

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE
(UNI E MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU/UFU

APARECIDA YANCA PEREIRA DOS SANTOS

**A PRÁTICA PSICOLÓGICA NA UTI COM O PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Uberlândia, MG
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE
(UNI E MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU/UFU

APARECIDA YANCA PEREIRA DOS SANTOS

**A PRÁTICA PSICOLÓGICA NA UTI COM O PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) apresentado a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito para a conclusão do Programa de Residência em Área de Saúde (Uni e Multiprofissional) e obtenção do título de psicóloga hospitalar especialista na Atenção ao Paciente em Estado Crítico. Orientado pela Profa. Ma. Luzia Silva dos Santos e pela Profa. Ma. Gizelle Mendes Borges Cunha. Esse artigo será submetido à Sociedade Brasileira de psicologia hospitalar (SBPH).

Uberlândia, MG
2020

RESUMO

O presente artigo surgiu a partir das inquietações vivenciadas durante os dois anos da minha atuação como psicóloga residente, inserida no programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico, em um hospital escola de Minas Gerais. O artigo foi escrito como relato de experiência e se constitui uma pesquisa qualitativa, fundamentada pela psicanálise e desenvolvida pelo método da interpretação psicanalítica. O trabalho objetivou interpretar os desafios, afetações e construções da minha atuação clínica na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O estudo se justifica, pois possibilitou reflexões sobre o manejo clínico possível diante o processo de transferência, com o paciente em estado crítico, seus familiares e a equipe multiprofissional. Observou-se que o grave adoecimento faz emergir a ameaça à vida e pode produzir urgências psíquicas e intenso sofrimento nos sujeitos que vivenciam esse processo. Deste modo, o artigo contribui para a atuação clínica do psicólogo hospitalar, evidencia-se a importância de repensar o desenvolvimento da prática clínica de modo constante pra construção do manejo clínico possível no ambiente hospitalar.

PALAVRAS CHAVES: Psicologia Hospitalar, psicanálise, UTI, Paciente Crítico.

ABSTRACT

This article emerged through the concerns experienced during the two years of my work as a resident psychologist, inserted in the Critical Patient Care Program, in a teaching hospital in Minas Gerais. The article was written as an experience report and constitutes a qualitative research, based on psychoanalysis and developed by the method of psychoanalytic interpretation. The work aimed to interpret the challenges, affects and constructions of my clinical performance in the Intensive Care Unit (ICU). The study is justified, because it allowed reflections on the possible clinical management in the face of the transfer process, with the patient in critical condition, their family members and the multidisciplinary team. It was observed that the serious illness causes the threat to life to emerge and can produce psychological urgencies and intense suffering in the subjects who experience this process. In this way, the article contributes to the clinical performance of the hospital psychologist, evidencing the importance of rethinking the development of clinical practice in a constant manner to build the possible clinical management in the hospital environment.

KEYWORDS: Hospital Psychology, psychoanalysis, transference, ICU, Critical Patient.

INTRODUÇÃO

A psicologia hospitalar foi regulamentada no Brasil como especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia no ano 2000. Passados 20 anos, observamos que a psicologia ainda está se constituindo nesse contexto e encontra dificuldades: como a inserção na equipe multiprofissional, deficiências de teoria e prática, desde a formação universitária e a precariedade no sistema de saúde (Ismael, 2005/2010).

Em 2005, com a promulgação da lei nº 11.129, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (MEC e MS) criaram Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), como estratégia para o aperfeiçoamento e qualificação da equipe multiprofissional de saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O PRMS é uma modalidade de pós-graduação lato sensu, caracterizado pelo ensino em serviço, em que o residente na prática da sua profissão recebe orientações e supervisões de profissionais que desempenham as funções de preceptores e tutores. A especialização é dividida em programas de acordo com as áreas de concentração e tem duração de dois anos, compondo o total de 5.760 horas. Que são divididas entre 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas (Brasil, 2007).

No período de março de 2018 a março de 2020 atuei como psicóloga residente pelo programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC), em um hospital escola de Minas Gerais referência à média e alta complexidade. A assistência à saúde na APEC é realizada de forma multiprofissional e acontece preferencialmente no Pronto Socorro (PS), nas Enfermarias Cirúrgicas (EC) e nas Unidades de Terapia Intensivas (UTI), que compõem o setor mais específico para esses pacientes. (Brasil, 2007).

De acordo com a lei nº 2.338 de 2011 o paciente crítico é definido pelo MS como aquele que vivencia alterações agudas ou perda de um ou mais sistema orgânico, bem como, aquele que está com o quadro clínico frágil consequente de trauma ou outros fatores, que necessitam de cuidado imediato seja clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental. Deste modo o paciente crítico se encontra em estado grave de saúde e vivencia o risco iminente de morte.

No percurso da especialização percebi o quanto era delicado ser psicóloga nesse cenário, em que minha especialização seria o atendimento ao paciente que vivenciava um

quadro clínico crítico que trazia uma inquestionável ameaça à vida. Histórias de vida e os modos de enfrentamento, diante de sofrimentos extremos que pacientes e familiares vivenciavam, consequentes de um grave adoecimento, me motivaram para a construção desse trabalho.

O presente artigo constitui uma pesquisa qualitativa fundamentada pela teoria psicanalítica e analisada pelo método da interpretação. Para ilustrar o relato de experiência utilizei vinhetas clínicas, em que descrevo de forma breve sobre dois casos clínicos, que colaboram para reflexão sobre a atuação clínica. Com intuito de preservar a identidade dos pacientes e familiares utilizei nomes fictícios nos fragmentos descritos. Apresentarei trechos de poemas autorais, construídos durante a residência, após os subtítulos, com intuito de expressar de modo simbólico as intensidades vividas nesse contexto.

O método da interpretação psicanalítica permite que o psicólogo seja capaz de escutar a narrativa do que é insuportável para o paciente. Se atentando em sua escuta aos fragmentos do indizível dos lapsos da história do relato do sujeito e propiciando a construção de uma narrativa que faça borda às lacunas de sentido do campo transferencial (Barone, 2013).

