospital, o que lhe era recente. Ou seja, a presente emoção relacionada à separação do filho era a atualização de uma vivência não elaborada, referente ao falecimento e separação da primeira filha.

Diante disso, questiona-se: quais são os recursos psíquicos que cada um possui para elaborar uma “vivência de perdas”?

Elaborar uma vivência exige trabalho mental, no sentido de abandonar as relações com o objeto perdido. É um processo longo, que requer tempo e depende das condições subjetivas de cada um, variando de indivíduo para indivíduo. Depende das experiências prévias de vida, da história psicológica passada, do significado da perda, da natureza da relação com o objeto, da existência de uma rede social e familiar de apoio, da bagagem cultural, de eventos intercorrentes de vida, entre outros (Jurkiewicz, 2008).

Elaborar quer dizer ressignificar experiências, o que ocorre através da palavra, a qual, de acordo com Freud (1926b/1996), “... é um instrumento poderoso; é o meio pelo qual transmitimos nossos sentimentos a outros, nosso método de influenciar outras pessoas. As palavras podem fazer um bem indizível e causar feridas terríveis” (p. 183). Porém, os efeitos da palavra se dão *a posteriori* e, além disso, não são evidentes: possivelmente, a série de eventos significativos

que desencadeou “vivência de perdas”, as quais não puderam ser elaboradas do ponto de vista psíquico, predispôs a manifestação dos eventos cardíacos e do próprio adoecer, assim como outros fatores, de outra ordem, implicados.

Pode-se dizer que a oferta da escuta durante a internação é uma possibilidade de elaboração de vivências. Ocorre através da fala do paciente e da escuta do profissional, abrindo-se um espaço para que o paciente fale mais do que sabe conscientemente, a seu respeito. Enquanto fala, ele mesmo se surpreende com efeitos em si destes eventos que desconhecia, mas que revelam parte da sua vida e o ajudam a elaborar e conviver com estes acontecimentos como uma história.

O paciente 03, ao longo das entrevistas, questionou-se a respeito de sua vida, como uma vida a ser vivida a partir da morte de alguém, uma vez que realizava exames para entrar na lista de espera para o transplante cardíaco. Entretanto, ao falar, não notava que falava também para além da espera da morte de um suposto doador de órgãos, mas sim, a respeito da morte de seu pai, a qual havia lhe desencadeado uma vida de responsabilidades.

Observa-se que, quando o paciente fala para além daquilo que sabe e conhece, ele se refere a uma série de situações envolvendo perdas e mortes, as quais não foram elaboradas. De acordo com Freud (1914/1996), a ênfase dos conteúdos recai nos nós de uma rede de relações históricas, fantasias, processos de referência, vinculações de pensamento, fatos, impulsos emocionais, conflitos que são atualizados. São lembranças esquecidas, mas que necessitam ser repetidas, recordadas e elaboradas. Nota-se, com estes resultados, a ocorrência da atualização de vivências passadas, experimentadas como algo atual.

O paciente 02 chorava excessivamente ao falar de seu filho e do quanto sentia saudades do mesmo, temendo não poder acompanhar o seu crescimento, devido aos riscos cirúrgicos, sem se dar conta de que estas lágrimas estavam

relacionadas àquelas derramadas após o falecimento da primeira filha e à impossibilidade de estar próximo desta.

Viver algo antigo como atual ocorre, pois, por mais que o paciente esteja relatando algo relacionado a uma experiência remota, isto é, repetindo, não há passado e presente na escuta clínica, devido à atemporalidade dos processos inconscientes (Freud, 1913/1996).

Assim, na medida em que abre um espaço de escuta ao paciente, o psicólogo, pautado pelo referencial teórico da psicanálise, depara-se com uma surpresa, frente ao dito. Por meio do que Freud (1912) denomina a “atenção uniformemente suspensa” (p. 125), ouve-se o material apresentado pelo paciente, sem se fixar num único ponto.

