



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

BIANCA NASCIMENTO DE SOUZA

**UMA EXPERIÊNCIA DE PLANTÃO PSICOLÓGICO NO CTI: SEMEAR E
ACOLHER**

**BELÉM/PA
2010**

UMA EXPERIÊNCIA DE PLANTÃO PSICOLÓGICO NO CTI: SEMEAR E ACOLHER

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientado pela Prof^ª Dr^ª Airle Miranda de Souza.

**BELÉM/PA
2010**

UMA EXPERIÊNCIA DE PLANTÃO PSICOLÓGICO NO CTI: SEMEAR E ACOLHER

Bianca Nascimento de Souza

Dissertação submetida ao corpo docente do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre.

Aprovada por:

Prof. Airle Miranda de Sousa – Orientadora
Doutora em Psicologia

Prof. Adelman do Socorro Gonçalves Pimentel
Doutora em Psicologia

Prof. Márcia Alves Tassinari
Doutora em Psicologia

Prof. Janari da Silva Pedrosa
Doutor em Psicologia

Belém
2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)**

Souza, Bianca Nascimento de

Uma experiência de plantão psicológico no CTI: semear e acolher / Bianca Nascimento de Souza; orientadora, Airle Miranda de Souza. - 2010

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2010.

1. Família - Aconselhamento. 2. Comportamento de ajuda - Aspectos psicológicos. 3. Unidade de terapia intensivo. 4. Doenças - Psicologia. I. Título.

CDD - 22. ed. 158.3

Dedico este trabalho aos clientes atendidos no Plantão Psicológico no CTI, por terem me ensinado através de suas experiências que, a vida e a morte não são antônimas, mas integradas em uma concepção formativa.

AGRADECIMENTOS

Sou incondicionalmente grata aos meus pais que, nas escolhas e esforços de suas existências me permitiram chegar aqui, envolta por amor e alicerçada na educação de realizar meus sonhos através do estudo, humildade e sabedoria.

Aos meus irmãos pelo apoio, seja no “ar ou na terra”, tornando a distância um mero detalhe e fazendo de suas existências uma motivação, exemplo e orgulho para minha vida.

Minha gratidão à avó Norma, tia Marga e tios que foram até o limite de suas possibilidades, respeitando minha dedicação a esse trabalho e me auxiliando nessa conquista.

Ao meu avô João Hugo, tão presente e vivo no meu coração, por ter me ensinado o prazer do conhecimento através da leitura, me fazendo ler em voz alta para ele, ainda moleca, nas manhãs de domingo, tendo como fundo musical as músicas de Altemar Dutra.

Meu agradecimento e amor aos pais “postiços” de São Paulo, Esther e Eliel Carrenho, que tanto me incentivam e torcem pelo meu crescimento pessoal e profissional.

Aos amigos de infância pela compreensão, mesmo diante de tantos “nãos” recebidos ao requererem minha companhia; aos do mestrado pelo acolhimento e escuta em momentos essenciais; aos da universidade que compartilharam ocasiões de ensino-aprendizagem tão importantes; aos do LAELS; do Pólo ACP Pará; de tantos outros da ACP espalhados pelo Brasil, que me acompanharam nessa trajetória; ao amigo Ney, secretário do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela disponibilidade e sorriso.

À Elizabete Cristina Monteiro Ribeiro, professora de outrora na graduação e incentivadora para que eu traçasse esse caminho.

À carioca Márcia, pela qual cativo respeito e carinho.

Em especial ao amigo-irmão “Darth Régis”, um revolucionário silencioso.

À Dra. Airle Miranda, orientadora, pela disponibilidade como abraçou minha caminhada na Abordagem Centrada na Pessoa.

Ao mestre Francisco Bordim que na sua coragem desbravadora trouxe a Abordagem Centrada na Pessoa ao Pará.

A todos aqueles, que a partir de Iara Iavelberg e Rachel Rosenberg, acreditaram e concretizaram seus sonhos a respeito do Plantão Psicológico.

O que esperamos nós quando desesperados, e mesmo assim, procuramos alguém? Esperamos, certamente, uma presença por meio da qual nos é dito que o sentido ainda existe (Buber).

RESUMO

Este estudo avalia a implantação e desenvolvimento do Serviço de Plantão Psicológico em um Centro de Terapia Intensiva - CTI de um hospital universitário vinculado a rede pública de saúde, na capital paraense. O serviço foi disponibilizado aos familiares de pacientes internados e demais membros da equipe de saúde intensivista, funcionando na antessala do referido setor, duas vezes por semana, durante quatro meses. Alicerçado sob os pilares da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) buscou-se compreender os pressupostos teórico-metodológicos que fundamentam essa modalidade de cuidado, as especificidades do setting no que se referem aos objetivos, ações e funções do plantonista, assim como, as urgências reveladas neste contexto. Para tanto, elegeu-se como método do estudo a pesquisa qualitativa de base fenomenológica, sendo avaliadas as trajetórias do semear e germinar do Plantão Psicológico. São analisados seis casos clínicos, os quais lançam luz sobre essa modalidade de atenção psicológica no CTI. Quanto ao perfil da clientela atendida se observou que essa foi composta predominantemente por familiares, mulheres entre 20 a 75 anos, em média com o Ensino Fundamental e renda de um salário mínimo mensal. Os resultados indicam a necessidade e viabilidade da oferta do Plantão Psicológico no CTI, as demandas urgentes por auxílio psicológico, desveladas nos sentidos que os clientes atribuíram as suas experiências, tais como, medo de que o familiar faleça, sensação de abandono do familiar, culpa por não poder permanecer ao seu lado, tristeza intensa em razão do estado de saúde ou quando do óbito, entre outros. Dois tipos de atendimentos foram, naturalmente, criados: o individual e o grupal, sendo consideradas as especificidades das demandas. Ressalta-se também quanto a esta modalidade a disponibilização do pronto atendimento as urgências, acolhimento e estímulo a comunicação. Portanto, considera-se que a oferta do Plantão Psicológico no CTI revelou-se necessária como um espaço de cuidado psíquico aceito, utilizado e legitimado pelos clientes, além de se configurar em dois momentos distintos, antes e após as visitas, sendo que no primeiro destes, destacam-se as intervenções voltadas ao acolhimento e fortalecimento da organização do self, enquanto no segundo, aquelas voltadas a ajudar os clientes na resignificação de suas experiências ameaçadoras e a reorganização do self.

Palavras-chave: Plantão Psicológico; Hospital; Centro de Terapia Intensiva; Abordagem Centrada na Pessoa; Profissionais e Familiares.

ABSTRACT

This study evaluates the implementation and development of the Psychological Attendance Emergency Service within an Intensive Care Unit - ICU of an university hospital linked to the public health system, in Belém city (Pará). The service has been offered to patients family members as well as to professionals of the intensive care team within the ICU, working in the lobby of the sector, twice a week for four months. The author aimed to understand the theoretical and methodological assumptions that grounds this type of care, as well as the setting characteristics in which they relate to the objectives, roles and functions of the emergency psychology service, as well as emergencies revealed in this context, both founded on the Person-Centered Approach (PCA) It has been chosen the phenomenological qualitative research method to evaluate the trajectories of seeding and germination of the Psychological Emergency Attendance Consultation. Besides that, six clinicals cases were analyzed, to borrow better understanding of this kind of psychological care in the ICU. Related to profile of the persons studied it was observed that was mostly comprised by family members, women ages 20 to 75 years on average, with the Elementary school and income of a minimum wage per month. The results indicate the necessity and feasibility of provision of Psychological Emergency Attendance Service in the ICU; the urgent demands for psychological help, have been unfolded within the meanings that clients attributed to their experiences, such as, fear of the family deaths, feelings of family abandonment, guilt for not being able to stay by his side, intense grief because of health or when they died, among other.s It also unveiled two types of consultation: the individual and the group, considering the demands specificities . It has been emphasized the availability of care emergencies, welcoming and encouraging communication. Therefore, it is consider that provision of Psychological Emergency Attendance Service in ICU was revealed as necessary as well as a space to psychological care which has been accepted, used and legitimated by clients. It was also set at two different moments, before and after the visits. Regarding the first , we can distinguish the interventions addressed to wellcoming and strengthening the organization of the self, while after the visists, the interventions aimed at helping clients in reframing their threatening experiences as well as helping them reorganize the self.

Keywords: Psychological Attendance Emergency; Hospital, Intensive Care Unit, Person-Centered Approach; Professionals and Family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Capítulo 1 - ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA: Fundamentos Teórico-metodológicos que Subsidiaram o Fazer do Plantonista	18
1.1 - Conceitos Norteadores	21
1.1.2 - Tendência Atualizante	21
1.1.3 - Tendência Formativa	23
1.1.4 - Auto-Regulação	24
1.1.5 - Experiência e Experienciação	25
1.1.6 - As Atitudes Facilitadoras para o Processo de Mudança	27
1.1.7 - Self e a Teoria da Personalidade	31
Capítulo 2 - PLANTÃO PSICOLÓGICO: uma sombra no deserto da vida	36
2.1 - A Produção Científica sobre Plantão Psicológico no Hospital: saberes e práticas compartilhadas	43
Capítulo 3 – COMPREENDENDO O CONCEITO DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CRISE PSICOLÓGICA	50
Capítulo 4 – O CAMINHO PERCORRIDO: método	56
4.1 - Considerações Sobre os Procedimentos Iniciais	59
4.2 - Universo da Pesquisa	59
4.3 - Colaboradores	61
4.4 - Contatos Iniciais	62
4.5 - Procedimentos da Pesquisa e Análise dos Dados	63
Capítulo 5 – SEMEAR E GERMINAR	65
5.1 - Divulgando o Plantão Psicológico	66
5.2 - Quem Buscou o Plantão Psicológico?	68
5.3 - O Plantão Psicológico Acontecendo	72
5.3.1 - Atendimento Individual	73
5.3.2 - Atendimento Grupal	78
5.3.3 - Atendimento do Profissional	79
Capítulo 6 – O ENFOQUE NO CUIDAR DE PESSOAS: acolhendo urgências	82
6.1 - Margarida: adeus ao irmão e a culpa por deixá-lo	83
6.2 - Crisântemo: nervoso, pensou que o filho falecera	86
6.3 - Orquídea: o CTI como lugar do horrível e do sofrimento	90

6.4 - Antúrio: impasse entre cuidar da própria vida ou dos familiares -----	94
6.5 - Cravo: dificuldade para ir ao CTI -----	99
6.6 - Jasmim: a partida do irmão em um dia ensolarado na companhia dos anjos -----	102
6.7 - Síntese geral dos atendimentos: as coisas que os unem do singular ao plural -----	105
6.8 - Discussão dos Resultados -----	108
Capítulo 7 – A RELAÇÃO CLIENTE-PLANTONISTA E O PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO -----	122
Capítulo 8 - REFLETINDO SOBRE O SERVIÇO E SEUS RESULTADOS -----	129
SEMENTES LEVADAS PELO VENTO: considerações finais -----	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	139
Anexos	

INTRODUÇÃO

Enquanto uns nascem, outros morrem e na dinâmica da vida entre uma coisa e outra, alguns estudam, apaixonam-se, trabalham, têm filhos, amam, etc. Outros praticam exercícios físicos, mudam de cidade, escrevem livros, separam-se, adoecem. Não escapamos dos movimentos da vida, entretanto, construímos nossa história.

Assim, há sete anos, motivada pelo interesse em estudar o homem e sua mente e curiosa por desvendar as potencialidades da sua psique, desejando contribuir para o desenvolvimento da humanidade, escolhi iniciar minha trajetória elegendo a Psicologia como profissão.

Enquanto cursava a faculdade de Psicologia me aproximei de teorias e práticas, sendo “escolhida” pela Abordagem Centrada na Pessoa, tendo-a como embasamento teórico-metodológico para minha atuação profissional.

Ainda na graduação, engajada em movimentos com o objetivo de desenvolver e disseminar conhecimento organizei, juntamente com amigos graduandos de Psicologia, o grupo denominado HumanitaΣ (Humanitas), além de três edições do Encontro de Ciências Humanas. Na primeira delas, em 2004, conheci o Plantão Psicológico, definido como uma modalidade de cuidado clínico, cujas sessões não estabelecem tempo pré-determinado de duração, com solicitação de atendimento espontâneo por parte do cliente, não sendo, para tanto, preciso marcar hora e possuindo flexibilidade para ser implantando em diversas instituições, podendo acontecer em uma única ou mais sessões (MORATO, 1987; MAHFOUD, 1999).

Após conhecer essa modalidade de atendimento clínico, tive acesso a materiais bibliográficos e frequentei eventos científicos de Psicologia que permitiram a aproximação e discussão a respeito do Plantão Psicológico.

Ainda na graduação, também me interessei pela atuação na esfera hospitalar. Assim, realizei estágios em hospitais, desenvolvendo trabalhos na área, passando a conhecer melhor esse campo de atuação. Nesta época, contactei com o Centro de Terapia Intensiva - CTI. Logo, pude observar que quando um agravo à saúde ocorria, demandando cuidados para a manutenção da vida ou apresentando risco de severas complicações ou de morte, os quais exigem atenção intensiva à pessoa enferma, era encaminhada a este setor.

Compreendia que comumente o CTI remetia a imagem de sofrimento e morte iminente, por mais que, em diversas ocasiões, a vida fosse a vencedora. Percebi que por ser um setor do hospital em que ocorre o atendimento de indivíduos com necessidade de cuidados intensivos no limiar entre a vida e a morte, seria importante a prestação de serviços constantes e especializados.

Haberkorn (2004) destaca que psicólogos são questionados pela população em geral, assim como, por outros colegas de trabalho a respeito da sua função no CTI e ainda, de como é trabalhar neste lugar. Esta autora considera também que a atuação do psicólogo neste ambiente é de certa forma recente quando comparado com outros profissionais que ali atuam, ressaltando que grande parte da literatura da área apresenta como foco de atenção, o estado emocional do paciente, o sofrimento familiar e o trabalho multiprofissional, sendo raros os estudos específicos sobre a atuação do psicólogo no CTI.

Ainda neste contexto, o psicólogo hospitalar atua indo ao encontro do paciente, interagindo e atuando para aliviar seu sofrimento, propiciando que se expresse a respeito de si mesmo, da doença, da família, de seus medos e fantasias, esclarecendo suas dúvidas. Este profissional realiza também o psicodiagnóstico identificando estratégias terapêuticas, tanto com a família, quanto com o paciente. A família que se encontra fragilizada devido à gravidade do estado de saúde de um dos seus componentes, também deve ser foco de atenção (CHIATTONE e SEBASTIANI, 1998).

Sobre a solicitação por atendimento psicológico Bruscato et al (2004) destacam que para o atendimento em Unidade de Recuperação Intensiva – UTI faz parte da rotina do psicólogo o atendimento destes pacientes. Para o atendimento em enfermarias nas quais há um psicólogo atuante em sistema de ligação, os pedidos de consulta são direcionados a ele, enquanto que em enfermarias dentro do modelo de consultoria, o formulário contendo o pedido de consulta é preenchido por algum profissional da equipe e entregue ao Serviço de Psicologia.

Para Levy e Moreira (2008) o processo de hospitalização em CTI, assim como a doença e suas implicações não despercebidas, sendo vividas de modo singular tanto pelo paciente, como pelos familiares e profissionais de saúde que lhe prestam cuidados. Marcam aqueles que as experienciam, repercutindo tanto nos familiares como na equipe que presta cuidados. O sofrimento pode ser observado, sendo que todos são chamados a lidar com seus limites, sendo remetidos ao próprio desamparo, incluindo aí o psicólogo.