A partir dessa construção descrevo e interpreto pela teoria psicanalítica, sobre o que me afetou no processo de transferência e contratransferência, na atuação como psicóloga residente na UTI. Através da psicanálise compreendemos que transferência são os afetos que o paciente vivenciou no passado, com as primeiras relações amorosas, que ele repete inconscientemente e em ato com a figura do analista. Podemos dizer *que* a transferência diz respeito ao material recalcado e consiste na atualização das fantasias que conduziram os primeiros laços afetivos do paciente. (Freud, 1912/2019)

Por outro lado, o analista vivencia um processo semelhante, denominado contratransferência, definida por Freud (1910/1977) como os sentimentos inconscientes vinculados ao primeiro objeto de amor, que surgem no analista durante atuação clínica pela influência do paciente. Esses sentimentos inconscientes podem se tornar barreiras para a condução do tratamento.

No artigo, descreverei sobre os recursos e estratégias que se tornaram importantes para a construção de um manejo clínico ético com o paciente e seus familiares, que diante o grave adoecimento vivenciam urgências psíquicas relacionadas à eminência de morte. Pretendo promover reflexões sobre as possibilidades de atuação do psicólogo nos atendimentos

realizados ao paciente crítico na eminência de morte e no acolhimento aos familiares, durante a comunicação da morte do paciente, que estava internado na UTI.

Para a construção de uma atuação clínica possível com o paciente crítico, conforme os princípios da psicanálise, retomo as condições criadas por Freud (1913/2019) para o início do tratamento psicanalítico. O autor afirma que o processo de transferência é essencial para a única regra fundamental da psicanálise, a livre associação do paciente (que é ouvida pela prática da atenção flutuante do analista). É por meio do estabelecimento da transferência que as intervenções do analista podem fazer sentido ao paciente. Portanto uma parte importante do trabalho do analista é o manejo da transferência para condução do tratamento.

A partir do exposto é importante destacarmos que cabe ao psicólogo fazer o manejo da transferência, analisando de modo contínuo os sentimentos inconscientes que surgem no processo de contratransferência. Com esse manejo o psicólogo será capaz de controlar a expressão dos sentimentos durante a atuação clínica e assumir uma postura oposta ao paciente, que descarrega a transferência (os afetos inconscientes) no processo analítico. Assim a contratransferência pode ser usada como ferramenta na condução do tratamento analítico Isolan, (2005).

Em minha atuação na UTI encontrei dificuldades no desenvolvimento de um manejo clínico ético diante das particularidades do ambiente e das distinções entre o paciente crítico e o paciente do consultório psicológico. A UTI é destinada ao tratamento dos pacientes que vivenciam os quadros clínicos mais graves e instáveis do hospital. Nessas condições os pacientes necessitam de monitorização, suporte vital e cuidados intensivos com os aparatos científicos mais modernos e eficazes.

Atuando como uma profissional iniciante no contexto hospitalar, percebi a UTI como um lugar de intensidades, que gerava inúmeras perdas aos pacientes. Os indivíduos em um ambiente estranho, restrito ao leito, exposto a ruídos, bipes, odores e constantemente sendo manipulado e medicado pela equipe de saúde (entubados, sedados, em coma, traqueostomizados) por vezes perdiam a condição de fala e a autonomia.

Diante a impotência e paralisação dos pacientes e familiares, no processo de contratransferência, também me vi em uma posição semelhante. Afetada pelo contexto temia não conseguir atuar como psicóloga pela abordagem psicanalítica nesse cenário. Sofio (2014) destaca que a imersão na UTI afeta os profissionais de saúde e incluindo o psicólogo. A

autora caracteriza a UTI como um ambiente violento e atraente, permeado por dor, perda e sofrimento. Fatores que colaboram para um estado de constante atenção, dificultando a regra fundamental da psicanálise descrita por Freud (1913/2019) a livre associação do paciente.

Na UTI vários fatores me afetavam levando um estado de vigilância e estranhamento, como: a urgência característica do ambiente; o arsenal de equipamentos de cabeceira e dispositivos, que fazem monitorização e o suporte vital, e em paralelo, parece despersonalizar o paciente; a manifestação dos sintomas físico do paciente durante o atendimento psicológico (como: dor, dispneia, náuseas, vômitos); as urgências psíquicas vivenciadas pelos pacientes e seus familiares diante as más notícias médicas; e o processo de morte do paciente.

A UTI se constituía um ambiente de intensidade que extrapola o setting tradicional, com fatores externos que atravessam o atendimento psicológico e me provocavam intensos sentimentos e pensamentos, que dificultavam a prática da escuta flutuante e o manejo da transferência em cena. Por vezes tinha a necessidade de parar para observar o ambiente e o que aquela pessoa estava a vivenciar enquanto paciente da unidade. Perguntava-me: Como escutar o paciente que está entubado e/ou em coma? É possível atuar a partir das regras fundamentais da psicanálise nesse cenário?

MERGULHOS E AFOGAMENTOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA CLÍNICA DA UTI

O cheiro, o abraço, o laço.

O amor que senti por ti

Vivo está em mim!

Diante a minha afetação com a UTI iniciei a prática observando o ambiente, identificando quem integrava esse cenário e refletindo sobre quais atuações eram possíveis. Simonetti (2004/2009) destaca que “embora o foco primário de atendimento seja o paciente, o psicólogo se vê muitas vezes escutando os outros personagens dessa cena: médicos apressados, enfermeiras atarefadas e familiares angustiados.” (p.153).

Objetivando a construção de uma clínica possível na UTI sistematizei três pré-condições para dar início a minha atuação como psicóloga residente: a primeira pré-condição era atender as solicitações e demandas da equipe; a segunda consistia em ofertar acolhimento psicológico aos familiares que solicitam atendimento; e a terceira era ofertar atendimento

psicológico aos pacientes que estavam conscientes e sem dispositivos que impedissem a fala. Vale destacar que as ordens das pré-condições não equivalem ao grau de importância, e apesar de definidas separadamente aconteceram simultaneamente.

A partir dessa construção inicial comecei a “mergulhar” no ambiente “sem saber nadar”. Pois na ânsia de atuar como psicóloga me deparei com a dificuldade de refletir de modo crítico sobre a prática que eu estava iniciando. É como se ao mergulhar no ambiente a capacidade de pensar fosse amputada pela intensidade dos sentimentos que a UTI me provocava. O atravessamento emocional apontava para a importância de cuidar da contratransferência que emergia e de buscar suporte teórico e simbólico para sustentar e suportar a função de psicóloga residente, em formação psicanalítica.

A equipe multiprofissional de saúde da UTI

Por vezes gastamos a vida a trabalhar

Esquecendo de sonhar e desejar.