É igualmente por esta razão que Freud (1912/1996) sugere que não se tome notas durante o atendimento: “Far-se-á necessariamente uma seleção prejudicial do material enquanto se escrevem ou se taquígrafam as notas, e parte de nossa própria atividade mental acha-se dessa maneira presa, quando seria mais bem empregada na interpretação do que se ouviu” (p. 127). Ou seja, tomar notas durante o processo de escuta seria o equivalente a eleger conteúdos mais importantes, em detrimento de outros, tornando o trabalho racional e impedindo a manifestação do inconsciente (tanto do paciente, como do profissional).

Através da palavra, o método da escuta trabalha a angústia do paciente como forma de elaborar a vivência, sabendo-se principalmente que esta angústia é descarregada no corpo, fazendo com que esta reação psicológica ou afeto interfira no tratamento médico, sendo as reações mais frequentes, a depressão e a ansiedade, decorrentes também do luto.

A paciente 01 apresentava depressão e fazia tratamento medicamentoso desde a perda dos dois últimos companheiros, associada à separação do primeiro marido, às dificuldades financeiras e ao filho usuário de drogas. Expressava pensamentos recorrentes de morte, devido aos quais havia interrompido as

medicações que controlavam o avanço da sua doença. Exemplifica-se, neste caso, o estado de luto implícito.

Segundo Freud (1917/1996), o luto caracteriza-se pela “... reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (p. 249). Trata-se de um trabalho psíquico, o qual se espera que seja superado após certo período de tempo.

Entretanto, a experiência clínica demonstra que nem sempre acontece a elaboração de perdas, ao que Jurkiewicz (2008) denomina estado de luto, decorrente de uma “vivência de perdas”. A autora considera ainda o estado de luto como correlato psíquico das depressões. Percebe-se, assim, a existência de uma “... associação entre luto e depressão, dois âmbitos de um único fenômeno, sendo o luto de ordem psicodinâmica e a depressão expressão do luto através de sintomas observáveis e manifestos” (p. 148).

Tanto o paciente 02, como o paciente 03, não realizaram o luto após a perda de seus filhos. Estes fatos apresentavam-se de maneira presente em seus discursos, evidenciando a não elaboração dessas perdas, o que lhes gerava dor, sofrimento e, possivelmente, a manifestação de suas doenças.

O paciente 03 ainda relatou as dificuldades de relacionamento com a mãe e como a mágoa que sentia por esta permanecia em seu coração: *“E essa mágoa fica no coração da gente. E não sai, fica lá... Mas eu acho que não foi tudo isso que desencadeou a minha doença”*. Ainda que negativamente, o paciente associou os problemas com a mãe a sua doença, o que demonstra um luto não realizado e as consequências que isso pode acarretar no corpo.

Apesar do estado de luto e das consequências deste no corpo, pode-se vislumbrar a possibilidade de elaboração dessas vivências de perda. No caso da paciente 01, à medida que foi abrindo o seu discurso e encontrando maneiras de aliviar a angústia por meio da palavra, expressou ansiedade para voltar para casa

para cuidar de seus animais de estimação e, principalmente, de seu filho. Em relação a este, inicialmente, a paciente falava sobre o quanto ele não se importava com ela e nem com a própria vida, desvalorizando-o, sem perceber que, em realidade, falava dela mesma e do quanto não valorizava a sua própria vida. Ao passar do desânimo à ansiedade, demonstrou o quanto começou a dar valor a sua vida, criando expectativas de futuro, projetadas na necessidade do filho em ser auxiliado por ela.

Durante o acompanhamento psicológico, o paciente 02 também manifestou ansiedade. Logo no início, mostrou-se ansioso diante da cirurgia e da possibilidade da morte, as quais se caracterizavam como uma situação de perigo. Freud (1926a/1996) afirma que a ansiedade surgiu originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete. Há duas formas como a ansiedade pode surgir: de uma maneira inadequada, quando exista uma nova situação de perigo, ou de maneira conveniente, a fim de dar um sinal e impedir que tal situação ocorra.