O adoecer afeta os indivíduos que têm proximidade com a pessoa enferma, aqueles que estabelecem com ela relações de intimidade, em especial, a família, que vivencia junto com a pessoa doente o seu estado de adoecimento (MOREIRA, NOGUEIRA e ROCHA, 2007).

Na minha aproximação com o CTI, ainda como discente, foi possível também observar uma rotina árdua de trabalho, com a constante apreensão das pessoas naquele contexto, frente às situações de morte iminente, favorecendo o estado de tensão do paciente, familiares e da equipe de saúde. Manter a vida, evitando a morte era tarefa constante desses profissionais, os quais não estavam imunes a mobilizações provenientes do ambiente de trabalho.

O clima estressante, apreensivo e acelerado, entre outros fatores, favorecia ao acúmulo de tensão presente tanto no paciente, nos familiares, como na equipe multiprofissional, que vivenciam um desgaste em consequência do contato diário com os problemas, as doenças e a morte. Esses aspectos somados à subjetividade de cada pessoa, ao pesar do paciente internado, ao medo, dor, ansiedade, isolamento, entre outros, mobilizavam sofrimento (CHIATTONE e SEBASTIANI, 1998).

Desse modo, enquanto psicóloga hospitalar, atuar em hospitais me possibilitou o contato com a dor daqueles que tinham seu familiar internado no CTI, como também, com as tensões vividas pela equipe de saúde, incluindo nessas, as minhas. Questionava-me, então, sobre as preocupações também vividas pelo psicólogo no ambiente de trabalho e sobre a importância de dispor de outro profissional da área, externo a esse ambiente, o qual disponibilizasse a escuta da equipe de saúde, visto que o psicólogo que ali atua, vivencia as mesmas apreensões que os demais colegas de trabalho.

Por outro lado, enquanto psicóloga clínica chamava-me atenção, sendo foco de meu interesse, a modalidade de cuidado denominada Plantão Psicológico. Assim, questionava-me a respeito da oferta desse tipo em um ambiente caracterizado como campo das urgências e emergências físicas e psíquicas. Nele não elegemos o cliente e nem solicitamos o atendimento, mas aguardamos o revelar de demandas espontâneas. Quem explicitaria de modo espontâneo o pedido de ajuda?

Realizando pesquisa bibliográfica referente à oferta desse serviço em hospitais gerais constatou-se a reduzida produção na área, sugerindo que uma experiência como esta no CTI era necessária, instigando ainda mais meu interesse pelo tema. Se todas as atenções e cuidados no intuito de manter a vida estão dirigidos ao paciente em seu leito, como estaria emocionalmente o familiar no momento anterior à visita e após essa? Quando reunidos na

antessala de espera do CTI, aguardando o momento da visita, o que experienciavam? Sobre o que conversavam? O que sabiam sobre o trabalho do psicólogo em um CTI?

Esses questionamentos favoreciam a compreensão da tarefa a qual eu me lançaria na busca dessas respostas: semear e esperar o germinar dessa experiência, ou seja, implantar o Plantão Psicológico nesse ambiente, avaliando seus resultados. Se na clínica o Plantão era compreendido enquanto possibilidade viável de cuidado psíquico, como seria então seu florescer no CTI?

Diante desses dados emergiram questões relevantes a serem investigadas e que nortearam a presente pesquisa: quais pressupostos teórico-metodológicos fundamentam essa modalidade de cuidado em um CTI? Quais as especificidades do setting terapêutico compreendido enquanto objetivos, ações e funções do plantonista? Seria essa modalidade de intervenção um dispositivo favorável ao acolhimento das urgências psicológicas neste contexto? Neste sentido, lancei-me à tarefa de implantar o referido serviço no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), avaliando essa experiência.

O referido hospital é uma instituição da Universidade Federal do Pará (UFPA), tendo como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como também atuar na área de Ensino e Pesquisa e na geração e sistematização de conhecimentos. Destaca-se como referência regional em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia e Diabetes, sendo, ainda referência nacional em AIDS. Oferece consultas e internação em diversas especialidades, como Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia e Urologia.¹

Sobre o Serviço de Psicologia do referido hospital, destaca-se entre os diversos objetivos e ações, o de disponibilizar atendimento psicológico aos pacientes vinculados ao hospital a partir das ações de prevenção de agravos, recuperação e promoção da saúde em nível ambulatorial e de hospitalização. São especificidades do serviço a realização de atendimento psicológico na forma de avaliação psicológica e psicoterapia aos pacientes do ambulatório do hospital, mediante solicitação da equipe de saúde; diminuição dos aspectos ansiogênicos e depressivos, inerentes ao processo de hospitalização, através de atendimento psicológico aos pacientes internados e seus familiares ou pessoas de referência;

¹ <http://www2.ufpa.br/webhujbb>

desenvolvimento de atividades dialógicas, informativas e formativas, utilizando recursos teórico-metodológicos de análise institucional, processos grupais e de comunicação junto às equipes multiprofissionais e ONGs atuantes no HUIBB e na rede pública de ensino; contribuição com a equipe de saúde nas ações de humanização da assistência prestada aos usuários; apoio técnico às atividades vinculadas aos estágios supervisionados em Psicologia, entre outras.²

Após conclusão do projeto referente ao Plantão Psicológico e tendo recebido aprovação para sua realização naquela instituição, foi necessário permanecer na tarefa e ir a campo: a plantonista, também pesquisadora, atenderia as demandas no Plantão; a pesquisadora também plantonista, avaliaria esse processo, buscando responder as questões que emergiam sobre esse fazer. Como método de trabalho, elegi a pesquisa qualitativa, valorizando o vivido do cliente e da plantonista, viabilizando o desvelamento da relação de cuidado.

Vale destacar que me lançando à tarefa (semear e germinar), não a fiz de modo solitário, sendo essa experiência compartilhada (semeada e germinada) com aqueles que integram o Grupo de Estudos do Luto do Hospital Universitário João de Barros Barreto, atividade disponibilizada através do Laboratório de Estudos do Luto e Saúde (LAELS), Projeto de Extensão desenvolvido em parceria com o Serviço de Psicologia do HUIBB e com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal, assim como, com os psicólogos que integram o Serviço de Psicologia do referido hospital.

A cada conquista, esforços e metas compartilhadas. Os desafios do cotidiano de trabalho, a escuta acolhedora daqueles que participavam dessas atividades, os casos avaliados em grupo e as alegrias divididas levavam a compreender a existência de tantos outros plantonistas, os quais também germinaram e desenvolveram o Plantão, sendo enfatizada a importância da consolidação de práticas clínicas de cuidados psicológicos nas instituições de saúde enquanto um processo coletivo.

No que se refere à apresentação do estudo, no primeiro capítulo encontram-se os apontamentos sobre a Abordagem Centrada na Pessoa, seu fundador Carl Ransom Rogers e os fundamentos teórico-metodológicos que subsidiaram o fazer do plantonista.

² Cf. Pág. 13.

No segundo capítulo é apresentada e avaliada a modalidade de cuidado denominada Plantão Psicológico, contemplando seu histórico, as instituições onde ele é praticado atualmente, além de uma revisão sobre a produção científica e oferta do Plantão no contexto hospitalar.

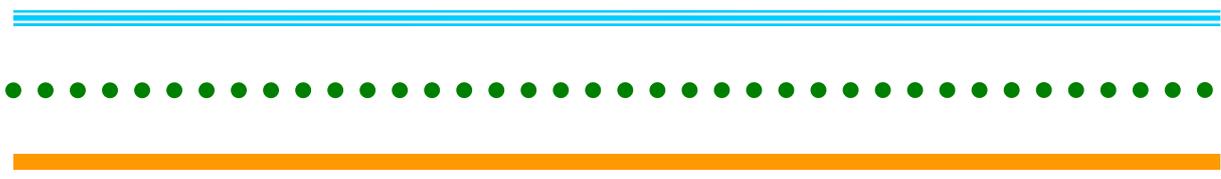
Posteriormente, no terceiro capítulo é realizada a análise sobre os conceitos de urgência e emergência contextualizadas no âmbito da medicina, psiquiatria e psicologia, incluindo a avaliação do termo crise psicológica.

Segue o quarto capítulo, contendo uma explanação sobre o método fenomenológico utilizado neste trabalho, os procedimentos metodológicos para o início da pesquisa e a descrição do Centro de Terapia Intensiva como contexto de disponibilização do Plantão Psicológico. Envolve ainda os critérios necessários para ter participado como colaborador desta pesquisa, os trâmites iniciais e as etapas de análise dos dados.

O quinto capítulo avalia o processo de implantação do serviço, envolvendo a divulgação, o perfil da clientela atendida e os temas abordados, incluindo a apresentação do Plantão acontecendo e as especificidades do trabalho.

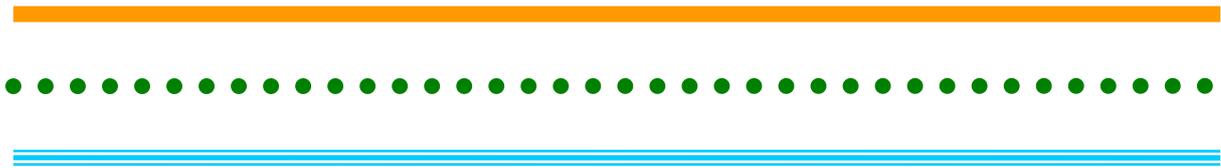
No sexto capítulo são apresentados seis casos clínicos, como também, a síntese da estrutura do vivido dos referidos clientes, além da discussão dos resultados alcançados, enquanto que o sétimo capítulo aborda a relação cliente-plantonista e o auxílio deste no processo de ressignificação do sofrimento do cliente.

No oitavo capítulo apresentam-se reflexões da plantonista e dos clientes, abordando a avaliação feita a respeito do Plantão Psicológico ofertado no CTI, sendo posteriormente apresentadas as considerações pertinentes ao estudo.



Capítulo 1

ROGERS E A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA: Fundamentos Teóricos que Subsidiaram o Fazer do Plantonista



Carl Ranson Rogers³ criador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) começou sua prática clínica na década de 1930 quando somente os médicos com formação psicanalítica podiam exercê-la. Sugeriu voltar a atenção para a pessoa ao invés dos problemas que esta levava para o Aconselhamento Psicológico, afirmando a importância da relação cliente-conselheiro como uma experiência de crescimento pessoal, mencionando a mudança psicológica como um processo, amenizando a ênfase nos resultados. Propôs ainda a denominação de facilitador para o conselheiro, destacando-o

(...) como agente capaz de fornecer as condições necessárias e suficientes (clima psicossocial não ameaçador) para o desencadear de um processo criativo para o desenvolvimento junto àqueles a quem se dirige: clientes, grupos ou instituições (MORATO, 1987, p. 95).

Rogers inaugurou a perspectiva clínica no Aconselhamento Psicológico, compreendida como a relação de duas ou mais pessoas com consideração atenta, prudente e respeitosa com algo que é importante para uma ou várias delas, significando realizar ações com o outro ao invés de fazê-las por ele (SCHMIDT, 1999).

Assumindo uma postura humanista, conhecida como a terceira força da Psicologia, ele enfocou a saúde, a consciência como doadora de significados, o impulso de autorrealização e a compreensão dos relacionamentos interpessoais.

Inicialmente desenvolveu um modelo psicoterápico caracterizado por ter como referência o mundo interno do cliente como este o percebe, sente, avalia e o significa, concebendo que a matéria-prima da psicoterapia é o sentido apreendido pelo cliente às suas experiências (ROGERS 1951; 1983), afirmando que para ocorrer uma mudança construtiva na personalidade do cliente era necessário que seis condições existissem e persistissem na relação terapêutica (ROGERS, 2008, p. 145):

- 1 – Que duas pessoas estejam em contato psicológico;
- 2 – Que o cliente esteja incongruente;
- 3 – Que o terapeuta esteja congruente na relação terapêutica;

³ Nasceu em 1902 em Oak Park, Illinois, falecendo em 1987 na Califórnia, EUA. Iniciou sua carreira como psicoterapeuta de crianças e famílias em uma clínica infantil pública em Rochester, Nova York. Completou seu doutorado em Psicologia Clínica pela universidade de Colúmbia e escreveu diversos livros e artigos ao longo de sua vida. Foi seu trabalho como psicólogo clínico que contribuiu para legitimar a psicoterapia como prática dos psicólogos e não somente dos médicos nos Estados Unidos. Estabeleceu parcerias com pesquisadores que se dispuseram a desenvolver uma melhor compreensão da teoria e da prática centrada na pessoa, sendo influenciado por nomes como George Humphrey, Alfred Adler, Otto Rank, Eugene Gendlin, entre outros.

- 4 – Que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente;
- 5 - Que o terapeuta experiencie compreensão empática pelo esquema de referência do cliente;
- 6 – Que o terapeuta comunique ao cliente a sua compreensão empática e consideração positiva incondicional por ele.

Se estas seis condições existirem e persistirem por um período de tempo na relação de cuidado psicológico o processo de mudança construtiva da personalidade do cliente acontece.

Rogers levou posteriormente as condições necessárias e suficientes para o campo da educação, trabalhos com grupos, relações humanas, organizações, comunidades, família e instituições psiquiátricas, justificando a denominação ampla de Abordagem Centrada na Pessoa (ROGERS, 2008).

Ele criou e, ao longo de sua vida, desenvolveu a Abordagem Centrada na Pessoa, reconhecendo publicamente nos seus artigos que sua construção teórica, baseada na prática e experiência que tinha, era válida para o contexto histórico no qual vivia, sendo ainda passível de ser contestada ou desenvolvida por outras pessoas, cujas perspectivas seriam acrescidas às de Rogers. Foi o que aconteceu mediante o trabalho de pesquisadores como Hart (1970), Puente (1978), Amatuzzi (1996; 2001), Cury (1994), Holanda (2001) e Wood (2008), desenvolvendo pesquisas entre outros temas, que afirmavam a possibilidade dessa abordagem ser assumidamente fenomenológica-existencial, o que no contexto de Rogers foi impedido em virtude do pensamento positivista científico da época.

Por meio de estudo e reflexões individuais sobre Rogers autores como Hart e Tomlinson (1970), Puente (1978), Holanda (1998), Cury (1994) e Wood (2008) dividiram, apesar de algumas divergências entre eles, a trajetória da psicoterapia em três fases: prática, teoria e pesquisa de acordo com a definição clássica de Hart (1970):

1ª fase (1930-1950): Terapia não-diretiva.

2ª fase (1950-1957): Psicoterapia Reflexiva ou Centrada no Cliente.

3ª fase (1957-1965): Psicoterapia Experiencial.

Posteriormente, Cury (1994) propôs a 4ª fase (1965 até os dias atuais), que ficou conhecida como Psicoterapia Centrada na Pessoa.

A Abordagem Centrada na Pessoa sempre existiu desde o início da prática clínica de Rogers em virtude do conceito de facilitação do crescimento pessoal e da ênfase na saúde

psicológica dos indivíduos ter se preservado (WOOD, 2008). Contudo, as fases mencionadas auxiliam na compreensão histórica sobre a trajetória clínica que ele traçou.

A concepção de Abordagem Centrada na Pessoa é

Basicamente, a expressão mais significativa de sua abordagem e o mais importante que Rogers tinha a dizer, talvez tenha sido simplesmente, ‘yes’ – ‘sim’ ao crescimento pessoal, a verdadeira aprendizagem, ao comportamento construtivo, aos relacionamentos nutritivos, ao pensamento honesto, à vida (WOOD, 2008, p. 247).