Observei que a equipe de saúde da UTI também tinha um modo de funcionamento particular. A maioria dos profissionais diante os inúmeros procedimentos buscavam realizá-los da forma mais rápida e correta. Sempre apressados, corriam contra o tempo para realizar os cuidados necessários e salvar a vida do paciente, o que nem sempre era possível.

Nessa urgência por controle na execução dos protocolos e procedimentos muitas vezes não sobrava tempo para a subjetividade do paciente, nem deles próprios. O que denunciava a impossibilidade de garantir uma prática sem furos e lacunas. De acordo com Ismael (2005/2010) a falta de espaço para a subjetividade nesse ambiente faz com que os profissionais vivenciem uma sobrecarga emocional que impulsiona o surgimento de defesas psicológicas desadaptativas e colabora para o distanciamento da equipe com o paciente e seus familiares.

Ao observar o modo de funcionamento dos profissionais que trabalham nesse setor percebi a importância refletir sobre a primeira pré-condição para atuação: atender as demandas da equipe. Segundo Moretto (2013) a equipe nem sempre terá clareza de porque solicita o psicólogo, por não saber qual a função dele ali. Por outro lado, o psicólogo tem que compreender por que a equipe o solicita e saber como atuar frente à demanda.

Inicialmente interpretei que as solicitações da equipe para atendimento psicológico estavam relacionadas à dificuldade de lidar com a manifestação do sofrimento psíquico do paciente e/ou de seu familiar. A maior parte das solicitações chegava com intuito de que o atendimento psicológico acalmasse os pacientes e familiares, para que eles parassem de chorar, de solicitar a equipe constantemente e respeitassem as regras da unidade.

A partir do exposto é possível perceber que em alguns momentos a demanda da equipe representava implicitamente o desejo de silenciar a subjetividade dos pacientes, para manter o ambiente de controle da unidade. Dito de outra forma, a equipe pretendia controlar a subjetividade do paciente, como faziam com as técnicas e os protocolos nos procedimentos.

Os movimentos da equipe para com psicólogo denunciavam o não saber sobre a práxis psicológica. Uma vez que, a função do psicólogo consiste no avesso do que a equipe solicitava. Cabe ao profissional de psicologia possibilitar que a subjetividade do paciente apareça. Sendo sua função ofertar uma escuta qualificada e dar voz ao sujeito, impulsionando a manifestação das suas emoções, para que por meio da fala seja possível cuidar do que surge em meio à internação na UTI.

De acordo com Vasconcellos (2013) quando o paciente diante o inesperado não encontra formas de se comunicar pela palavra o que advém é a angústia e o sentimento de desamparo. Deste modo o adoecimento pode se tornar uma experiência vivenciada com intenso sofrimento psíquico. Com intuito de ultrapassar essa condição, o psicólogo atua impulsionando que o paciente fale e expresse o sofrimento vivenciado.

Lacan (1953/2005) descreve que existem três registros psíquicos essenciais para a realidade humana, denominados Real, simbólico e imaginário. O Real é aquilo que o sujeito vivencia e não encontra formas de significar. O Real representa o insuportável e inominável diante a experiência. Diante do Real o sujeito tenta fazer borda a experiência por meio do registro do imaginário, tecendo fantasias sobre o vivido. O último registro alcançado é o simbólico, por meio dele, o sujeito consegue achar palavras e construir sentidos e significados para a experiência. Na atuação clínica no ambiente hospitalar, auxiliava o paciente a encontrar palavras e significantes pelo registro do simbólico, para fazer borda ao insuportável que o Real representa.

Em um estudo sobre a atuação do psicólogo na UTI Coppus e Netto (2016) afirmam que as diferentes intenções da equipe de saúde ao solicitar o atendimento psicológico estão

relacionadas à inserção do psicólogo na unidade. Quando os profissionais de saúde consideram o psicólogo como parte da equipe, a solicitação para o atendimento acompanha o interesse pela devolutiva do psicólogo. Nesses casos a “equipe faz uma demanda de saber ao analista sobre a subjetividade do paciente ou até da própria equipe com a qual não sabe lidar”. (p.93).

Em contraposição, quando os profissionais que solicitam o psicólogo apenas para resolver e eliminar o que emerge da subjetividade e provoca desconforto na equipe, não apresentando interesse a posteriori sobre uma devolutiva, o psicólogo ainda não é reconhecido como integrante da equipe. “Dessa forma, enquanto no primeiro tipo de equipe há efetivamente um trabalho em equipe, no segundo o que existe é um trabalho individual por parte do analista.” (Coppus & Netto, 2016, p. 93).

Portanto, o psicólogo precisa tomar cuidado para não se render as solicitações da equipe de forma imperativa, pois agindo assim ele estaria fazendo de tudo, menos atuando como psicólogo. (Coppus & Netto, 2016). A partir dessa reflexão a pré-condição criada “atender a demanda da equipe” precisou ser reformulada. Percebi que era necessário não atender prontamente a demanda da equipe, mas acolhe-la e buscar compreendê-la, para a posteriori atuar de acordo com a demanda do próprio paciente e dos seus familiares.

A família do paciente em estado crítico

Quando alguém próximo morre nosso coração sofre.

Choramos, lamentamos, quase não suportamos.

Mas o tempo vai passando e a realidade provando

Que quem amamos morto está.

Na UTI a atenção é voltada para o paciente, mas os seus familiares também demandam cuidado e escuta nos atendimentos psicológicos. Fator que demonstra a importância de refletirmos sobre a segunda pré-condição: ofertar acolhimento psicológico aos familiares que solicitam atendimento.

A princípio é importante compreender quem são esses familiares e como vivenciam o grave adoecimento de algum membro da família. De acordo com Vieira e Marques (2012) cada família tem sua forma peculiar de funcionamento e de intensidade dos vínculos entre si. Quando ocorre um grave adoecimento de algum membro, que necessita ser internado na UTI se instala um descompasso no grupo.

As relações latentes do grupo familiar se intensificam diante o grave adoecimento de um de seus membros. Os familiares que já possuíam vínculos fortalecidos e positivos se tornam mais afetuosos e presentes nesse momento. Em contrapartida, nas famílias que os vínculos prévios eram conflituosos e enfraquecidos, emergiam mais conflitos e distanciamentos na internação de um de seus membros. Vale destacar que isso não constitui uma regra, em alguns casos acontece oposto: famílias recuperam vínculos ou estes são rompidos durante a internação.