Segundo Sebastiani e Maia (2005), apesar do avanço tecnológico das cirurgias e anestésias, o paciente cirúrgico nunca se sente completamente seguro, uma vez que este procedimento tende a gerar intenso desconforto emocional, onde o indivíduo tem o seu futuro incerto, manifestando sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da mutilação, de ficar incapacitado, das mudanças em sua imagem corporal. É a ameaça de sua integridade física e psicológica.

Nota-se que nenhum paciente encontra-se efetivamente preparado para realizar uma cirurgia, sendo necessária a intervenção de um psicólogo neste momento. Este profissional atua com o objetivo de minimizar a ansiedade do paciente, favorecendo a expressão dos sentimentos, auxiliando na compreensão da situação vivenciada e facilitando a verbalização das fantasias advindas do processo cirúrgico.

Assim, a presença do psicólogo soma importante ajuda à equipe médica, pois a identificação dos medos, dúvidas, expectativas do paciente, assim como a facilitação de uma interlocução mais eficiente entre equipe de saúde-paciente, fazem parte da formação e especificidade da sua prática profissional (Sebastiani & Maia, 2005).

No caso do paciente 02, a ansiedade diante da cirurgia e da separação da família fazia com que ele expressasse constantemente o desejo de retornar para casa. No entanto, no momento em que estava prestes a receber alta hospitalar, por duas vezes seguidas, apresentou arritmias cardíacas e teve que permanecer internado, exigindo a continuidade do tratamento.

Esta situação também pode ser interpretada como o medo de passar mal longe do ambiente hospitalar, onde não teria recursos para ser socorrido, o que acabava por mantê-lo no hospital. As entrevistas psicológicas possibilitaram um espaço para que refletisse sobre a ansiedade. Pergunta-se, neste momento: após sentir-se mais amparado durante a internação, o paciente manifesta medo da separação do hospital e dos recursos à disposição para o tratamento, não somente médico, mas também, psicológico?

Com a apresentação e a discussão destes três casos atendidos durante a internação, pôde-se demonstrar o quanto os eventos cardiovasculares compõem uma série de eventos significativos de história de vida. Também demonstram a importância da avaliação e do acompanhamento psicológico na situação pré e pós-cirúrgica e, de um modo geral, abordam as reações psicológicas mais frequentes durante o período de internação, como ansiedade e depressão, decorrentes também do luto.

Considerações Finais

Na assistência psicológica aos pacientes internados, ao longo dos relatos, os pacientes se defrontam com a lembrança de eventos significativos e “vivência

de perdas”, angustiam-se com a possibilidade da morte e a incerteza do futuro, e encontram oportunidade de falar e refletir sobre sua posição frente a estes acontecimentos, para um profissional qualificado.

O trabalho do psicólogo durante a internação é, por meio da palavra e da escuta, dar um novo direcionamento à angústia e possibilitar a elaboração desta vivência, que se vincula a outras vivências de perdas não elaboradas. Nesse processo, como efeito de promoção de saúde, espera-se que sejam evitadas complicações clínicas de ordem psíquica, o que vem favorecer o tratamento médico clínico ou cirúrgico.

Referências

- Bleger, J. (1980) *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (J. Salomão, Trad). In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 123-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (J. Salomão, Trad). In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996). Recordar, repetir e elaborar (J. Salomão, Trad). In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 161-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia (J. Salomão, Trad). In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 245-263). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

- Freud, S. (1996). Inibições, sintoma e ansiedade (J. Salomão, Trad). In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926a).
- Freud, S. (1996). A questão da análise leiga: conversações com uma Pessoa Imparcial (J. Salomão, Trad). Em J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 175-248). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926b).
- Jurkiewicz, R. (2003 julho/setembro). Psicologia clínica e saúde. *Psicologia Argumento (Curitiba)*, 21(34), 41-47.
- Jurkiewicz, R. (2008). *Vivência de Perdas: relação entre eventos significativos, luto e depressão, em pacientes internados com doença arterial coronariana*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(1), 50-56.