A ACP toma forma em consonância com o que surgir no encontro com o outro, na relação intersubjetiva. É um modo, “um jeito de ser ao se deparar com certas situações” (WOOD, 2008, p. 14). Pode ainda ser considerada como uma maneira de estar, devido à tradução do verbo *to be* para o português, podendo significar tanto ser quanto estar (TASSINARI, 2003). Então essa atitude consiste em: perspectiva de vida positiva; crença em uma tendência direcional formativa; intenção de ser eficaz nos próprios objetivos; consideração pelo indivíduo e por sua autonomia e dignidade; flexibilidade de pensamento e ação; tolerância quanto às incertezas e ambiguidades e capacidade de senso de humor, humildade e curiosidade (WOOD, 2008).

1.1 Conceitos Norteadores

A Abordagem Centrada na Pessoa apresenta como foco de atenção o processo de regulação do funcionamento humano, suas experiências, vivências, desenvolvimento da personalidade, incluindo uma tendência formativa universal. Desta forma, os pressupostos que fundamentam a prática do Plantão Psicológico subsidiando ações e objetivos terapêuticos são: Tendência Atualizante, Tendência Formativa, Auto-regulação, Experiência, Experienciação e as Atitudes Facilitadoras.

1.1.2 Tendência Atualizante

De acordo com o corpo teórico da Abordagem Centrada na Pessoa o ser humano é um organismo digno de confiança, capaz de avaliar a situação externa e interna, compreendendo a si mesmo no seu contexto, fazendo escolhas quanto às próximas ações na vida e agindo a partir dessas escolhas.

A relação de ajuda psicológica é um auxílio para o indivíduo em direção ao crescimento pessoal, ajustamento psicológico, sem conduzir seu comportamento, compreendendo que a pessoa é responsável pelo seu processo de desenvolvimento psíquico, a partir da Tendência Atualizante inata e presente em todos os seres humanos ao longo de suas vidas. Cada pessoa é capaz de autocompreensão e autodirecionamento por meio de relações interpessoais, atribuindo significados às suas experiências.

A Tendência Atualizante

(...) está ativa no indivíduo a todo momento, como num fluxo “subcutâneo”, mas (...) ela pode ser desvirtuada embora nunca possa ser destruída. A doença ou distorção no crescimento acontece então quando essa tendência é desvirtuada e (...) o trabalho do psicoterapeuta é prover condições para que a tendência atualizante retorne ao seu caminho original propiciando a continuidade do crescimento da pessoa (SANTOS apud CAVALCANTE e SOUZA, 2008, p. 66).

Nesta perspectiva, esta tendência é natural a todos os seres vivos, tratando-se de uma energia, uma força, um processo na direção da evolução. Manifesta-se de formas diferentes e criativas, sempre em busca da manutenção da vida. É algo que motiva o ser para realização e aperfeiçoamento. Ela adapta, mantém e recria a existência. É uma capacidade de se mover no sentido da melhora, crescimento, desenvolvimento, um impulso para a possibilidade de progredir.

A Tendência Atualizante é a força motriz no processo de autocompreensão e autodirecionamento do ser humano. Todo organismo é movido por uma tendência inerente, que o impulsiona a desenvolver todas as suas potencialidades de tal maneira que favoreça sua conservação e enriquecimento (ROGERS e KINGET, 1977).

(...) a Tendência Atualizante é a chama da vida: ela aquece e ressoa com tudo o que é vida. (...) a Tendência Atualizante, o tempo inteiro, ressoa e se inflama com tudo o que da vida, também faz parte e integra as relações. Por isso ela é alquimia ou abertura; é a porta de entrada para percepções de tudo o mais que nos rodeia. E dessas percepções emergem direções mais inteiras, nas quais experiências mais plenas e amplas estão disponíveis (...) (SOUSA, 2008, p. 109).

Essa tendência é a motivação básica do ser humano, compreendida como direcional, objetivando diferenciação e complexidade crescentes, resultando em crescimento, desenvolvimento e preenchimento de potencialidades.

O cuidado psicológico objetiva por intermédio das atitudes facilitadoras do psicoterapeuta, criar condições favoráveis para promover o funcionamento da Tendência

Atualizante, possibilitando que o comportamento e a experiência da pessoa tornem-se mais construtivos no sentido da sua evolução pessoal.

Os termos ‘tendência’ e ‘atualização’ são associados a crescimento, ampliação, progressão e aptidão (BUYS, 2002). A palavra tendência, enquanto atualização está relacionada à criação de soluções novas, invenção, sendo que a “Tendência Atualizante é um processo constante de criação” (TASSINARI, 2003, p. 58). Ela funciona e está presente em todos os seres orgânicos, tanto em situações favoráveis quanto nas desfavoráveis ao organismo (BRANCO, 2008). É essa tendência que nos faz perceber quando um organismo está vivo ou morto (ROGERS, 1983).

Influenciado pelas ideias científicas do biólogo Albert Szent-Gyorgyi, do historiador Lancelot White, do físico Fritjof Capra e do químico-filósofo Ilya Prigogine, Rogers amplia sua noção de Tendência Atualizante, hipotetizando que ela parece ser uma manifestação de algo maior, mais abrangente, presente no universo como um todo, afetando também a personalidade e a experiência humana (BRANCO, 2008).

1.1.3 Tendência Formativa

Diante de estudos e afirmativas de que o universo está em constante expansão, Rogers (1983) elabora o conceito de Tendência Formativa, no qual amplia a Tendência Atualizante a um âmbito universal e não somente humano, atuando no nível do cosmo e da ecologia, incluindo também o que é inorgânico.

(...) não estou mais falando somente sobre psicoterapia, mas sobre um ponto de vista, um modo de ver a vida, um modo de ser, que se aplica a qualquer situação onde o crescimento – de uma pessoa, de um grupo, de uma comunidade – faça parte dos objetivos. (...) Defendo a hipótese de que existe uma tendência direcional formativa no universo, que pode ser rastreada e observada no espaço estelar, nos cristais, nos microorganismos, na vida orgânica mais complexa e nos seres humanos. Trata-se de uma tendência evolutiva para uma maior ordem, uma maior complexidade, uma maior inter-relação (...). É muito provável que essa hipótese seja um ponto de partida para uma teoria da psicologia humanística. Mas ela é, sem dúvida, o fundamento da abordagem centrada na pessoa (...). Essa tendência se confirma ainda mais quando descobrimos que ela não se encontra apenas nos sistemas vivos, mas faz parte de uma poderosa tendência formativa do nosso universo, evidente em todos os seus níveis (p. 50).

A Tendência Atualizante é necessária para definir se o organismo está vivo ou morto, na presença ou ausência dessa energia direcional, enquanto a Tendência Formativa corresponde a própria vida em todos os elementos do universo. A noção de vida não pode ser concebida em uma perspectiva oposta a de morte, porque não se pode afirmar que um

elemento inorgânico está morto, se ele jamais esteve vivo na concepção humana (SOUSA, 2008).

É a Tendência Formativa, a força de criação e o movimento de toda a Vida, repertório de manifestações e de mudanças, que impõe complexidade à Vida e às suas expressões, à qual a personalidade integra-se (SOUSA, 2008, p. 99).

Contudo, a Tendência Formativa não atua na personalidade como o faz a Tendência Atualizante com suas características de autonomia e autocompreensão, considerando que o universo não possui essas noções. Rogers convenceu-se de que assim como uma planta em locais inóspitos se esforça em busca de luminosidade, o organismo humano tem um impulso natural (Tendência Formativa) para direcioná-lo no sentido do desenvolvimento de seus recursos e de suas potencialidades. Essa Tendência Formativa pode ser compreendida e presentificada no cuidado psicológico embasado na perspectiva da ACP (BRANCO, 2008).

1.1.4 Auto-Regulação

Existe ainda outro movimento, força, cinética no ser humano, chamado auto-regulação. Está diretamente relacionada com o campo fenomenológico⁴ do indivíduo, de modo que não tem caráter negativo ou positivo, simplesmente é como o próprio nome afirma uma auto-regulação no sentido que for mais coerente para a pessoa. A auto-regulação atuará embasada na percepção que a pessoa tem da realidade. As questões ou impasses não são da auto-regulação, mas das referências internas que a pessoa possui, o que faz com que sua auto-regulação aja.

A auto-regulação no contexto de medo e de rigidez, só pode regular-se para aumentar e para refinar contexto de medo e de rigidez, só pode regular-se para aumentar e para refinar mais controle, mais precaução, mais hipóteses, mais suspeitas, mais preconceitos e mais imaginações (SOUSA, 2008, p.110).

O processo oposto também pode ser observado, ou seja, quanto mais a pessoa está aberta para o que é, aceitando-se sem condições ou regras para se amar, se sentir amada e amar, sem exigir-se ser a idealização que imagina de si mesma, sentindo-se livre e disponível inclusive para o contato com o outro, então essa abertura ressoa na sua auto-regulação, beneficemente, ficando uníssona com a própria abertura da vida (SOUSA, 2008).

⁴ O campo fenomenológico é a totalidade de experiências das quais a pessoa toma consciência no momento da ação. O campo fenomenológico é sinônimo de experiência. Abrange tudo o que o organismo experimenta (GOBBI ET AL, 2005).

A Auto-Regulação não coincide necessariamente, com a Tendência Atualizante. Elas seguem na mesma direção quando as escolhas da pessoa são congruentes com o seu funcionamento orgânico⁵ e campo fenomenológico⁶.

Quando a diferença sentida pela pessoa entre o que ela é e o que gostaria de ser diminui, quando o seu estado de desacordo entre experiência, sua simbolização e os sentimentos despertados por este se amenizam, a auto-regulação em função de modificações da personalidade, alinha-se com o movimento da Tendência Atualizante e o organismo se sente mais equilibrado, inteiro, congruente (GOBBI et al, 2005; SOUSA, 2008).

Uma vez que essas duas forças encontram-se direcionadas no mesmo sentido, a seta da Tendência Atualizante se posicionará de forma que a vida disponha de maiores oportunidades para manutenção, realização e crescimento, imersa em menos rigidez, menor medo, por menos regras e imposições, fluida em maior abertura, criatividade, disponibilidade de correr riscos.

Nada particularmente excepcional, apenas condições nas quais a sua expressão pessoal estivesse, mais e mais, sintonizada com seus fluxos experienciais, com suas mudanças, com sua atualização e com seu florescimento. Maior liberdade e mobilidade experiencial (SOUSA, 2008, p. 102).

A Auto-Regulação e a Tendência Atualizante no humano são a expressão da Tendência Formativa que perpassa em tudo o que é vida. A Tendência Formativa é a força de criação e o movimento de toda a vivência, repertório de manifestações e de mudanças, que impõe à vida e às suas expressões, à qual a personalidade se integra (SOUSA, 2008).

1.1.5 Experiência e Experienciação

Experiência é definida como

(...) tudo que se passa no organismo em qualquer momento e que está potencialmente disponível à consciência; (...) tudo que é suscetível de ser aprendido pela consciência. A noção de experiência engloba, pois tanto os acontecimentos de que o indivíduo é consciente quanto os fenômenos de que é inconsciente (ROGERS E KINGET, 1977, p. 161).

⁵ Funcionamento orgânico é a totalidade das experiências vividas pela pessoa, envolvendo sentimentos, pensamentos, emoções, etc. O organismo está concebido como uma totalidade que interage com o ambiente.

⁶ Cf. página 23.

A experiência se refere a tudo que ocorre no organismo e está disponível para a consciência. Rogers define consciência como uma simbolização, uma representação de uma parte da experiência vivida da pessoa, que não é necessariamente expressada por meio verbal. Consciência é sinônimo de “percepção” das excitações que afetam o organismo. As percepções são referentes a excitações externas e a consciência é relacionada às excitações internas dos organismos, podendo também abranger as excitações externas (ROGERS e KINGET, 1977).

A experiência, destarte, liga-se às capacidades de simbolizações e de percepções pessoais e ao desenvolvimento da capacidade ativa de sentir essa “experiência” conscientemente, de forma que o cliente não experimente uma reação de ameaça e atitude de defesa como um dos aspectos essenciais da Terapia Centrada no Cliente (CAVALCANTE JR. e SOUSA, 2008, p. 133).

Dá-se maior importância aos sentimentos do cliente, como uma experiência com um significado pessoal que engloba um conteúdo simbolizado de algo vivido na experiência (ROGERS, 1958).

O conceito de experienciação surge como crítica de Eugene Gendlin a partir de dois paradigmas presentes na Psicologia e psicoterapias: 1) paradigma da repressão: repressão de conteúdos, da elaboração de posições teóricas e de práticas para acessar esses conteúdos à consciência e 2) paradigma do conteúdo: os conteúdos em si, trabalhando-os (MESSIAS, 2001). Gendlin criticou ambos, afirmando que todos tratam de processos básicos, porém, perdem a noção e caráter de processo e conseqüentemente o fluxo experiencial do cliente.

A Terapia Centrada no Cliente tinha um sistema teórico conceitual sobre a personalidade e sobre a experiência humana, entretanto não tinha apropriação experiencial do que ocorria no processo psicoterapêutico (MESSIAS, 2001). Instigado por esses fatos, Gendlin elaborou o conceito de experienciação como uma noção referente a algo que forma o funcionamento psíquico humano e que está sempre em fluxo.

“Experienciação é o processo de sentimento vivido corpórea e concretamente que constitui a matéria básica do fenômeno psicológico e de personalidade” (GENDLIN, 1970, p. 111). Esse conceito, desenvolvido a partir do projeto de Winsconsin⁷ por Gendlin, permitiu a Rogers e seus colaboradores superar o impasse de tratar as pessoas com poucas ou fragmentadas capacidades de simbolizações, valorizando a experiência direta como algo que

⁷ Projeto de pesquisa em psicoterapia com esquizofrênicos hospitalizados. O livro ROGERS, Carl R., GNDLIN, E.T., KIESLER, D.J., & TRUAX, C. (1967). **The Therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with schizophrenics**. Madison: University of Winsconsin Press apresenta o projeto como também a discussão teórica desenvolvida durante a pesquisa.

ocorre no aqui, no momento presente da pessoa e que não se liga necessariamente a conteúdos e simbolizações.

A importância e função da expressividade do terapeuta são cruciais para o cliente viver sua própria experiência (GENDLIN, 1970). Receber respostas de pessoas reais é uma maneira do cliente se referir a sua própria experiência, sentindo-se validado e confirmado ao saber que o terapeuta sente e pensa a respeito do que foi expresso.

Com a experiência, o trabalho do psicoterapeuta não se prende mais a conteúdos e símbolos manifestados por meio da linguagem falada. Atuar na experiência e com a experiência permite o acesso ao mundo dos surdos, mudos, crianças, esquizofrênicos e psicóticos.

A experiência pontuada por Gendlin contribuiu para que Rogers refletisse a respeito da experiência, sistematizando-a, assim como os processos internos que se referem a mudança na personalidade de maneira sistêmica.

1.1.6 As Atitudes Facilitadoras para o Processo de Mudança Psicológica

Mencionou-se a existência de seis condições necessárias e suficientes para o processo de mudança psicológica. Aqui abordarei primeiro as três qualidades atitudinais do terapeuta. Chama-se de atitudes facilitadoras as ações que o psicólogo realiza durante a relação de cuidado psicológico com o cliente para criar um clima acolhedor e não ameaçador, facilitando a livre expressão e desenvolvimento. Desta forma, as qualidades atitudinais do terapeuta, para o processo de mudança do cliente são a congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática.

A **empatia** é a capacidade de perceber como o outro significa os fenômenos que experimenta e as emoções que vivencia, como se aquele que percebe fosse a outra pessoa (ROGERS e KINGET, 1977). Jamais se pode perder a condição do “como se”, pois caso contrário, o psicoterapeuta se identificaria com o cliente e seria difícil auxiliá-lo na relação terapêutica.