Os familiares têm um papel importante na UTI, quando possuem bons vínculos ofertam suporte emocional ao paciente e transmitem informações à equipe sobre a história pregressa do paciente. Na unidade acontecia a visita estendida, um projeto que ainda estava em construção. Em que era permitido a visita estendida de um familiar das 11hrs às 20hrs para todos os pacientes da unidade.

A possibilidade de o familiar estar presente no leito com o paciente por um período maior se tornou benéfica para ambos. O paciente sentia-se amparado e motivado pelo apoio familiar para enfrentar as questões que surgiam no tratamento e o familiar tinha a oportunidade de acompanhar a rotina do que o paciente estava a vivenciar na unidade.

Vale destacar que entrar na UTI para visitar o seu ente querido gerava sofrimento em grande parte dos familiares, devido aos estigmas que a unidade ainda carrega, de lugar temido pela gravidade clínica dos pacientes e a possibilidade da morte eminente Ismael (2005/2010). Os familiares frente ao ambiente estranho, as modificações físicas do paciente, os cuidados intensivos, nunca antes observados (como a aspiração), muitas vezes demonstravam-se fragilizados emocionalmente, sem saber como ajudar o paciente, vivenciando sentimentos como impotência, medo e angústia. De modo que a presença dos familiares na UTI colaborou para o aumento das solicitações para atendimento psicológico.

Quando a equipe percebia que os familiares estavam com dificuldade de compreender o quadro clínico do paciente, apenas com a comunicação do boletim médico, organizavam-se

reuniões, em que eram transmitidas de forma mais detalhada as informações sobre o estado de saúde do paciente aos familiares. Geralmente as reuniões anunciavam uma má notícia ou demandavam a autorização dos familiares para procedimentos necessários ao tratamento. Enquanto psicóloga, observava que as reuniões mobilizavam sofrimento psíquico nos familiares e por vez o encontro com o Real.

A partir da percepção de que os familiares, enquanto sujeitos, vivenciavam um momento delicado, que implicava em sofrimento psíquico, foi possível ofertar atendimento não apenas para aqueles que solicitavam atendimento, conforme a pré-condição estabelecida, mas também para os que mesmo sem demandar se mostravam aflitos e angustiados.

Assim, o objetivo com os atendimentos aos familiares mudou. Antes o interesse era em acolhê-los por meio da demanda que surgia e em paralelo obter dados sobre a história de vida do paciente e entender sobre como eles estavam compreendendo o quadro clínico do paciente. Após a reflexão crítica, a questão primordial no atendimento ao familiar se tornou disponibilizar escuta sobre como eles vivenciavam subjetivamente aquele momento. Passei a dizer aos familiares: “Quero saber como vocês estão diante de tudo.”.

Por meio das construções reflexivas percebemos a importância de ofertar escuta qualificada aos familiares durante a internação de um de seus membros na UTI. É função de o psicólogo criar um espaço “no qual o angustiado fale e seja escutado para assim possibilitar ao sujeito significar aquilo que está vazio de representação” (Vieira & Marques, 2012, p.102).

Portanto, no manejo clínico eu passei a atuar ofertando escuta e dando voz ao familiar para que ele pudesse falar sobre o que quisesse. Colocando em prática a possibilidade de livre associação do familiar no atendimento psicológico. Em que o familiar podia expressar a sua subjetividade em meio à instituição, falando sobre si, expressando o que estava sentindo, suas angústias e medos consequentes do que estava vivenciando. Atuava auxiliando-o a encontrar recursos pela via do simbólico para fazer borda ao sofrimento vivenciado.

O paciente na UTI

É sobre ver...

Ver as flores no meio do caminho

A vida no meio da morte

A terceira pré-condição, atender apenas os pacientes que conseguiam falar, surgiu em consequência de dois fatores: a dificuldade de comunicação com os pacientes que não conseguiam se expressar pela fala e a numerosa demanda por atendimento, em meio às solicitações da equipe e a busca ativa que realizava.

Interpretando a ordem das pré-condições o atendimento ao paciente em terceiro lugar revela a complexidade na atuação com o paciente crítico, que ao meu olhar estava despersonalizado em meio aos numerosos dispositivos que prometiam salvar-lhe a vida e em consequência disso vivenciava intenso sofrimento psíquico.

Essa posição inicial, de atender apenas os pacientes que conseguiam se expressar pelo discurso, apesar de parecer confortável e promover a fantasia de controle, logo me soou estranha. Pois esses pacientes eram poucos, em contrapartida aqueles que estavam sedados, confusos, inconscientes, entubados e/ou em coma, ocupavam a maior parte dos 30 leitos da UTI e eram os pacientes específicos da minha especialização na APEC.

Os pacientes que tinham condições melhores de comunicação em grande parte dos casos também vivenciavam uma melhora clínica e estavam próximos de receber alta da unidade. Por vezes, esses pacientes não apresentavam demandas psíquicas, mas sentimentos positivos referentes à melhora clínica.

A partir dessas percepções, atentei-me para o equívoco que estava cometendo não ofertando atendimento a maior parte dos pacientes da unidade. Interpretei que essa escolha estava relacionada à identificação com a forma de atuação da equipe multiprofissional, que realiza procedimentos com condições controladas objetivando a execução da prática com precisão. Frente a isso, foi necessário tomar distância da equipe biomédica e buscar compreender melhor sobre a função do psicólogo.

Simonetti (2004/2009) questiona: “O que faz o psicólogo, já que trabalha essencialmente com a palavra, quando essa não está acessível ao paciente? É simples: cria inventa novas formas de linguagem.” (p. 154). Criando novas formas de comunicação foi possível atender os pacientes críticos, sonolentos, confusos, em quadro de delirium, entubados e traqueostomizados.

Aprendi a ouvir sem ter o som, a fazer leitura labial, facial e corporal. Percebi o olhar como uma importante fonte de comunicação do sofrimento e da angústia. Por vezes o paciente conseguia apenas piscar, em outras, nem isso ele conseguia. Mas o corpo anunciava

que um sujeito estava ali, seja por meio de reflexos inconscientes. A vida era manifestada da forma possível diante das circunstâncias.

Dentre os pacientes críticos, tive mais dificuldade com os que estavam em coma. Esses pacientes não conseguiam esboçar nenhum sinal de que estavam ouvindo. Então me perguntava: Era mesmo minha função estar ali falando com alguém que estava em coma? E o que eu poderia falar para aquela pessoa? Também tinha a fantasia que os demais profissionais não entenderiam aquela cena e julgaria a atuação, o que dificultaria mais a minha inserção na equipe.

Simonetti (2004/2009) relembra os estudos que comprovam que muitos pacientes que estiveram em coma, embora incapazes de se comunicar, conseguiram registrar o que ouviram nesse período. A autora descreve sobre a atuação do psicólogo frente a esses pacientes:

Então se o paciente não fala, o psicólogo fala por ele, sobre ele, diz por exemplo, ao pé do ouvido, baixinho, como está indo o tratamento, o quanto a família deseja a sua recuperação e outras coisas positivas e esperançosas. Isso ajuda muito e é coerente com o princípio técnico em psicologia, o qual diz que quem não fala é falado. É preciso não recuar diante do silêncio, nem do coma: ainda há subjetividade ali. (Simonetti, 2004/2009, p. 155).

Assim a atuação clínica também se tornou possível com os pacientes que estavam em coma. Na primeira visita ao leito eu observava como o paciente estava sua afeição, os dispositivos. Após assimilar o ambiente, me aproximava e começava a falar próximo ao seu ouvido de forma afetuosa. Apresentava-me e lhe falava sobre os dados de realidade, onde e como ele estava. Quando eu já tinha atendido a família, lhe contava sobre o suporte ofertado aos seus familiares. Ao final da conversa, me despedia e combinava de retornar posteriormente.

Recordo-me de Moisés, um paciente de meia idade que após fazer transplante renal, apresentou complicações agudas, como paradas cardiorrespiratórias (PCR), instabilidade hemodinâmica, crises convulsivas e precisou ser internado na UTI. Quando o encontrei ele estava entubado, manifestando crises convulsivas e espasmos. Os médicos afirmavam que o paciente estava inconsciente e todos os movimentos eram involuntários. Ao me aproximar de Moises para atendê-lo, percebi que os seus movimentos não eram totalmente involuntários, mas representavam a sua luta para expressar-se diante do que era possível.

No atendimento, após a apresentação e o acolhimento solicitei que o paciente tentasse abrir os olhos. Com objetivo de certificar se o paciente estava consciente ou não. Moises, com muita dificuldade abriu os olhos. A partir daquele momento o paciente começou a ser ouvido e a se comunicar.

Na condução da minha atuação comuniquei ao restante da equipe de saúde que o paciente estava consciente, auxiliei os familiares a estabelecer uma nova comunicação com o paciente pelas vias que eram possíveis. Os dias foram passando, com isso o vínculo terapêutico se fortalecendo. Atendia Moises todos os dias e acolhia os familiares. Vale destacar que apesar do familiar em alguns momentos ocupar o lugar de paciente no atendimento psicológico, é o paciente crítico que recebe o foco principal de cuidado psíquico no ambiente hospitalar.

Consegui aprimorar a sua comunicação com a escuta acolhedora e com auxílio de uma prancheta que tinha imagens sobre sentimentos e necessidades básicas como: frio, calor e cansaço. Moises permanecia sem o controle do próprio corpo, que emitia espasmos involuntários, dependia da ventilação mecânica para respirar, de sondas para se alimentar e urinar e inúmeros medicamentos. Suas vestimentas eram fralda e cobertas e o seu ambiente diário era o leito da UTI.

A partir do momento que o paciente foi visto e tratado como sujeito, por meio do atendimento psicológico, ele pode melhorar as formas de se comunicar. Moises expressava pelo olhar e pelos movimentos faciais (ainda limitados) seus sentimentos e angustias. O que possibilitou condições para que ele, diariamente, pudesse elaborar e assimilar a sua nova condição de vida, realizando o trabalho de luto pela condição perdida e em paralelo a luta pela vida.

Moretto (2013) salienta que quando o paciente vivencia o processo de luto por um adoecimento, se apropriando da sua nova condição, pode emergir a decisão de lutar pela vida possível. O que pode ser observado em Moisés que diante o sofrimento físico e psíquico provocado pelo grave adoecimento, que lhe trazia como consequência a falta de domínio sobre o próprio corpo, demonstrava no enfrentamento da realidade a vontade de viver, se comunicar e expressar o afeto para os seus familiares e amigos. O paciente também tinha uma boa relação com a equipe de saúde e adesão ao tratamento proposto.

O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO FRENTE À MORTE E O MORRER NA UTI

Da morte não tem como escapar.

Ninguém sabe como e quando ela chegará.

Mas sabemos que esse dia há de chegar.

Na atuação percebi o quanto é pertinente refletir sobre pacientes que se deparam com a possibilidade de morte em uma UTI. Freud (1915/1996) definiu a morte como a mais terrível ameaça ao psiquismo, para o autor a morte é inconcebível ao inconsciente e impossível de representação no psiquismo, uma vez que o sujeito nunca a vivenciou.

A partir dessa constatação, percebemos que a morte não será concebida como algo natural para o sujeito que vivencia esse processo. Pelo contrário, serão atribuídas causas externas e malignas a morte, que poderão gerar sofrimento psíquico. Deste modo, a morte é considerada como um tabu e temida pelos sujeitos desde antiguidade. (Kubler-Ross, 1981/2017).

No manejo clínico com pacientes críticos é perceptivo que o adoecimento evidencia a possibilidade da morte e colabora para intensificação dos medos, inseguranças e angústia nos pacientes. As defesas psíquicas se enfraquecem e há uma sensação de vulnerabilidade e sofrimento psíquico. Para auxiliar o paciente a vivenciar esse processo é fundamental acolhe-lo e criar um ambiente de segurança para escuta qualificada (Hennezel, 1997).

Na atuação no contexto hospitalar observei que alguns profissionais de saúde e familiares não conseguiam estarem presentes no leito diante a eminência de morte do paciente, que vivenciava grande parte desse processo de modo solitário. O medo de contágio pelo sofrimento, de se afetar pela morte do outro e deparar com a própria possibilidade de finitude, provoca o distanciamento das pessoas nos últimos dias do paciente (Kovask, 2008).

O distanciamento das pessoas no processo de morte do paciente deixava subentendido que já não se tinha mais nada a ser feito, antecipando a condição de morte para o sujeito que ainda estava vivo. É fundamental marcar que, mesmo quando o sujeito está em processo ativo de morte, ele está vivo. O que há diante da morte é a vida de uma pessoa. Na medida em que a temática se desloca da morte para o sujeito que tem história é que a atuação clínica se torna possível.