A respeito da condição do “como se” trata-se de “sentir a raiva do cliente, seu medo ou confusão, como se fossem seus, e ainda assim, sem sentir a sua própria raiva, medo ou confusão sendo envolvidas nisso (...)” (ROGERS, 2008, p. 151).

Empatia é destacar com sensibilidade o “significado sentido” que o cliente vivencia em determinado momento, com a intenção de auxiliá-lo a focar esta acepção fundamental, até

chegar à sua vivência livre e plena. É um processo que pode ser apreendido e aprendido (GENDLIN, 1997).

Como tal processo permanece em mudança, o psicólogo deve manter sua sensibilidade constante para as transformações na relação terapêutica. A sensibilidade é essencial, sendo preciso vivenciar a experiência do cliente, seus medos e angústias quando ele os relata, contudo, sem evidenciar sentimentos que poderiam ser ameaçadores naquele momento para a consciência do cliente. Deve-se avaliar de maneira contínua com a pessoa, a precisão dos seus sentimentos, se os percebe e as respostas sentidas.

São os sentimentos e as atitudes que promovem a ajuda, quando expressos, e não as opiniões ou o julgamento sobre a outra pessoa. Então, a empatia deixa de ser uma tendência para ser uma capacidade vivida, adquirida, elaborada, conquistada no processo da relação terapêutica com o cliente e pronta para ser utilizada (ROGERS, 1989).

Em tal relação, o psicólogo está atento a si mesmo, aos seus processos internos e aos do outro, o que ele vê, ouve, observa, sente empaticamente. Esse estado empático significa estar de prontidão, disponível para um gesto, palavra, uma explicação ou simplesmente estar com o outro, isto é, com o cliente. Portanto, o comportamento empático pode se manifestar de diversas formas, dependendo do contexto da interação terapeuta-cliente e das habilidades do terapeuta. O vínculo empático possibilita mudanças, tanto na relação, como em cada uma das pessoas envolvidas nela (JORDÃO, 1987).

Nesta dinâmica é imprescindível que o psicoterapeuta “abraia” suas perspectivas e valores, pois tal suspensão propicia o auxílio do cliente por parte do psicólogo a aproximar-se de si mesmo e em um processo dialético, ir se apoderando de si, clarificando e responsabilizando-se por suas próprias escolhas e funcionamento.

A empatia também é um aspecto do cliente a ser considerado e desenvolvido na relação terapêutica.

Ela é experienciável não só pelo terapeuta, mas também pelo cliente acerca do terapeuta, pelos membros de um grupo acerca uns dos outros, ou pelos participantes de uma comunidade/grupão. Sem a empatia, não temos como nos aproximar da experiência, e nosso trabalho, alheio a experiência, direciona-nos para outros resultados que não o funcionamento pleno do organismo (SOUSA, 2008, p. 116).

Ao final da relação de ajuda psicológica, o cliente provavelmente terá maior capacidade de exercitar a alteridade – colocar-se no lugar do outro, sem se perder. Nesse sentido, a empatia pode ser desenvolvida e considerada como um padrão de crescimento psicológico (ROSENBERG, 1987).

A empatia está relacionada com a dinâmica do processo terapêutico e com a autoexploração do cliente neste processo. Se estabelecida inicialmente, permite a possibilidade de sucesso no cuidado psicológico. O cliente sente maior grau de empatia nos processos psicoterapêuticos bem sucedidos.

A **congruência** define-se pelo “estar de acordo”, harmonia. Implica na abertura dos próprios sentimentos, em poder escutá-los, significá-los e expressá-los. Quanto mais o psicólogo está sensível a si mesmo, se conhece, ouve e se respeita mais apto ele estará para ouvir o outro.

Os sentimentos que o psicólogo vivencia são acessíveis à sua consciência, que é capaz de vivê-los, senti-los na relação com o cliente e comunicá-los, se isso for adequado. Significa que ele entra em um encontro pessoal direto com o cliente, encontrando-o de pessoa para pessoa (ROGERS e STEVENS, 1991).

O psicólogo deve expressar o que sente em relação ao cliente, desde que seja construtivo para a relação e dito com sensibilidade, cuidado, consideração, respeito e autenticidade, pois de outra forma, corre-se o risco de comprometer o processo terapêutico do cliente.

A autenticidade é uma condição que estabelece que o psicólogo seja, na relação terapêutica, uma pessoa integrada, genuína e congruente. Isto significa que nesta relação, ele é livre para ser profundamente ele mesmo, com toda sua experiência e concepção de si mesmo. A autenticidade como a transparência do psicólogo em relação ao seu cliente, no momento da relação, de forma que não haja ocultamento de sentimentos ou vivências que digam respeito ao que acontece na relação terapêutica. Isso não significa total abertura de sentimentos do psicólogo, mas de abertura a sua vivência imediata com seu cliente (GOBBI et al, 2005).

Tanto o funcionamento interno da pessoa, quanto suas relações devem estar integradas. O funcionamento autêntico é a síntese da verdade da pessoa vivida, presente no agora. E para ajudar alguém é preciso também expor sua verdade no momento presente (AMAUZZI, 1989). A autenticidade se aprende na relação com alguém autêntico, no caso o psicólogo. Por isso é importante a autenticidade do terapeuta.

No decorrer da relação psicoterapêutica, o cliente aos poucos aprende a ser mais autêntico, coincidindo com o aumento da sua percepção consciente. A autenticidade tem relação próxima com a vida consciente, fazendo com que aconteça uma aproximação entre o que o indivíduo pensa e o que de fato ele é.

Sendo autêntica, a pessoa entra em processo de conhecer e aceitar o que ela é sensibilizando-se a todas as suas necessidades orgânicas. O organismo autêntico não

buscará sua segurança em situações fora de si. Ele terá mais autoconfiança para viver e enfrentar as circunstâncias da sua experiência, tornando-se mais pleno.

Sobre a **consideração positiva incondicional**, basicamente significa atitude de ausência de julgamentos e preconceitos. Na relação terapêutica, traduz-se em não expressar juízo de valor, julgamento do cliente e de suas ações. Trata-se de considerar o indivíduo como ele é. Em relação às experiências de uma pessoa, quanto mais ela experimentar consideração positiva incondicional mais se considerará desta maneira.

Esta atitude facilitadora distancia-se da concordância total do psicoterapeuta em relação ao cliente. Trata-se de considerar o cliente em cada aspecto da sua experiência como ela, é sem impor condições a esta consideração, de maneira que se fornece ao cliente um clima de segurança e liberdade de expressão. Trata-se de uma atenção respeitosa pelo cliente (PUENTE, 1978).

Implica em uma compreensão tridimensional, englobando a noção de consideração, positividade e incondicionalidade. A incondicionalidade se refere à aceitação do terapeuta ao contexto experiencial interno do cliente, o que significa acolher todas as experiências do cliente, no momento da psicoterapia, mesmo que haja discordância entre ambos. A consideração significa olhar o outro na sua singularidade, no seu processo de tornar-se, como pessoa em mudança. Já a positividade, se reporta à tendência atualizante, ou seja, o positivo no sentido de constante crescimento, desenvolvimento, atualização. Logo, a consideração positiva incondicional é a validação do cliente como ele é, no seu contexto experiencial interno, acreditando e auxiliando-o na sua capacidade de mudança e potencial de atualização psicológica.

Com relação às três dimensões,

(...) temos uma atitude que implica abertura para considerar o outro no ponto em que ele se encontra, da maneira como ele se vê, em sua singularidade, sem interpor apreciações valorativas. Significa também maturidade psicológica do terapeuta para acompanhar momento-a-momento o desvelar da experiência imediata do cliente, confiando na sabedoria intrínseca do organismo (tendência atualizante). Requer sensibilidade acurada para considerar visões de mundo bizarras e distintas das nossas, bem como aquelas que lhe são congêneres (TASSINARI, 2003, p. 66).

O psicólogo crê que se o cliente experimentar condições atitudinais favoráveis, ele se direcionará para a mudança de suprir naturalmente suas necessidades e perceberá os sentimentos existentes em si bem mais claros e de maneira natural tentará suprir suas próprias necessidades. A partir da crença que o psicólogo tem na Tendência Atualizante do cliente, ele

o ajudará no processo de responsabilizar-se por si mesmo no sentido da sua autodeterminação, propiciando condições para este caminho (BOWEN, SANTOS e ROGERS, 1987).

A consideração positiva incondicional, a empatia e congruência são as atitudes facilitadoras que o psicólogo dispõe na relação de ajuda psicológica com o cliente, auxiliando o seu processo de libertação do sofrimento, respeitando as suas experiências para tornar-se mais pleno.

Entretanto, para que as três qualidades atitudinais sejam presentificadas na relação terapêutica, é necessário primeiramente, que o cliente busque ajuda psicológica. Para que essa procura por auxílio aconteça é preciso que a pessoa esteja incongruente. Ou seja, em um estado desarmônico entre seus conceitos, o que pensa sobre si mesma e sente em relação ao que experiencia. Em outras palavras, o cliente busca auxílio psíquico quando vive uma situação que lhe causa angústia, sofrimento, incongruência.

Este estado de incongruência gera incômodo na pessoa e a motiva a procurar apoio psicológico profissional. Assim, cliente e terapeuta entrarão em contato psíquico, onde existe alguém, o cliente, que pede e recebe auxílio psicológico e a outra parte, o terapeuta, que o disponibiliza.

Na relação de cuidado psíquico entre cliente e o terapeuta, para que o profissional estabeleça um clima acolhedor e não ameaçador para a pessoa que atende é preciso que este comunique, expresse ao cliente a sua compreensão empática e consideração positiva incondicional por ele, trabalhando para fortalecer sua autoestima e confiança no seu próprio potencial de modificação e evolução psíquica.

Desta maneira, as três qualidades atitudinais do terapeuta somadas ao contato psicológico com o cliente, o estado de incongruência deste e a comunicação da compreensão empática e consideração positiva incondicional por ele facilitarão o processo de mudança e desenvolvimento psicológico do mesmo, sendo essenciais no cuidado psíquico disponibilizado nas relações terapêuticas pautadas na teoria da Abordagem Centrada na Pessoa.

1.1.7 Self e a Teoria da Personalidade

O self (eu ou ego) trata-se da apreensão intencional da própria consciência. É o indivíduo percebendo a si mesmo, suas peculiaridades, sua interação com outras pessoas e com o meio, em uma experiência de inter-relação, além dos valores, sentidos que o sujeito atribui a essas percepções. É a pessoa, a partir da sua existência, colocando-se como objeto da própria

compreensão interna e da sua interação com o exterior, com o mundo. Define-se como a estruturação de um autoconceito e opinião da vida.

A estrutura do self é uma configuração (...) de percepções do self admissíveis à consciência. É composta de elementos como as percepções das próprias características e habilidades; os objetos da percepção e os conceitos do self em relação aos outros e ao ambiente; as qualidades de valor percebidas como associadas a experiências e objetos; e as metas e ideais percebidos como tendo valor positivo ou negativo. Trata-se, portanto, do quadro organizado, existindo na consciência como figura ou plano de fundo – do self e do self em relacionamento, juntamente com os valores positivos ou negativos associados a essas qualidades e relações, da forma como são percebidos como existindo no passado, presente ou futuro (ROGERS, 1992, p. 570).

O self está ligado ao processo vivencial dos indivíduos. Isso implica dizer que ele não é estático. Ele está ativo, vinculado à experiência humana, no contínuo de viver, isto é, experienciar.

O homem possui inerente e perene em si a tendência à atualização atrelada a sua experiência. Essa tendência impulsiona as ações da pessoa baseada em um sistema de avaliação alicerçado no processo de desenvolvimento e mudança do indivíduo, que se modifica em função dos sentidos atribuídos à experiência. “Mais precisamente, a experiência é avaliada, levando-se em conta as necessidades de conservação e de valorização, tanto do ‘organismo’ quanto do ‘eu’, no presente imediato e no futuro” (ROGERS & KINGET, 1977, p. 178). Essa avaliação é denominada de organísmica. A partir da avaliação organísmica e impulsionada pela Tendência Atualizante, a pessoa age no sentido de satisfazer as suas necessidades de acordo como percebe a realidade, ou seja, a realidade vivida.

No processo constante de desenvolvimento da pessoa, em algum momento, uma parte da experiência pessoal se diferencia e é simbolizada na consciência. Essa simbolização corresponde à consciência de existir, de si e do seu próprio funcionamento. Como consequência da interação entre a pessoa e o meio, a consciência cresce e se organiza processualmente, formando a noção ou o conceito de self.

Rogers afirma que

Como resultado da interação com o ambiente, e particularmente como resultado da interação avaliatória com os outros, é formada a estrutura do self – um padrão conceitual (...) fluido (...) de percepções, características e relações (...) de mim, juntamente com valores ligados a esses conceitos (1992, p. 563).

O self é constituído de representações e valores de dupla origem: 1) a organísmica pessoal e 2) a social externa. A primeira é como a pessoa compreende a si mesmo e o mundo,

de maneira interrelacional, atribuindo sentidos, enquanto a social externa trata-se de significados diferentes aos que a pessoa atribuiu a sua realidade vivida.

Conforme o conceito de self se desenvolve e é exteriorizado, a pessoa tem a necessidade de consideração positiva. Essa necessidade surge em todo ser humano, portanto, é universal, além de ser experienciada em um fluxo contínuo e penetrante na estrutura do self.

Para satisfazer essa necessidade, relacionada a uma variedade de experiências, a pessoa se baseia na inferência que constrói a respeito das experiências do outro. A satisfação dessa necessidade é ambígua. O indivíduo quer suprir a necessidade de consideração positiva de alguém e quer ser essa figura significativa para o outro.

Os efeitos dessa satisfação no sujeito são potentes. A consideração positiva da pessoa para o indivíduo que as considera significativas para si, pode se tornar uma referência direcional e reguladora mais poderosa que o processo de avaliação organísmico do próprio indivíduo. Quando isso acontece a pessoa escolhe agir de uma maneira pautada no que os outros consideram ‘aceitável’, distanciando-se do seu próprio referencial interno para se satisfazer, afastando-se do seu self real, definido como a correspondência entre os atributos que a pessoa acredita possuir e as características que, de fato, possui (ROGERS & KINGET, 1977).

Para obter a consideração positiva de alguém significativo, a pessoa funciona baseada na sua percepção externa de ideal de si mesma, ou melhor, ela funciona baseada em um self ideal, “conjunto de características que o indivíduo desejaria poder reclamar como descritivas de si mesmo” (ROGERS & KINGET, 1977, p. 165). O indivíduo enfatiza as características que gostaria que fizessem parte da sua estrutura. Quando a pessoa acredita que elas são reais, o seu desenvolvimento psíquico se prejudica, pois o indivíduo vive uma fantasia, distorcendo a simbolização do seu self real. Esta situação poderá ocorrer em um momento de comprometimento da capacidade perceptual de si.

Contudo, Gobbi et al (2005) afirmam que a imagem de self ideal, num funcionamento adequado, auxilia o indivíduo a encontrar e vivenciar aspectos desejados, que proporcionarão a satisfação de suas necessidades orgânicas de crescimento e evolução.

A percepção da realidade do indivíduo é atrelada a estrutura do seu self. As experiências que o indivíduo tem

podem ser simbolizadas, percebidas e organizadas em alguma relação com o self, ser ignoradas porque não há relação percebida com a estrutura do self ou ter uma

simbolização negada ou distorcida porque a experiência é incoerente com a estrutura do self (ROGERS, 1992, p. 572).