No entanto, é uma tarefa difícil estar presente no leito com paciente que vivencia o processo de morte. Requer do profissional de saúde um preparo ético que extrapole os conhecimentos científicos para conseguir estabelecer um laço entre a vida e a morte. Segundo Correia (2013) para uma atuação ética frente à morte e o morrer é necessário que o profissional de saúde percorra um longo caminho que passa pelos três registros psíquicos, do Real, imaginário e simbólico, teorizados por Lacan.

Refletindo sobre o registro psíquico da experiência da morte, anunciada por um grave adoecimento. Inicialmente a morte pode ser vivenciada como o Real, extremamente temido e inominável. Em seguida, o sujeito pode buscar um caminho mais suportável, pela via do imaginário de lidar com a morte. Na fantasia ele pode acreditar que a morte acontecerá apenas com o outro. Porém a fantasia é revelada impossível, diante a realidade que a morte impõe. Por mais que o imaginário busque uma via pacífica para lidar com a morte, a impossibilidade de evitá-la convoca o sujeito para o registro simbólico. É por meio do simbólico que é possível “trabalhar na construção de um laço com o real da morte, buscando lhe um sentido por meio do qual se restaure a prevalência da vida.” (Correa, 2013, p.30).

Portanto, observamos que no contexto Hospitalar, não só o paciente se depara com a possibilidade de morte, mas também os seus familiares e o profissional de saúde. Como parte da equipe de saúde, atuando como psicóloga residente encontrava com a morte do outro. O outro paciente, que no campo da transferência, havia partilhado suas histórias, angústias e desejos.

Enquanto psicóloga residente eu era solicitada pela equipe a atender os pacientes diante a possibilidade eminente de morte e aos familiares na comunicação da má notícia. Em reunião os médicos explicavam aos familiares sobre a piora do quadro clínico do paciente e a falta de respostas ao tratamento, revelando que o paciente poderia morrer a qualquer momento e quando o paciente morria a equipe médica comunicava a notícia aos familiares. Nesse processo eu atuava acolhendo o que emergia nos familiares e ofertava escuta para o que seria indizível naquele momento.

As reações eram diversas frente ao Real: os familiares emudeciam, gritavam, choravam, o corpo se agitava ou perdia as forças. Alguns precisavam sair imediatamente da sala e do embate com o Real. Frente ao intenso sofrimento psíquico, faltavam-lhes as palavras para dar sentido à experiência. Alguns cindiam com a realidade, outros fazendo uso do

imaginário tinham necessidade de falar e expressar, buscando pela fantasia fazer borda ao real.

No atendimento aos familiares durante a comunicação do óbito era permitido que eles tivessem um último momento na unidade com o ente falecido para despedida e cabia ao psicólogo acompanhar os familiares que desejavam ir ao leito após o óbito. Essa foi uma das funções mais difíceis no meu percurso como psicóloga residente. A prática diante da morte do paciente me mobilizou na busca pela melhor atuação possível.

No manejo clínico frente à morte do paciente eu atuava emprestando a escuta, a fala, a presença, o toque, e o pensar aos sujeitos que vivenciavam sofrimentos insuportáveis e perdas irreparáveis. Meu corpo em cena e o meu psiquismo sentiam as ressonâncias do que emergia nos atendimentos. Por vezes me emocionava, lembro com riqueza de detalhes do primeiro óbito que atendi na unidade.

Estava na primeira semana como psicóloga residente da UTI, a equipe havia convocado a família um dia antes para comunicar a possibilidade de um desfecho desfavorável do paciente. Sr. Marcos já não estava mais respondendo aos investimentos curativos da equipe. Compareceram a ex-esposa, Sra. Ana e a filha, Srta. Clara. Após a notícia acolhi as familiares, ofertando um ambiente de escuta em que elas expressaram o sofrimento vivenciado e falaram sobre a sua história com o paciente.

No dia seguinte a família foi convocada a unidade para receber a notícia de óbito do paciente. Eu estava apreensiva quanto ao que poderia surgir, mas o fato de ter atendido as familiares me deixava confortável para conduzir o caso. Ainda na fantasia de controle do ambiente, desejava que as duas familiares comparecessem a unidade. Mas apareceu somente a filha, para receber sozinha a notícia de que seu pai havia falecido.

O desamparo em meio à imensa dor que Clara vivenciara, me comovia. Ofertei suporte e amparo. Acompanhei-a até o leito e disse que ela não estaria sozinha e poderia contar comigo. Quando olhei para o paciente, tive um choque com a sua aparência. Sr. Marcos muito emagrecido com a fisionomia sofrida parecia que já havia morrido há dias. Em contraposição, a filha dizia “ele ainda está quentinho” (SIC), retomando o fato de que ele acabará de falecer.

Na cena, em que a filha chorava e acariciava o pai que estava morto, demonstrando o amor e a dor da perda, fiquei um passo atrás dela. Colocava a mão em seu ombro e falava algo

com intuito de ajudá-la a vivenciar o momento. Ficar atrás, estar em segundo plano era importante para ofertar suporte e suportar a cena. Estava afetada e mergulhada no sofrimento dela. Meus olhos marejados, não conseguiam mais segurar as lágrimas. Precisei engolir o choro para conduzir a cena. Ao final, acompanhei a filha até a saída da unidade, Clara se despediu e disse: “Que eu nunca mais te veja!” (SIC).

A frase final de Clara “que eu nunca mais te veja!” foi disparadora para que eu repensasse a prática. Ao certo é impossível saber o que de fato a motivou a dizer isso, mas podemos tecer hipóteses. Na interpretação mais óbvia aquela frase poderia representar o insuportável que seria me encontrar em outro momento e reviver toda aquela experiência novamente. Mas será que na ânsia de fazer o meu melhor, eu não tenha invadido o espaço dela com o seu pai? Seria uma forma de Clara explicitar que a dor era dela e não minha?

Pensando agora na contratransferência, em meio às intervenções conscientes, vivi as afetações no nível inconsciente, referentes ao meu primeiro objeto de amor. Perguntava-me: E se fosse eu? E se fosse o meu pai? E se eu estivesse sozinha nesse momento? Mergulhada, afogava no choro e na dor do outro. Mas era possível estar tão perto e inteira acolhendo a dor do paciente e seu familiar frente morte e não se afetar?

Percebi que nos mergulhos no campo, comovia com o sofrimento dos outros e os vivenciava como se fossem meus. Por vezes, na fantasia de dar conta, tentava diminuir o sofrimento do paciente e de seus familiares. Tive que aprender a colocar barra entre a história do outro e a minha. A não me ver no outro, mas a me reconhecer como psicóloga para conseguir atuar eticamente.

Aprendi que eu estava na UTI não apenas para consolar e ofertar suporte, mas para tornar a clínica psicanalítica possível. Atuava reinventando o setting terapêutico e promovendo um espaço em que o sujeito podia falar sobre o que lhe vinha à mente diante do insuportável. Enquanto psicóloga eu fui aprendendo a exercer a escuta com a atenção flutuante, fazendo o manejo da transferência. Neste manejo era importante ouvir até mesmo a raiva e a revolta diante da morte. Uma vez que esses sentimentos representavam a manifestação da transferência.

A partir dos atendimentos realizados na eminência de morte do paciente e na comunicação do óbito comecei a refletir sobre o que era a vida e o que era a morte, quando o paciente já não conseguia mais manter o funcionamento do seu corpo e para isso dependia dos

dispositivos e medicamentos mais modernos para manter-se vivo. Por vezes tinha a impressão que o paciente na unidade de terapia intensiva travava uma luta contra os recursos curativos para conseguir morrer. A equipe percebia o limite do paciente na medida em que o paciente não estava mais respondendo as intervenções. Diante disso a equipe dizia a família “fizemos de tudo, mas ele não estava respondendo ao tratamento” (SIC). É interessante atentarmos para o fato de que o paciente conseguia comunicar sobre os seus limites para a equipe até mesmo quando estava em coma.

A partir das reflexões sobre a atuação clínica frente à morte e o morrer em uma UTI observei que os próprios seres humanos podem tornar a morte um processo desumano e mecânico. Quando os profissionais de saúde não percebem a morte como algo natural e tem dificuldade de aceitá-la eles podem tentar controlá-la e adia-la a todo custo, movido pela fantasia de salvar a vida do paciente. No entanto as medidas podem se tornar fúteis, provocando sofrimento nos sujeitos que vivenciam esse processo e em seus familiares.

Pela via do simbólico, apropriando de uma compreensão sobre a morte que ultrapassasse o caráter maligno, percebendo-a como uma passagem natural do desenvolvimento humano foi possível estar presente no processo de morte do paciente, atuando conforme a ética da psicanálise e realizando intervenções de suporte para auxiliou o paciente a vivenciar esse momento.

TEMPO DE CONCLUIR: APRENDENDO A NADAR E ATUAR

Algo eu sei que vivi sim!

A saudade que senti quando te perdi.

O que vivi e nunca esqueci.

No segundo ano de residência o cansaço me acompanhava em meio às inúmeras experiências e história de vida. Foi necessário apropriar da seguinte questão: era preciso fazer pausas. Sofio (2014) afirma que devido às intensidades das experiências vividas no contexto hospitalar é fundamental que o profissional permita respeitar os seus limites, diante os excessos que emergem no contexto, para não mergulhar no Real vivido pelo paciente. Apenas por meio das pausas foi possível criar representações e simbolizar o que ressoava no contato com o sofrimento do paciente na atuação clínica.

Com o auxílio da supervisão observei que por vezes me encontrava sobrecarregada e afetada pela intensidade do ambiente, de modo que não conseguia fazer pausas e refletir sobre o manejo clínico. Apropriando da minha condição de profissional em formação, permiti encontrar tempo para estudar os casos atendidos e a teoria psicanalítica. Dediquei-me mais as supervisões, em que contava com auxílio das preceptoras para refletir sobre a minha atuação nos casos clínicos e o manejo da transferência.

Compreendi que precisava encontrar outras formas de lidar com as afetações que ressoava da prática em um contexto extra hospitalar. A partir disso consegui iniciar o meu processo de análise pessoal. Não podia mais atuar nesse contexto sem cuidar das minhas próprias questões. Assim comecei a atuar seguindo o tripé fundamental proposto por Freud (1913/2019) com a supervisão, estudos e a análise pessoal. O que possibilitou sustentar a clínica de forma ética no ambiente intenso da UTI.

Pela via da palavra, auxiliamos os pacientes a dar borda ao Real que emerge. Aprendendo a usar essa via, pelo registro do simbólico, que comecei a buscar por sentidos e significados para as emoções vivenciadas no manejo com o paciente. A partir dessas construções e desconstruções reinventei a minha atuação nesses dois anos e consegui estar presente nesse contexto de forma ética e profissional reinventando a prática psicológica.

A arte pela via da escrita foi uma das formas que encontrei de achar palavras, buscar sentidos e simbolizar as afetações provocadas pelo ambiente em que vida e morte andam juntas. Diante a morte eu buscava a vida. No contexto hospitalar percebia a vida no paciente até o seu último minuto. Deste modo, consegui estabelecer um laço entre a vida e a morte e passei a tratar o paciente crítico e seus familiares como sujeitos, os reconhecendo pelo nome e por sua história de vida e deixando em segundo plano o número do leito e o prognóstico.

Fora do hospital me atentava para a vida na natureza, no céu, nas pessoas, nas palavras. O contato diário com a morte e o aprendizado com os pacientes que vivenciavam esse processo me motivou a valorizar a vida e a reconhecer a importância da morte como um processo. Em inúmeros casos a morte vinha como uma etapa para colocar fim ao intenso sofrimento que o sujeito vivenciava.

O processo de desconstrução e construção na atuação clínica com o paciente em estado crítico se tornou constante e os questionamentos apenas eram atualizados. Não se tratava mais de saber como não me emocionar diante da morte. Mas, sim de interpretar e

aprender a lidar com as emoções que vivenciava em consequência da morte de alguns pacientes. Diante disso, foi necessário que eu realizasse o meu próprio trabalho de luto.

Em meu percurso hospitalar me permiti expressar e cuidar das emoções, fantasias e sentimentos que surgiam na contratransferência. Para isso recorri à supervisão, a terapia e a minha escrita pessoal. Encontrei pelo registro do simbólico, formas de fazer laço com as palavras para dizer sobre os sentimentos relacionados à morte e o morrer. Como nos trechos dos poemas autorais apresentado no decorrer do presente artigo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das reflexões tecidas no artigo é podemos concluir que a atuação clínica com o paciente em estado crítico internado na UTI se constitui uma tarefa difícil, que exige do psicólogo uma constante reflexão sobre a sua práxis. Entretanto, apesar da intensidade e particularidades do ambiente hospitalar e das ressonâncias emocionais sentidas pelo psicólogo o artigo demonstrou que a prática clínica conforme a ética da psicanálise é possível nesse cenário.