Os comportamentos do indivíduo, geralmente, são baseados na sua própria percepção de self. Isto é, a pessoa age pautada no seu autoconceito. Quando isso acontece existe um ajustamento psicológico, equilíbrio entre a experiência e o self. Porém, quando a pessoa percebe suas experiências como incongruentes com a sua estrutura de self, as nega ou as distorce, tendo uma percepção seletiva, acontece um estado de vulnerabilidade e desajustamento psíquico. Esse conflito entre a experiência e o self se reflete no comportamento da pessoa, tornando-o incongruente.

As experiências que a pessoa vivencia e que não estão de acordo com a sua concepção da estrutura do self, são percebidas no âmbito da subcepção como ameaçadoras para o indivíduo. Se essas experiências ameaçadoras fossem simbolizadas corretamente através da avaliação orgânica, legitimando seu caráter ameaçador para o indivíduo, um estado de angústia se instalaria.

Quando a pessoa de alguma forma se sente ameaçada, ela se defende simbolizando parcialmente experiências ameaçadoras ou não as simbolizando. As consequências do processo de defesa no indivíduo são rigidez da percepção, causada pela necessidade de deformar aspectos ameaçadores da experiência; simbolização incorreta, decorrente da deformação e omissão de questões da experiência e falha ou inexistência de discriminação perceptual (ROGERS & KINGET, 1977).

Se existir incongruência entre a experiência e o self e algum acontecimento desvende essa incongruência de maneira indiscutível e imprevista, o processo de defesa perderá sua força e a experiência ameaçadora será corretamente simbolizada. O efeito será um estado de desmoronamento psicológico, ou seja, uma desorganização psíquica como resultado do choque da consciência a respeito da experiência ameaçadora.

Para restabelecer o acordo entre o self e a experiência e evitar o processo de defesa por meio da simbolização correta de uma experiência ameaçadora apreendida pela estrutura do self, é preciso que a pessoa aprecie suas experiências de maneira menos condicional e a consideração positiva incondicional de si aumente.

Uma forma de propiciar estas duas condições é uma pessoa, significativa para o indivíduo, comunicar efetivamente a consideração positiva incondicional por ele, através da compreensão empática. Quando o indivíduo percebe esta consideração positiva incondicional

direcionada para si, as condições que impedem sua avaliação organísmica de funcionar plenamente são reduzidas e processualmente findadas.

Logo, a comunicação da consideração positiva incondicional e a percepção dela pelo indivíduo fazem a angústia reduzir, as defesas desaparecerem e as experiências sentidas como ameaçadoras serem simbolizadas corretamente e assimiladas pela estrutura do self. Consequentemente,

(...) o indivíduo é menos sensível às experiências ameaçadoras; o comportamento de defesa é menos freqüente; o acordo entre o eu e a experiência aumenta; a consideração de si aumenta; o sentimento de consideração positiva em face do outro aumenta; o comportamento se baseia cada vez mais em um processo de avaliação 'organísmica' e o indivíduo funciona cada vez melhor (ROGERS & KINGET, 1977, p. 206-207).

Portanto, o conteúdo acima mencionado corrobora para a perspectiva a respeito do desenvolvimento do fazer clínico na Abordagem Centrada na Pessoa e de que o Plantão Psicológico é uma possibilidade das suas aplicações com resultados prósperos.



Capítulo 2

PLANTÃO PSICOLÓGICO: uma sombra no deserto da vida



A palavra plantão vem do francês *planton*, fazendo referência a uma planta jovem (PETIT ROBERT, 1990). No latim *plantare*, significa semear e ficar aguardando. O termo plantão foi utilizado no sentido de serviço, pela primeira vez em 1790, referindo-se ao soldado de serviço, sentinela fixo, aguardando ordens do superior (TASSINARI, 2003). No Plantão Psicológico o plantonista se disponibiliza a “estar às ordens” de qualquer pessoa que durante a sua oferta, for a sua procura.

Existe plantão em diversas áreas de atuação, geralmente associado ao serviço noturno oferecendo um cuidado delimitado pelo tempo de espera para realizar a tarefa a qual se destina com prontidão. Porém, o Plantão Psicológico trata-se de uma modalidade de cuidado psíquico diferenciada, definindo-se além de um período de prestação de serviço. É um tipo de atendimento psicológico, realizado em uma ou mais consultas, sem duração pré-determinada do tempo de atendimento de cada sessão, em que há disponibilidade em receber a pessoa que o busca e auxiliá-la na sua urgência psicológica, sem a necessidade de agendamento e se preciso, encaminhá-la a outros serviços.

Essa modalidade de atenção psicológica surgiu no Brasil em 1969 através da criação do Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP), no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) em meio ao contexto da ditadura militar, com uma política coercitiva e opressora da liberdade de expressão.

Em seus primórdios consistia em um trabalho diferenciado, sendo uma alternativa para reduzir a vasta lista de espera dos clientes que buscavam atendimento psicológico e, por vezes, chegavam ao Instituto de Aconselhamento com uma demanda psicológica urgente, requerendo um espaço privativo e sigiloso para falar de suas dores. Estas pessoas eram atendidas e conforme a necessidade, encaminhadas para diversos outros tipos de atendimento.

Iniciou-se como uma prática institucional, atendendo à demanda de urgência emocional dos clientes, sendo realizado por plantonistas disponíveis e qualificados, funcionando geralmente em uma única sessão com a possibilidade de retorno de acordo com a necessidade do cliente e as regras de funcionamento do serviço em que se inseria. Foi compreendido enquanto flexibilização das práticas de intervenção clínica institucional em prol de uma ajuda psicológica mais empática aos apelos da comunidade (CURY, 1999).

Portanto, nasce a partir de uma concepção preventiva visando evitar a cronicidade de uma urgência psicológica, ofertando um cuidado psíquico disponibilizado à pessoa que o busca com sua demanda emocional imediata. O que se torna compreensível diante da realidade vivida

no Brasil na década de 1960, onde qualquer tentativa em prol da liberdade humana de expressar-se por uma democracia era duramente coagida em meio à ditadura militar.

Em 1968, sob a coordenação de Oswaldo de Barros, na época docente da disciplina Aconselhamento Psicológico na Universidade de São Paulo (USP), e por iniciativa de Iara Iavelberg e Rachel Rosenberg, foi estabelecido um acordo entre os departamentos de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FFCL) e o curso para vestibular do Grêmio para a organização do “Serviço de Psicologia do Departamento de Cursos para Vestibular do Grêmio da FFCL da USP” no qual os alunos do 5º ano do curso de Psicologia seriam voluntários na realização de atendimentos na modalidade de Plantão Psicológico, ficando à disposição de quem os procurasse (ROSENBERG, 1987).

Deste modo, era disponibilizado “uma escuta empática e respeitosa, objetivando a expressão dos sentimentos e o esclarecimento das necessidades e demandas do cliente” (VASCONCELOS, 2009, p. 23), que na época, não se constituía como foco dos atendimentos psicológicos ofertados nas clínicas e nas instituições de saúde.

Por sua característica de esclarecer demandas era possível realizar diagnósticos e conseqüentemente encaminhamentos melhor direcionados. Entretanto, vale destacar que o psicodiagnóstico não é o foco do Plantão Psicológico, visto que, o mesmo se constitui enquanto espaço de expressão e cuidado psíquico, auxiliando o cliente a identificar seus impasses urgentes e se possível, trabalhá-los. O que, contudo, considerando a necessidade do cliente, não inviabiliza de fazê-lo.

Entre outros objetivos destacava-se o de:

(...) formar alunos e jovens profissionais para que pudessem refletir de forma mais crítica sobre cuidados psicológicos inseridos num contexto social, naquele momento, em situação de anomia, com privação de direitos, envolvendo sofrimento em vários âmbitos. Visava oferecer aos alunos a possibilidade de experiência nas práticas psicológicas (KOVÁCS, 2009, p. 179-180).

Em consequência da coragem inovadora e militante de Rachel Rosenberg e Iara Iavelberg, respectivamente, o Plantão Psicológico se constituiu como uma resposta aos impasses das clínicas-escolas (longas filas de espera por atendimento), evidenciando-se como um campo de experimentação na área de cuidado psicológico, tendo como metas complementares o engajamento dos graduandos com uma postura crítica e investigativa em relação à saúde pública e à produção de conhecimento e modos de intervenção adequados à demanda populacional que recorre aos serviços públicos de saúde (SCHMIDT, 2004).

Emergia, desse modo, com a percepção da necessidade de ampliar os serviços disponibilizados à população, além de ser um questionamento em relação aos modelos padronizados de atenção psicológica vigentes nas instituições de saúde, ressaltando que “nem todas as pessoas que buscam os serviços psicológicos, necessariamente, precisam submeter-se a um processo longo de psicoterapia para beneficiar-se do tratamento” (CURY, 1999, p. 43).

Embora tendo sua origem no Brasil, Rachel Rosenberg inspirou-se nas *Walk-in Clinics*, modalidade institucional nos Estados Unidos, onde médicos e psicólogos se disponibilizavam para atendimento urgente de clientes.

O Plantão Psicológico foi reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia, pronunciando-se por meio de documento oficial, classificando-o como uma alternativa de atenção psicológica em relação à psicoterapia tradicional, percebido como iniciativa inovadora, rompendo parâmetros (MAHFOUD, 1999).

Quando do seu reconhecimento, destacou-se que o Plantão não pretendia substituir a psicoterapia, haja vista que são modalidades de cuidado psicológico distintas. Enquanto que na psicoterapia é preciso agendar o atendimento com o psicólogo e a sessão tem um tempo de duração estabelecido de cinquenta minutos, no Plantão a procura dos clientes pelo atendimento é espontânea, não havendo necessidade de marcar um horário específico, nem a pré-determinação do tempo da sessão.

No Plantão, se lida com a queixa enquanto sintoma de uma demanda. Por vezes, quando o cliente procura ajuda profissional neste setor para sua urgência chega, com uma queixa e ao longo do atendimento desvela-a a sua real questão urgente. Neste sentido, o Plantão pode ter a função de iniciar um processo de reorganização do self, esclarecendo uma problemática, constituindo-se como um espaço de expressão e acolhimento de angústia, sendo “um processo com começo, meio e fim” (CHALOM E COLS. 1999, p. 180).

Sobre os pilares de sustentação desta modalidade de atenção psicológica a instituição deve manter uma sistematicidade na oferta deste serviço e o plantonista deve se preparar para a eventualidade de um único encontro com o cliente. Na perspectiva do cliente, trata-se de uma possibilidade de cuidado psicológico para algum momento de impasse psíquico urgente.

O plantonista deve informar a pessoa atendida sobre a probabilidade de o encontro ser único, pois a perspectiva desse encontro singular é reorganizador, podendo gerar modificação interna nos participantes, considerando que o conhecimento da possibilidade de uma única sessão, ou poucas, pode fazer com que o cliente selecione o que é relevante para si diante de sua urgência psicológica, expressando tal conteúdo no seu atendimento no Plantão.

Ter um atendimento psicológico disponível no momento em que ocorre uma demanda emocional urgente diminui a ansiedade e angústia, possibilitando o surgimento de recursos inerentes à pessoa, para que esta busque soluções para o seu impasse. Outra evidência é que o Plantão gera uma economia para o sistema institucional que o disponibiliza, promovendo encaminhamentos internos e externos bem melhor direcionados, pois são decididos conjuntamente entre plantonista e cliente (CURY, 1999).

As ações do plantonista são pautadas nas atitudes facilitadoras, sendo suas intervenções dependentes da necessidade e motivação interna da pessoa atendida, cujas demandas variam em complexidade e podem relacionar-se à necessidade de esclarecimento de dúvidas sobre assuntos simples ou técnicos.

No contexto hospitalar é comum a necessidade de esclarecimento acerca da doença, procedimentos técnicos, assim como, queixas a respeito dos sentimentos de angústia, medo, manifestações de ansiedade, desespero, culpa, entre outros. O plantonista, orientado pela Abordagem Centrada na Pessoa, não intenciona “arrancar” sentimentos ruins do cliente, mas auxiliá-lo a encontrar o sentido que eles têm naquele momento, auxiliando-o a reorganizar sua experiência.

Desse modo, plantonista e cliente, conjuntamente, buscam na vivência imediata do segundo, suas potencialidades que precisem ser desveladas, cuja escuta, expressividade do plantonista e seu interesse em ajudar o cliente, desempenhem função primordial.

Destaca-se ainda que ao ser acolhida, por intermédio das atitudes facilitadoras do plantonista, a partir da relação intersubjetiva estabelecida entre este e o cliente, a pessoa experimenta um ambiente de segurança que facilita a abertura a novas possibilidades de compreensão de si e começa então a integrar elementos que estavam fragmentados em seu ser, iniciando um processo de mudança.

O atendimento no Plantão Psicológico é concluído quando se alcança o esclarecimento da demanda da pessoa que o buscou, mudando ou ampliando a percepção da própria situação e da problemática em que ela se encontrava, isto é, o término do processo de atendimento no Plantão acontece quando além do plantonista, o próprio cliente tem clareza da demanda. Caso contrário, é aconselhável outra sessão.

Se o cliente atendido nesta modalidade está ciente da sua própria problemática e busca ajuda, tem a responsabilidade de decidir com o plantonista, como quer encaminhar seu próprio processo, caso isso se revele necessário. Cabe ao plantonista orientar o cliente, dando-lhe as informações necessárias para compreender a instituição bem com as alternativas que ela

oferece, além de esclarecer-lhe sobre outras possibilidades de recursos disponíveis na comunidade. Faz-se o encaminhamento, que não é obrigatoriamente, a indicação para algum tipo de cuidado psicológico.

Responder à diversidade e às singularidades das demandas de ajuda psicológica que se apresentam na prática do Plantão apenas é possível quando essa prática estabelece trocas que permitem contar com o apoio de políticas mais amplas do que este serviço pode abranger em uma instituição (SCHMIDT, 2004).

O Plantão Psicológico pode ser instituído em diversas organizações e locais como: aberto a comunidade, na Escola, em clínica-escola do Curso de Psicologia, em hospital, na área jurídica, esportiva, em consultórios e clínicas privadas de psicologia, entre outros. Atualmente no Brasil, ele acontece em creches, penitenciárias, delegacias, tribunais de justiça, grêmios, condomínios residenciais, centros de formação, universidades, empresas, abrigos, hospitais (de emergência e psiquiátricos), centros acadêmicos, de promoção da cultura e do esporte, associações de grupos minoritários, Organizações Não-Governamentais (ONGS) e centros comunitários.

Sobre a eficiência do atendimento psicológico, no formato da psicoterapia, Talmom (1990) concluiu em uma pesquisa com 200 clientes que, 78% deles, quando questionados sobre o que os levou a desistir da psicoterapia, a partir de faltas que ocasionaram seus desligamentos e interrupção do processo terapêutico, afirmaram que não a abandonaram, simplesmente não voltaram porque se sentiram satisfeitos com os resultados da(s) primeira(s) sessão (ões). Sugere-se assim, que uma quantidade pequena de encontros com o plantonista, ou um único encontro, tem função terapêutica e pode ser suficiente para a pessoa atendida iniciar um processo de organização interna e prosseguir sem ajuda psicológica.

O que levaria as pessoas em um período curto, como oferece o Plantão, a apresentarem mudanças após serem atendidas por essa modalidade de cuidado psicológico?