Apesar do estigma relacionado à UTI de lugar temido sobre a possibilidade de morte do paciente, o trabalho possibilitou a exposição sobre uma UTI que está se tornando humanizada e sendo considerada cada vez mais um ambiente de vida. A humanização é perceptível pela presença do familiar em visita estendida, no cuidado para com o sofrimento psíquico dos sujeitos ali presentes, na possibilidade de uma comunicação de óbito acolhedora e de um momento de despedida. Bem como, no manejo clínico do psicólogo que possibilita um espaço de escuta e cuidado psíquico para o paciente e seus familiares.

Deste modo, concluímos que a prática clínica é possível em situações diversas e extremas como em uma comunicação de uma má notícia, no atendimento ao paciente em coma e até mesmo no processo de morte. O trabalho, a partir do relato da minha experiência enquanto psicóloga residente possibilitou a reflexão sobre as emoções que surgem na atuação clínica. Concebendo as afetações como naturais do processo de contratransferência, que necessitam ser manejadas (assim como o processo de transferência) para condução do tratamento psicanalítico.

O trabalho demonstrou a importância do tripé fundamental para a psicanálise (estudos, supervisão e análise pessoal) para o psicólogo hospitalar que escolhe atuar guiado por essa

teoria. O artigo demonstrou que foi por essa via, conforme a ética da psicanálise, que a atuação clínica se consolidou com o paciente em estado crítico.

Outra contribuição do artigo foi a reflexão sobre a importância de o psicólogo fazer pausas e distanciamentos do campo hospitalar, para refletir sobre as experiências vivenciadas e o manejo clínico. Dito de outro modo é necessário que o psicólogo não esteja mergulhado no ambiente para que ele consiga atuar de modo ético de acordo com a sua abordagem teórica.

A partir do exposto é possível concluir que o trabalho cumpriu com o objetivo proposto de possibilitar reflexões sobre a atuação do psicólogo na UTI, contribuindo para construções e reconstruções de atuações clínicas éticas com o paciente em estado crítico e seus familiares. Cabe ressaltar que cada psicólogo, por meios da sua subjetividade e vivências encontram formas particulares e singulares que auxiliarão na sua presença nesse contexto e no manejo clínico.

Por fim, o trabalho se constituiu uma ferramenta reflexiva importante sobre a atuação do psicólogo enquanto residente. Uma vez que, existem poucas publicações que retratam a experiência do psicólogo que atua como profissional em formação, inserido em um processo de especialização no contexto hospitalar.

Diante da morte das rosas

A árvore continua a viver.

Segue com a falta.

Falta da suavidade, do cheiro.

Falta do colorido, da alegria.

A árvore segue firme e forte.

Às vezes triste e sombria

Mas erguida.

E como mágica

Quando menos esperamos

A árvore floresce novamente.

Assim como a árvore

A vida segue

Com alegrias e tristezas

Morte e vida.

REFERÊNCIAS

- Barone, L. M. C. (2013). Narrar a clínica: entre tradição e ruptura. *Jornal de Psicanálise*, 46(85), 119-126.
- Coppus, A. N. S., & Netto, M. V. R. F. (2016). A Inserção do Psicanalista em uma Unidade de Tratamento Intensivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 88-100.
- Corrêa, J. A. (2013). Em busca de uma ética em face da morte e do morrer. In M. D Moura (Orgs), *Oncologia clínica do limite terapêutico? Psicanálise e medicina*. (pp. 29-62) Belo Horizonte: Artesã.
- Freud, S. (1996). O inconsciente. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 14, pp.163-222) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1977). Cinco lições de psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 3-51). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910 [1909]).
- Freud, S. (2019). Sobre a dinâmica da transferência. In *Fundamentos da Clínica Psicanalítica* (C. Dornbusch, trad., Vol.4, pp. 107-120) Belo Horizonte: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2019). Sobre o início do tratamento. In *Fundamentos da Clínica Psicanalítica* (C. Dornbusch, trad., Vol.4, pp. 121-149) Belo Horizonte: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1913).
- Hennezel, M. (1997). *Diálogo com a morte*. Lisboa: Notícias
- Ismael, S. M. C. (2010). *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Isolan, L. R. (2005). Transferência erótica: uma breve revisão. *Revista de Psiquiatria de Porto Alegre*, 27(2), 188-195.
- Kovask, M. J. (2008). Aproximação da morte. In V. A. Carvalho (org). *Temas em Psicooncologia*. (pp.388-397) São Paulo: Summus Editorial.
- Kubler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer* (10ª. Ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Lacan, J. (2005). O Simbólico, o Imaginário e o Real. In *Em Nomes-do-Pai*. (A. Teles, trad., pp.8-53) Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953).
- Lei n. 11.129 (2005, 30 de junho). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; Cria o Conselho nacional de juventude – CNJ e a secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003 e 10.429, de 24 de abril de 2002; e da outras providencias. Brasília, DF: Presidência da República.
- Moretto, M. L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moretto, M. L. T. (2013). Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações limites na instituição hospitalar. In M. D Moura (Orgs). *Oncologia clínica do limite terapêutico? Psicanálise e medicina*. (pp.352-365) Belo Horizonte: Artesã.

Portaria nº45 (2007, 12 de janeiro). Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da saúde e institui a comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, nº10, Brasília-DF.

Portaria nº 2.338 (2011, 3 de outubro). Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente sala de especialização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, nº191, Brasília-DF.

Simonetti, A. (2009). *Manual de Psicologia Hospitalar O Mapa da Doença* (5°. Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sofio, F. (2014). *Psicanálise na UTI: morte, vida e possíveis da interpretação*. São Paulo: Escuta/FAPESP.

Vasconcellos, S. C. (2013). Do contexto ao texto: psicanálise aplicada ao seu caso. In M. D Moura (Orgs), *Oncologia clínica do limite terapêutico? Psicanálise e medicina*. (pp.366-380) Belo Horizonte: Artesã.

Vieira, C. A. L. & Marques, G. H. (2012). Morte, angústia e família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva. *Psicanálise & Barroco*, 10(1), 97-108.