Em sua tese, Perches (2009) defendeu a ocorrência de mudança psicológica em pessoas atendidas no Plantão, entendendo tal mudança como a atribuição de significados às experiências ou sentido às angústias, a partir de um processo de simbolização das vivências no presente imediato. Concluiu que os elementos que facilitam esse processo são: a procura espontânea do cliente pelo Plantão Psicológico motivada pela experiência da angústia; o tempo como uma possibilidade de atualização da historicidade, por meio das peculiaridades do

encontro intersubjetivo no Plantão; o estar na relação, no sentido Buberiano⁸ – evidenciando a importância da reciprocidade e da mutualidade na relação, uma vez que a simbolização adequada ocorre a partir da fala e da escuta genuína de ambos, plantonista e cliente, ao longo do processo e uma disponibilidade emocional autêntica por parte do plantonista trazida por atitudes de aceitação positiva incondicional, empatia e congruência.

A esse respeito, Cury (1999) destaca que:

(...) este serviço tem contribuído para nos aproximar da verdade sofrida que confere realismo ao suor e às lágrimas de nosso povo, mas paradoxalmente tem também aumentado nossa fé no processo dos relacionamentos interpessoais, pelos quais transita e é intensificada a possibilidade de recuperação da dignidade humana em sua mais nobre acepção (p. 129).

Portanto, o benefício propiciado pelo Plantão Psicológico não utiliza como critério o grau de resolubilidade do problema trazido pelo cliente. Não se prioriza como foco do atendimento, a demanda em si, considerada como algo objetivável e destituída dos significados que lhe são atribuídos, mas a pessoa, compreendida como um todo que se revela em suas formas pessoais de expressão, comportamentos, atitudes e emoções, visando conferir-lhe autonomia, facilitando a reflexão na busca de trajetos possíveis de transpor as dificuldades que vivencia.

Wood (1999) refere-se ao Plantão Psicológico como um serviço viável para atender pessoas, que possuem ou não uma situação financeira confortável, em um encontro autêntico, onde se procura disponibilizar a melhor parte de si mesmo à melhor parte do outro com a finalidade de auxiliá-lo a cuidar da mente, corpo e natureza, sendo desta forma, a essência do fazer clínico da psicologia redefinida.

⁸ Buber diferencia formas de existir, nomeando a atitude Eu-Tu como uma relação. O princípio da relação Eu-Tu constitui-se numa atitude de abertura frente aos objetos do mundo, animados ou inanimados, humanos ou não-humanos, materiais ou imateriais; é a atitude pela qual o homem se presentifica e presentifica o outro, pois é uma atitude de reciprocidade e de confirmação mútua (BUBER, 1923; 2001).

2.1 A Produção Científica sobre Plantão Psicológico no Hospital: saberes e práticas compartilhados

Existe produção científica sobre o Plantão Psicológico no contexto hospitalar, sem que pesquisas de revisão sistemática ofereçam uma visão de conjunto dessa área do conhecimento. É escassa a publicação que apresente um quadro geral da evolução desse procedimento nestas instituições.

Diante de tal realidade, julgou-se oportuno realizar um levantamento bibliográfico, buscando contemplar a produção relativa à prática do Plantão Psicológico em hospitais no Brasil, visando delinear um perfil de algumas tendências atuais e perspectivas científicas da área, referente ao período de 1999 a 2009.

As informações coletadas foram organizadas considerando as seguintes categorias: (1) autoria (única, dupla ou múltipla, para mais de dois autores); (2) região geográfica do país; (3) suporte da produção (artigo; capítulo de livro; dissertação ou tese); (4) população-alvo (crianças; adolescentes; adultos; idosos e misto, para mais de uma dessas populações); (5) enfoque teórico e (6) natureza do trabalho (relato de experiência, trabalho teórico ou de pesquisa).

No que se refere aos resultados foi observado apenas 7 trabalhos referentes ao tema, com destaque para os seguintes autores: Cautella (1999), Kovács et al (2001), Moreira (2002), Palmieri (2005), Vendruscolo (2006), Morato et al (2007)⁹ e Perches (2009).

Entre os trabalhos obtidos, 5 (85,7%) são de autoria única e 2 (28,57%) com autoria múltipla. A maioria, 6 (85,7%), foram desenvolvidos no Estado de São Paulo, enquanto que em um percentual de 14,3% não foi possível identificar essa informação. Portanto, as pesquisas estão concentradas na Região Sudeste (tabela I).

⁹ <http://www4.usp.br/index.php/institucional/14683-projeto-atencao-psicologica-realiza-plantoes-com-publico-do-hu>

Tabela I
Região Geográfica e Autoria

Autores	Tipo de Autoria	Região	Frequência	%
Cautella (1999)	Única	-	1	14,3%
Kovács et al (2001)	Múltipla	Sudeste	1	14,3%
Moreira (2002)	Única	Sudeste	1	14,3%
Palmieri (2005)	Única	Sudeste	1	14,3%
Vendruscolo (2006)	Única	Sudeste	1	14,3%
Morato et al (2007)	Múltipla	Sudeste	1	14,3%
Perches (2009)	Única	Sudeste	1	14,3%
TOTAL	-	-	7	100

Fonte: LILACS, ADOLEC, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO, WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos; Indexpsi teses e PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia.

No que se refere aos tipos de suporte das publicações, do total de 7 trabalhos, 2 (28,57%) eram artigos sobre relato de experiência nesta área, 2 (28,57%) dissertações, 2 (28,57%) teses e 1 (14,3%) capítulo de livro (tabela II).

Tabela II
Suporte de Publicação e População Alvo

Autores	Suporte de Publicação	Frequência	%
Cautella (1999)	Capítulo de livro	1	14,30%
Kovács et al (2001) Morato et al (2007) ¹⁰	Relato de experiência	2	28,57%
Moreira (2002) Palmieri (2005)	Dissertação	2	28,57%
Vendruscolo (2006) Perches (2009)	Tese	2	28,57%
TOTAL	-	7	100

Fonte: LILACS, ADOLEC, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO, WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos; Indexpsi teses e PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia.

¹⁰ Op cit.

Em relação às teses e dissertações, apesar de serem submetidas à avaliação da banca examinadora, essas ficam restritas a poucos exemplares distribuídos, dificultando a divulgação das informações continentais. Contudo, esta realidade pode se modificar em função da internet, que promove um contato mais acessível aos trabalhos disponibilizados em sites dos periódicos, instituições afiliadas ou dos próprios autores.

Dentre a população-alvo dos trabalhos obtidos nesta pesquisa, a categoria de adultos foi a que demonstrou maior número com um quantitativo de 4 (57,14%) dos trabalhos realizados; em seguida 1 (14,3%) foi disposto a adolescentes. Com a população mista o índice foi igualmente de 2 (28,57%), abrangendo crianças, adolescentes, adultos e idosos (tabela III).

Tabela III
População Alvo

Autores	População Alvo	Frequência	%
Kovács et al (2001) Morato et al (2007) ¹¹	mista	2	28,57%
Cautella (1999) Moreira (2002) Palmieri (2005) Perches (2009)	adultos	4	57,14%
Vendruscolo (2006)	adolescente	1	14,3%
TOTAL	-	7	100

Fonte: LILACS, ADOLEC, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO, WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos; Indexpsi teses e PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia.

Na investigação direcionada aos trabalhos, quanto ao enfoque teórico, constatou-se a prevalência da Abordagem Centrada na Pessoa, com um quantitativo de 6 (85,7%) trabalhos, sendo que 1 (14,28%) dos dados obtidos não continha informações sobre o enfoque teórico (tabela IV).

¹¹ Op cit.

Tabela IV
Enfoque Teórico

Autores	Enfoque Teórico	Frequência	%
Cautella (1999)	-	1	14,28%
Kovács et al (2001) Moreira (2002) Palmieri (2005) Vendruscolo (2006) Morato et al (2007) ⁹ Perches (2009)	Abordagem Centrada na Pessoa	6	85,7%
TOTAL	-	7	100

Fonte: LILACS, ADOLEC, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO, WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos; Indexpsi teses e PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia.

A respeito da análise das referências quanto à natureza dos trabalhos, observou-se uma maior incidência de trabalhos de pesquisa 4 (57,14%), seguido da implantação do serviço de Plantão Psicológico 3 (43%) (tabela V).

Tabela V
Natureza dos Trabalhos

Autores	Natureza	Frequência	%
Cautella (1999); Kovács et al (2001); Morato et al (2007) ⁸	Implantação de Serviço	3	43%
Moreira (2002); Palmieri (2005); Vendruscolo (2006); Perchers (2009)	Trabalho de Pesquisa	4	57,14%
TOTAL	-	7	100

Fonte: LILACS, ADOLEC, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO, WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos; Indexpsi teses e PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia.

Na aproximação dessas produções foi possível saber que Cautella (1999) implantou o serviço de Plantão Psicológico em Hospital Psiquiátrico de médio porte e de curta permanência, atendendo mulheres em quadro de doença mental. A disponibilização do Plantão

na instituição de saúde mencionada foi compreendida como uma alternativa psicoterapêutica eficiente a ser ofertada em um curto espaço de tempo, considerando a breve permanência dos clientes nesta instituição.

O serviço consistia em colocar à disposição da clientela, um psicólogo preparado para o atendimento, em um lugar do hospital pré-estabelecido e por um tempo pré-determinado. Ao longo do serviço foi possível perceber que houve uma significativa diminuição nos níveis de ansiedade, irritabilidade e agitação das pacientes. Isto permitiu aos profissionais saberem o setor e o grupo psicoterápico que traria maiores benefícios a cada pessoa, pois auxiliava a própria cliente a esclarecer sua demanda pessoal.

Esta experiência com o Plantão Psicológico levou a instituição a reformular sua concepção a respeito da pessoa institucionalizada, deixando de vê-la “como um receptor passivo da ação alheia e foi alçado a condição de agente de seu processo de mudança” (CAUTELLA, 1999, p. 114).

Outra experiência foi a de Palmieri (2005) que em sua pesquisa de mestrado, disponibilizou o Plantão Psicológico em um Hospital Geral de uma cidade do interior do estado de São Paulo, com o objetivo de compreender os desafios e potencialidades deste serviço para os profissionais do hospital. Os contatos com os clientes deste estudo aconteceram na sala destinada aos atendimentos do Serviço de Atenção Psicológica aos funcionários, sendo que os participantes da pesquisa compreenderam a função do Plantão Psicológico como um serviço, no ambiente profissional, seguro e sigiloso.

Ainda no mesmo contexto, Perches (2009) desenvolveu sua tese a partir da oferta do Plantão Psicológico para funcionários de um hospital, também em uma cidade no interior do estado de São Paulo, avaliando o processo de mudança psíquica dos clientes atendidos neste serviço. A análise dos atendimentos sugeriu a presença de um processo de atualização do potencial de autoconhecimento dos clientes que lhes possibilitou readquirir a autonomia. Concluiu que os elementos que facilitam o processo de mudança psicológica a partir da oferta do Plantão foram a procura espontânea do cliente por este serviço motivada pela experiência da angústia; o tempo como uma possibilidade de atualização da historicidade, o estar na relação no sentido Buberiano¹² e uma disponibilidade emocional autêntica por parte do plantonista trazida por atitudes facilitadoras, além de que o Plantão Psicológico é uma intervenção que legitima a demanda imediata do cliente, representando uma alternativa importante de atenção

¹² Op cit

psicológica em instituições, ao constituir-se em uma proposta inovadora por seu caráter inclusivo.

É possível ainda mencionar a experiência de Kovács et al (2001) que levou o Plantão Psicológico para uma Unidade de Cuidados Paliativos. O público atendido abrangeu pessoas com câncer avançado e seus familiares. Os temas levados para o atendimento pelos clientes hospitalizados foram: dor nas dimensões física, psíquica, social, espiritual e distúrbios na comunicação, enquanto dos familiares foram tristeza pela perda e distúrbios na comunicação. A oferta deste serviço no referido ambiente facilitou o esclarecimento de necessidades, expressão de sentimentos e a comunicação das pessoas atendidas.

Já no Ambulatório de Saúde Mental, Moreira (2002) disponibilizou o Plantão Psicológico enquanto objeto de sua pesquisa de mestrado e o avaliou atendendo clientes egressos da primeira internação psiquiátrica. Os clientes revelaram sentimentos de solidão, inutilidade, tristeza, carência de relacionamentos afetivos gratificantes (funcionamento depressivo) e evidenciaram fragilidade diante das circunstâncias da vida (funcionamento paranóico), além de insatisfação sobre o desconhecimento de si e de suas potencialidades.

Os resultados desta pesquisa apontaram a necessidade imediata de um programa de saúde que atendesse a demanda vivenciada subjetivamente pelos clientes, pois no tratamento deles no ambulatório o que se priorizou foi a terapêutica medicamentosa. O Plantão Psicológico revelou que um setting terapêutico acolhedor, permeado de afetividade e de atitudes de empatia e aceitação positiva incondicional, facilitou um diálogo propício à escuta das vivências emocionais dos clientes no exato momento em que buscaram soluções para suas dificuldades, revelando-se como uma possibilidade de resgate da autonomia e da saúde dos clientes.

No Ambulatório de Curados, Vendruscolo (2006) ofertou o Plantão Psicológico enquanto pesquisa de doutorado e a desenvolveu a partir de um estudo de caso. O atendimento no Plantão foi solicitado pela mãe de uma adolescente e logo em seguida disponibilizado a jovem que havia finalizado seu tratamento oncológico.

A queixa inicial era de ansiedade e medo de dormir. No decorrer das sessões, a cliente revelou sua demanda sobre o medo de adoecer (notívago) novamente e religiosidade. O atendimento psicológico configurou-se como um acolhimento existencial e possibilitou a expressão e elaboração de sentimentos e ideias que afligiam a cliente, além de auxiliá-la na construção de um sentido para a sua vivência atual.

Na Universidade de São Paulo um projeto chamado “Atenção Psicológica no Hospital Universitário da USP”, por intermédio da parceria entre médicos e docentes de Psicologia, além de discentes, sob a coordenação de Dra. Henriette Morato na USP, levou o Plantão Psicológico para o Pronto-Socorro e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do referido hospital. Este serviço foi oferecido, objetivando dar atenção psicológica necessária ao público usuário e aos funcionários do hospital. O Plantão foi realizado por estudantes de psicologia no ultimo semestre da graduação e caracterizou-se como a disponibilidade do psicólogo em se dirigir à pessoa para ouvir e dizer algo que contemple o sofrimento naquele momento.

Desta forma, após vislumbrar estas práticas, observa-se que o Plantão Psicológico se expandiu para o contexto hospitalar configurando-se para os plantonistas como uma vivência de um desafio (MAHFOUD, 1999) e para a clientela atendida como uma modalidade de intervenção clínica, respondendo suas demandas urgentes por cuidado da saúde mental.



Capítulo 3

COMPREENDENDO O CONCEITO DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CRISE PSICOLÓGICA



A sociedade contemporânea é caracterizada pela aceleração com que as coisas ocorrem, pela globalização das informações, por mudanças rápidas e contínuas de toda ordem. Nesse contexto, a urgência e emergência são termos frequentes no vocabulário das pessoas.

De acordo com Ferreira (2001), as expressões urgência e emergência, embora originalmente do latim, possuem significados distintos entre si: a primeira, derivada do latim *emergere*, significa “algo que sai, surge, emerge, alguma coisa que não existia ou não era vista e passa a existir e se manifestar”; a segunda deriva do latim *urgenti e* significa “qualidade do que é urgente, pressa, necessidade imediata, aquilo que não pode esperar”.

Os conceitos de urgência e emergência são utilizados e contextualizados no âmbito da medicina, da psiquiatria e da psicologia. Na primeira esfera, o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1451 de 10 de março de 1995, define que “emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato.” Por sua vez, “a urgência é entendida como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.”

Permanecendo na perspectiva médica, Goldim (2003) diferencia emergência de urgência, atribuindo maior gravidade para a primeira pelo fato de que o atendimento não pode ser protelado. Com relação à segunda, o autor afirma que, em geral, o atendimento deve ser feito num período máximo de duas horas.

A emergência é definida como uma condição imprevisível ou inesperada que requer ação imediata, de uma alteração súbita do estado de saúde, ou grave complicação de uma doença que exige cuidados médicos imediatos (REY, 1999).

O Ministério da Saúde publicou o Manual de Resolução Médica de Urgências para fornecer embasamento teórico aos Cursos de Regulação Médica de todo o território nacional. Neste manual não há conceituação do termo emergência. Porém, observa-se a palavra emergência onde se lê: “Emergência ou Urgência.” Deste modo, enfatiza-se o termo urgência, aplicando-o para todos os casos que necessitam de cuidados agudos, sendo definido o “grau de urgência” a partir do “imperativo da necessidade humana” (BRASIL, 2006).

No referido manual é enfatizado que a compreensão de urgência difere em função de quem o percebe ou sente. Para os usuários do sistema de saúde e seus familiares, a urgência pode estar associada a uma ruptura do curso da vida. Para os médicos, a noção de urgência baseia-se no tempo relacionado ao prognóstico vital de cada pessoa. Para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização (BRASIL, 2006).

Mesmo diante do enfoque global do estado de saúde, no que se refere às urgências e emergências, o que se percebe na literatura médica é a premissa básica do tratamento da doença grave, do físico, do patológico.

Na perspectiva psiquiátrica, segundo De Plato (2003) as palavras emergência e urgência estão contextualizadas desde a clínica manicomial, quando os psiquiatras, alicerçados no modelo médico explicativo de Kraepelin, atribuíram a estes um valor clínico particular, justificando a necessidade de internação hospitalar de pessoas contra a sua própria vontade. A ideia de urgência e emergência estava relacionada à enfermidade e periculosidade, legitimando a internação psiquiátrica.

Iluminado pela luta antimanicomial, o autor acima mencionado redefine as condições de urgência e emergência psiquiátrica, propondo emoções de emergência e emoções de bem-estar, sendo aquelas influentes no pensamento até a irracionalidade, provocando uma desorganização entre a pessoa e seu ambiente. A psiquiatria começa a reconhecer que as emergências possuem natureza subjetiva e social e que podem ser desveladas por emoções e fatores ambientais.

O conceito de emergência na psiquiatria é reforçado, assinalando tratar-se de qualquer perturbação nos pensamentos, sentimentos ou ações, para a qual a intervenção terapêutica imediata é necessária (KAPLAN; SADOCK; GRABB, 1997).

A concepção de urgência indica a necessidade de um pronto atendimento, propondo a internação somente em casos específicos. *Em la urgência, el psiquiatra no es convocado para curar (...) sino para saber tomar bajo su cuidado a una persona permitiéndole reconstruir sin dolor um recorrido de cambio*¹³ (DE PLANTO, 2003, p. 4).

Além dos serviços psiquiátricos oferecidos nos hospitais gerais, há a modalidade de atendimento sob a forma de Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM). Nesses serviços, promove-se o vínculo dos usuários a um tratamento ambulatorial, evitando seu desligamento da comunidade ao se ofertar um modelo de atenção psíquica que rompe, processualmente, com a prática hospitalocêntrica.

Este modelo realiza suas ações alicerçado na clínica do acolhimento: disponibilizar escuta e atendimento imediato para quem procura ajuda. O acolhimento pode ser compreendido como o instrumento mais importante de um serviço de urgência, que possibilita

¹³ Na urgência o psiquiatra não é convocado para curar (...) senão para saber tomar sob seu cuidado uma pessoa, permitindo-lhe reconstruir sem dor um evento de mudança (TASSINARI, 2003).

criar um lugar onde a desorganização e a reorganização do self podem coexistir em uma relação dialética enquanto possibilidade de ressignificação (FRANÇA, 2005).

Sobre isso, Rayol (2008) destaca que:

(...) as urgências psiquiátricas preconizam o mesmo imediatismo defendido na assistência aos casos definidos como urgentes pela clínica médica, embora já destaca que nesses casos a natureza subjetiva e social deflagradas por emoções e por ocorrências ambientais aproximando-se mais de uma visão do homem como um todo que considera sua saúde física, mental, psicológica, moral e social (p. 23)

A urgência pode ser compreendida como toda situação de crise e agravo da saúde que ocasiona sofrimento psíquico e requer um pronto atendimento. Em pesquisa realizada na rede mundial de computadores (WEB), foram encontradas diversas universidades americanas que oferecem Serviço de Emergência ou intervenção em crise, por meio de centros de aconselhamento. Nestes, a crise emergente e crise urgente se diferenciam, sendo a primeira definida em função do risco que a pessoa pode causar a si própria ou a outros, a partir de overdose ou de um surto psicótico (TASSINARI, 2003). Por outro lado, a urgência psicológica caracteriza-se quando o indivíduo está perturbado emocionalmente ou é incapaz de se cuidar, expressando comportamentos incongruentes no seu cotidiano.

No hospital os sujeitos vivenciam situações de emergência e urgência médica, incluindo um processo crítico na perspectiva psicológica. Todo o aparato tecnológico dos hospitais não é suficiente para livrar a pessoa de tudo o que aflora nas situações de emergência e urgência. Nenhum diagnóstico e prognóstico será suficiente para tranquilizar aquele que necessita de ajuda, pois ocorre uma quebra das suas convicções: fala-se da urgência subjetiva, que extrapola as barreiras do orgânico e do racional (COPPE & MIRANDA, 1998).

Ao vivenciar o processo de adoecimento, a pessoa experiencia modificações na percepção e na consciência de tempo e espaço. “Perde-se o controle sobre o tempo promovendo a descontinuidade na dimensão temporal do psiquismo e na dimensão físico-espacial do ‘corpo mutilado’” (RAYOL, 2008, p. 26). Essa repentina ruptura pode gerar a sensação de desequilíbrio e surgimento da crise psicológica, repercutindo também no grupo familiar.

O termo crise é utilizado na Medicina e na Psicologia associados a eventos traumáticos ou à psicopatologia, evidenciando a necessidade de intervenção imediata. A crise se manifesta por intermédio de uma experiência que causa a descontinuidade do processo da vida. Se a intensidade da crise aumenta, ocorre um processo de despersonalização.

A emergência da crise provoca uma descontinuidade na percepção de nossa vida de forma coerente, pois mais importante do que o nível do traumatismo sofrido pela pessoa é o inesperado da nova situação que lhe é exigido viver (MOFFATT apud RAYOL, 2008, p. 26).

O surgimento da crise traumática provoca um sentimento de descontinuidade, desencadeando diversas reações emocionais no processo adaptativo ao estresse ocasionado pela crise (SEBASTIANI, 1998).

Em situações de urgência e emergência em hospitais, a iminência do risco de vida é a principal preocupação da equipe de saúde. Entretanto, é relevante considerar também a compreensão da crise. Essa desorganização se estende pelo físico, psicológico e social de uma pessoa, afetando o paciente, seus familiares e a equipe de saúde que o atende. O entendimento da pessoa em crise nos hospitais deve englobar a relação dos indivíduos envolvidos no enfrentamento da crise: a pessoa doente, a família e a equipe de saúde.

Rayol revela sua percepção a respeito da sua atuação no contexto hospitalar sobre a experiência da equipe de saúde mobilizada frente a determinados pacientes:

Muitas vezes, a solicitação de atendimento psicológico por parte da equipe de saúde para o paciente choroso, traumatizado, tetraplégico, crônico, por exemplo, era mais uma necessidade da equipe em diminuir a sua angústia suscitada pelo caso clínico do que do paciente propriamente dito. Assim, há a necessidade médica em salvar a vida daquela pessoa prestando-lhe o tratamento imediato no caso de emergência e a assistência devida nos casos de urgência (...), mas há também a emergência do profissional de saúde enquanto pessoa que tem sua vida atravessada por ocorrências desestruturantes e a urgência enquanto necessidade de cuidado da saúde do profissional (2008, p. 32).

Diante disso, deve-se considerar a preocupação em valorizar a emergência e a urgência do sofrimento da pessoa e não apenas a doença que se considera mais ou menos grave. Embora o risco de vida possa nos conduzir a uma maior preocupação, não se deve desconsiderar os distúrbios agudos da esfera emocional (ALVES, 1992).

Compreende-se que a urgência psicológica demanda o pronto atendimento psíquico, considerando que urgência é fato, requer imediatismo, rapidez, enquanto que as emergências psicológicas referem-se ao que surge na pessoa e é significado por ela como emergencial permeado por sua subjetividade, englobando o que acontece no seu mundo interno e externo.

A heterogeneidade desses conceitos ultrapassa os limites do hospital e do biológico, atingindo qualquer esfera do processo de viver, no qual as pessoas, ao longo do ciclo da vida, experienciam situações complexas e imprevisíveis. Todas essas situações podem ocasionar o

surgimento de crises, onde os indivíduos se defrontam com o inesperado, gerando a necessidade de um pronto atendimento psicológico.

O conceito de urgência psicológica enquanto expressão de pronto atendimento psíquico traz em sua compreensão a importância de ações preventivas, incluindo uma mudança no enfoque da doença para a promoção da saúde integral. Destaca-se que todas as necessidades humanas e suas motivações podem ter um sentido emergencial para quem as vivencia. Assim, observa-se o Plantão Psicológico como a clínica do acolhimento das urgências.



Capítulo 4

O CAMINHO PERCORRIDO: método



A pesquisa qualitativa, utilizada pelas ciências humanas, busca coletar informações sobre o fenômeno estudado, compreendendo como qualidade um aspecto da experiência que se diferencia dos demais para distinguir ou identificar essa experiência. Ela estuda o fenômeno humano, polissêmico e repleto de sentido.

O termo fenômeno é proveniente da expressão grega *faínomenon* e deriva do verbo *faínestai* que significa “mostrar-se a si mesmo”. Portanto, *faínomenon* significa “aquilo que se mostra, que se manifesta” (MARTINS & BICUDO, 2003).

Na pesquisa qualitativa a ideia de fenômeno tem o sentido do objeto, entidade que se mostra em um local situado:

Como exemplo, pense-se em ciúme, depressão, hostilidade, medo etc. estes fenômenos, cada um deles, só podem se mostrar enquanto situados. Ou seja, só se mostram em situação onde alguém (um ser específico) está sentindo ciúme, depressão, etc., e o acesso a eles se dá pelo sentir e indiretamente por meio da descrição do sentir ciúme, depressão etc (MARTINS & BICUDO, p. 22, 2003).

Esta abordagem visa lidar com um corpo qualitativo de dados e informações sobre o objeto a ser estudado, exprime a qualidade, a característica, o modo de ser de um objeto, sua natureza e essência a partir da relação da pessoa no mundo e com o mundo. Nela, busca-se compreender o objeto de pesquisa, partindo do vivido.

Neste tipo de pesquisa, entende-se que há uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, pois tudo que o sujeito apreende está inserido em um contexto de significados próprios de suas tendências culturais e individuais. “Há um vínculo indissociável entre mundo subjetivo e objetivo e uma interdependência entre o sujeito do conhecimento e o objeto de estudo” (CALIL & ARRUDA, 2004, p.189).

Para estudar o ser humano, é necessário compreendê-lo como indivíduo biopsicossocial e explorar sua singularidade. No estudo de um ou poucos casos se ganha na profundidade, na amplitude da discussão, utilizando-se da criticidade e originalidade. Este método vai ao encontro da essência do fenômeno, o fenômeno humano em sua totalidade e em sua relação com o outro, inclusive com o próprio pesquisador.

A pesquisa qualitativa fenomenológica é uma pesquisa de natureza, contrapondo-se a de extensão. A primeira ocorre quando se pretende saber o que determinada coisa é, utilizando as palavras mais do que os números, enquanto que a de extensão, ao contrário, se está interessado em “verificar se o que já está construído no plano de possíveis teorias ou conceito pode se encontrar nos fatos e em que medida” (AMATUZZI, 2001, p. 17).

A atenção central desse tipo de pesquisa é a compreensão da pessoa, podendo ser simples ou complexa, pois constitui uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada. O estudo qualitativo é flexível, evolui durante o processo de pesquisa, sendo que o desenvolvimento e elaboração do mesmo ocorrem por meio de interação e participação do pesquisador com a população a ser estudada. Deste modo, a investigação qualitativa tem como material básico as expressões dos sujeitos com suas formas de significar o mundo.

Em pesquisas qualitativas busca-se escutar, analisar, refletir, descrever, interpretar a totalidade das expressões e desvelar o sentido oculto das impressões em busca de uma compreensão verdadeira do outro. O pesquisador investiga o fenômeno da maneira como ele é vivido pela pessoa, buscando desvelar o processo de experienciação da mesma. O pesquisador se propõe, por meio da compreensão do sujeito, a encontrar os sentidos que ele atribui a sua experiência.

A atividade humana deve ser compreendida na sua historicidade concreta e percebida sob vários significados e valorações que a acompanham em seus diferentes momentos. Por meio dessa concepção é indispensável à investigação qualitativa, considerar a história de vida do indivíduo, dando relevância à compreensão que este atribui a sua vida e as possíveis alterações vividas em seu meio (CORRÊA, 2008).

Martins e Bicudo (2003, p. 43) esclarecem a respeito da análise desenvolvida na pesquisa qualitativa, afirmando ser

(...) uma análise que se estende daquilo que o homem é na sua positividade (vivendo, falando, trabalhando, envelhecendo e morrendo) para aquilo que habilita esse mesmo homem a conhecer (ou a buscar conhecer) o que a vida é, no que consiste a essência do trabalho e das leis, de que forma ele se habilita ou torna-se capaz de falar.

Para buscar a subjetividade contida no fenômeno humano, o método qualitativo utiliza técnicas que pretendem revelar os sentidos atribuídos aos fenômenos pesquisados. Procura-se compreender a experiência que a pessoa tem, as representações formadas e os conceitos que elabora. “Esses conceitos e experiências comunicados são dados analisados na pesquisa qualitativa” (CHIZOTTI, 1991, p. 84). Contudo, este tipo de pesquisa não despreza dados quantitativos, por vezes, importantes para a compreensão de determinado fenômeno.

Uma maneira de realizar pesquisa qualitativa é utilizar o método clínico. Trata-se da relação entre alguém, que pediu ou precisou de ajuda psicológica, e a plantonista, que se dispôs a acolher a angústia da pessoa que sofria. Assim, esta pesquisa perpassou por uma relação onde

houve dor e sofrimento, escuta e cuidado (TURATO, 2003).

Através deste método foi realizado o estudo de seis casos atendidos no plantão, incluindo como delineamento do estudo: a) o atendimento; b) a transcrição deste; d) discussão do material coletado no Laboratório de Estudos do Luto e Saúde (LAELS) e c) análise dos dados.

Destaca-se ainda que, buscando identificar o perfil da clientela atendida, foram considerados aspectos quantitativos relevantes referentes às especificidades dessa clientela.

4.1 Considerações sobre os Procedimentos Iniciais

Como procedimento metodológico, partiu-se da disponibilização do cuidado psíquico na modalidade de Plantão Psicológico no CTI do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), em Belém - Pará. Vale destacar que em visita realizada ao referido hospital no dia 27 de agosto de 2008, com o objetivo de ambientação para elaboração do projeto de pesquisa, manteve-se contato com uma psicóloga que atuava naquela ocasião no CTI, juntamente com dois estagiários de psicologia sob sua orientação.

Na visita preliminar foi possível identificar as condições para realização da atividade, sendo definido o Plantão Psicológico como um espaço em que a plantonista estaria disponível em um tempo e lugar determinado, acolhendo aqueles que demandariam o Plantão; desse modo, a plantonista aguardaria um fluxo de demandas dos familiares ou de qualquer integrante da equipe de saúde daquele setor.

4.2 Universo da Pesquisa

O estudo foi realizado no CTI do HUJBB, sendo disponibilizados dois dias por semana para a oferta do Plantão, no período de quatro meses, totalizando 32 dias de realização da pesquisa. A demanda deveria ser espontânea e a divulgação do Plantão foi realizada através de folhetos, cartazes informativos e comunicação oral da plantonista. O Plantão Psicológico foi disponibilizado na antessala do CTI todas as quartas-feiras no horário de 15h00 as 18h00 e aos sábados das 09h00 às 12h00.

A oferta do Plantão Psicológico no CTI para profissionais e familiares nesse setor, tratou-se de uma aplicação original disponibilizada com o intuito de potencializar os recursos

peçoais do grupo em questão no referido ambiente, sendo acertado que o atendimento psicológico ao paciente seria realizado pelo psicólogo daquele setor.

Vale destacar, que o Plantão Psicológico não se caracterizava como simples aplicação de uma modalidade de cuidado psicológico, mas de uma expansão do Plantão e atualização da atenção a mim, enquanto plantonista, de maneira que atenta à minha própria experiência, me disponibilizasse no contexto do CTI, mobilizando similar atenção em quem atendesse. De forma que disponível ao encontro com o outro, favorecesse a capacidade do cliente de se desenvolver, evoluir, de avaliar a sua situação externa e interna, compreendendo a si mesmo no seu contexto e fazendo escolhas construtivas relacionadas aos próximos passos na vida.

A escolha de levar o Plantão Psicológico para o CTI foi baseada na minha identificação em atuar no ambiente hospitalar e por este motivo, em experiências profissionais anteriores, ter estabelecido contato com a equipe multiprofissional atuando nos centros intensivistas, bem como com a dor dos familiares, desencadeando o desejo de me disponibilizar profissionalmente, para oferecer um cuidado psicológico resiliente à dinâmica e demandas psíquicas inerentes a esse contexto.

A opção pelo CTI do HUIBB ocorreu em virtude deste hospital ter vínculo institucional com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA, além de pertencer à rede pública de saúde e por esta razão ser acessível à comunidade.

Poder contar com um público com perfil diversificado foi uma das intenções desta pesquisa. De modo que o atendimento aos profissionais e familiares no contexto do CTI pudesse contribuir também para considerável parcela de pessoas desprovidas de recurso financeiro e, por isso, impossibilitada de ter um cuidado psicológico particular, de maneira ampla, ainda que sutil, como um cuidado psíquico que promovesse saúde e conseqüentemente um posicionamento mais ativo, crítico e congruente diante de questões sociais, políticas e culturais presentes na realidade da população paraense, no âmbito da atenção à saúde.

Historicamente o hospital escolhido para realização desta pesquisa, funcionou como Sanatório de Belém, sendo adaptado para atender as demandas de hospitalização para tuberculosos, tendo sua inauguração oficial em 6 de janeiro de 1957, realizada pelo então Presidente da República Juscelino Kubitschek e pelo Ministro da Saúde Maurício Medeiros, passando a se chamar “João de Barros Barreto”, em homenagem ao sanitarista que estava à frente do Departamento Nacional de Saúde, realizando campanha contra a epidemia de tuberculose no país.

Em seguida, por meio da portaria nº 337 de 1º de novembro de 1983, o então ministro da Saúde Waldir Arcoverde altera a denominação para Hospital João de Barros Barreto. Finalmente, em 1990, em função do Termo de Cessão de Uso firmado com a UFPA, passou a ser denominado Hospital Universitário João de Barros Barreto.¹⁴

Atualmente, funciona como uma Unidade de Referência Especializada (URE) em doenças infecto-contagiosas. Contudo, o seu CTI tem o objetivo de concentrar três componentes: os doentes mais graves, o equipamento técnico mais sofisticado e a equipe profissional com conhecimento e experiência para lidar com essa aparelhagem específica e o cuidado com os pacientes em situação crítica ou limite. Possui 10 leitos e atende o hospital recebendo desde crianças a idosos, além de outras instituições de saúde do interior e capital, desprovidas de CTI, de acordo com as vagas disponíveis. Por isso, encontram-se neste local, pessoas com problemas graves de saúde com as mais diversas causas, desde picada de cobra venenosa, câncer e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

4.3 Colaboradores

São colaboradores do estudo, todos aqueles que demandaram espontaneamente o plantão, considerando ainda o estudo aprofundado de seis casos clínicos cujas pessoas são identificadas por nomes de flores.

Quanto à seleção dos sujeitos da pesquisa, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pessoas maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, que fosse familiar de quem estivesse hospitalizado no CTI ou funcionário deste setor. Como critérios de exclusão, destacaram-se as pessoas menores de 18 anos, que estivessem sob curatela, apresentassem quadros alucinatorios e delírios, assim como aqueles que recusassem o aceite de participação da pesquisa.

A participação do sujeito na pesquisa foi totalmente voluntária, sendo que nenhum participante envolvido no estudo recebeu algum tipo de remuneração financeira. A todos foi garantido retirar-se da pesquisa assim que desejassem, sem qualquer forma de represália ou prejuízo quanto ao atendimento psicológico.

¹⁴ Cf. <http://www2.ufpa.br/webhujbb/>

4.4 Contatos Iniciais

Requerei autorização da administração do hospital por intermédio de documento, recebendo consentimento desta para iniciar a oferta do Plantão Psicológico nas dependências do CTI. Adequiei a oferta do Plantão aos horários deste setor, para atender o público estipulado quando este solicitasse ajuda psicológica, abrindo uma possibilidade de cuidado psíquico no momento em que fizesse mais sentido solicitá-la e expressar o que se desejasse.

Primeiramente, visitei o CTI do HUIBB com a intenção de conhecer a estrutura física e a dinâmica deste local, assim como conversar com a psicóloga hospitalar atuante no CTI, coletando informações para planejar a oferta do Plantão Psicológico no referido ambiente.

Foi importante identificar os horários de visita: de 10h00 às 11h00 e de 16h00 às 17h00, todos os dias, sendo que no período da manhã, durante a semana, são permitidos dois visitantes, entrando um de cada vez, revezando-se no tempo total disponibilizado. Conheci também o trajeto da portaria do hospital até o CTI, a antessala de espera e os leitos do referido setor.

Pude saber que circulam vários profissionais intensivistas no CTI, trabalhando por turnos. Um profissional só sai quando chega outro para substituí-lo. Este centro funciona 24 horas por dia e conta com as seguintes categorias: médicos, estudantes de medicina, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, estudantes de fisioterapia, psicólogos, estagiários de psicologia, faxineiros, nutricionista e assistente social.

Na ocasião da visita ao CTI conversei com uma enfermeira atuando neste local e obtive a informação de que aos sábados de manhã, a frequência de familiares era maior. Portanto, decidi por dois dias na semana para ofertar o Plantão Psicológico, nas manhãs de sábado e nas quartas-feiras à tarde, hipotetizando aumentar a probabilidade de encontrar maior número de pessoas nos dias escolhidos.

Pude constatar que o ambiente do CTI apresenta uma série de características sensoriais específicas. A temperatura geralmente é fria e mantida constante por aparelhagem de ar condicionado central. Há também um odor no ambiente, uma mistura de cheiros: desinfetante, medicações, materiais para curativos e secreções. O ambiente é claro, iluminado artificialmente por luz fluorescente. Existem muitos ruídos, desde vozes dos profissionais até os sons da aparelhagem, com seus alarmes sonoros que preenchem o local. A sensação era de uma quase abolição da noção de tempo e um isolamento do mundo exterior.

A primeira vez que entrei na antessala de espera, onde me disponibilizei como plantonista, senti algo que defino como ausência. Ausência de alegria, de um objeto, cor, de algo que pudesse levar sentidos de vida para aquele ambiente. Porém, no quarto mês de oferta do Plantão Psicológico esta sala recebeu alguns objetos que modificaram para melhor a minha percepção daquele ambiente. Na parede antes vazia, encontrava-se um quadro grande com o tema de rosas e na parede oposta, um cartaz educativo a respeito da necessidade dos procedimentos de higiene para adentrar e permanecer naquele setor. Sobre uma mesa pequena, foi colocada uma bandeja com um pano simples e bordado, forrando-a, e que continham garrafas térmicas com café e leite, além de copos descartáveis.

Essas mudanças, aparentemente singelas, foram de extrema significância para os familiares e para mim. As compreendi como um cuidado com as pessoas que frequentavam aquele local, sendo comentadas com agrado por eles: “Agora melhorou, amenizou aquele clima de morte aqui dentro!”.

4.5 Procedimento da Pesquisa e Análise dos Dados

Após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e mediante autorização prévia da Direção do referido hospital, foi dado início ao trabalho. Os objetivos da pesquisa foram explicados a todos os participantes, assim como o fato de que os atendimentos seriam gravados. Os que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme especificado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, a fim de que os atendimentos fossem utilizados para análise.

A coleta de dados se consistiu nos atendimentos no Plantão Psicológico e transcrição destes, além de informações coletadas a partir de uma ficha de identificação. Posteriormente os resultados foram analisados e discutidos, considerando o referencial teórico da Abordagem Centrada na Pessoa, a partir do seguinte processo:

- 1) Visão global do conjunto de depoimentos, buscando captar o sentido diante do objeto de pesquisa;
- 2) Destaque e divisão dos relatos em unidades de significados, constando de uma divisão textual em parágrafos;

- 3) Transcrição de cada unidade de significados em linguagem psicológica;
- 4) Síntese textual extraindo a estrutura do vivido de cada participante;
- 5) Mediante a estrutura do vivido, se configurou um resultado deste estudo e se constituiu a discussão, considerando o referencial teórico (GIORGI, 1985).

Nos quatro meses de oferta do Plantão Psicológico no CTI permaneci escutando cada pessoa como ser único, com demandas singulares. Por meio de análise fenomenológica realizada a partir de seis atendimentos, foi possível categorizar em unidades de significado a experiência das pessoas atendidas, ressaltando que todos os nomes mencionados são fictícios.

Esta pesquisa não ofereceu riscos a seus participantes, considerando que os atendimentos na modalidade de Plantão Psicológico favoreceram a expressão e a autopercepção de ideias e sentimentos referentes à condição de urgência psicológica das pessoas atendidas.

Durante todo o período de oferta da modalidade de cuidado psicológico em questão, os atendimentos foram discutidos em supervisões semanais e no Grupo de Estudos do Luto - LAELS¹⁵. Nestas reuniões, eram debatidos sobre o que era observado no contexto do CTI e como eu, enquanto plantonista me sentia ao longo da disponibilização do Plantão.

¹⁵ LAELS: projeto de extensão da Faculdade de Psicologia e do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFPA, desenvolvido no HUIBB, caracterizando-se enquanto espaço interdisciplinar de diálogo e prática acerca do luto e saúde.



Capítulo 5

SEMEAR E GERMINAR



5.1 Divulgando o Plantão Psicológico

Para que a oferta do Plantão Psicológico começasse foi preciso comunicar às pessoas naquele ambiente sobre a existência do mesmo. Planejou-se uma divulgação do Plantão por intermédio da elaboração de um folheto e cartaz contendo informações relevantes, sucintas e claras para quem o lesse.

Ambos foram confeccionados, refletindo-se sobre a singularidade das pessoas que naquele ambiente do CTI poderiam viver momentos de urgências psicológicas, sendo profissionais ou familiares. Desejou-se que o texto, tanto no folheto como no cartaz, fosse um convite acolhedor para um espaço oportuno (Plantão Psicológico) para cuidar de si em uma ocasião de necessidade.

A única diferença entre os dois foi o tamanho e local onde seriam disponibilizados. O cartaz foi impresso em papel tipo A4 e anexado em um mural no corredor principal do segundo andar, próximo a entrada do CTI. Foi anexado ainda na parede do corredor interno de acesso ao CTI, como também, na parede da antessala de espera.

Com exceção do cartaz no corredor externo, os demais foram retirados por funcionários do hospital responsáveis pela limpeza, em função da necessidade de higiene do CTI. Por esse motivo os folhetos foram utilizados em maior volume.

Ainda sobre o conteúdo dos recursos de divulgação, entendeu-se, no seu processo de elaboração, a necessidade de se incluir a informação de que os atendimentos no Plantão Psicológico seriam gratuitos. Desta forma, pretendia-se extinguir qualquer possível lacuna na mensagem convite almejada para o folheto e cartaz que impossibilitasse a equipe multiprofissional de saúde do CTI e os familiares das pessoas internadas neste local, de buscarem o Plantão, a não ser por seus próprios desejos de não fazê-lo.

A divulgação ocorria da seguinte maneira: eu chegava no CTI e cumprimentava os profissionais daquele setor me apresentando e entregando-lhes os folhetos, concomitantemente, que lhes falava sobre as informações que eles continham, disponibilizando-me para atendê-los quando precisassem e desejassem, em conformidade com os horários de oferta do Plantão.

Em seguida, dirigia-me para a antessala de espera. Sentava em uma das cadeiras e me apresentava para cada familiar que estava naquele ambiente ou que ali chegasse, entregando-lhes os folhetos e falando igualmente sobre o conteúdo que eles continham, permanecendo neste local até uma hora a mais após o término dos horários de visita.

Como o comparecimento dos familiares nos horários de visita dependia de seus entes estarem internados no CTI, conforme recebiam alta deste setor ou faleciam, o leito era desocupado e em seguida ocupado por outra pessoa enferma. Consequentemente, novos familiares surgiam tornando necessário manter constante a divulgação do Plantão Psicológico. Portanto, a divulgação aconteceu até o término da oferta desse tipo de cuidado psíquico no ambiente em questão.

A divulgação por meio da comunicação oral realizada por mim desvelou-se mais mobilizadora que o folheto. Contudo, este se fazia necessário por conter impressos os dias e horários da oferta do Plantão, assim como o meu nome, ratificando o que eu informara.

Em diversas situações, por mais que se distribuíssem os folhetos, as pessoas se interessavam somente em escutar as informações que eu comunicava e me pediam para repetir os dias e horários do Plantão Psicológico no CTI, com a intenção de memorizá-los. Tranquilizavam-se apenas quando eu repetia a informação e ressaltava que o folheto as continha. Este, então, era guardado por eles.

O único procedimento que mudou foi a divulgação do Plantão para os profissionais. Para estes, por freqüentarem o CTI diariamente em função dos seus vínculos empregatícios no hospital, a divulgação foi um processo informativo e educativo inicial, pois com o passar do tempo, já sabiam quem eu era e que estaria nos dias e horários pré-estabelecidos, disponibilizando atendimento na antessala de espera, estando neste local semanalmente. Bastava chegar ao CTI, cumprimentar os profissionais, compreendendo que este cumprimento era uma forma de comunicar minha chegada e permanência na antessala de espera, disponível para atender quem me procurasse na ocorrência de sua urgência psicológica.

Um acontecimento significativo no processo de divulgação foi que, ao longo do tempo, alguns familiares aos quais eu havia me apresentado e informado sobre o Plantão, passaram a espontaneamente divulgá-lo, mesmo na minha presença, para outros familiares na ante-sala de espera do CTI. Passaram também a estimular que outros usassem o serviço, como por exemplo, quando chegava alguém visivelmente abalado e chorando, por causa das circunstâncias que o levava a freqüentar o ambiente do CTI, como observado na indicação de um familiar atendido: “Vai lá, fale com a doutora! Tu vais ver como vais se sentir melhor!”.

A oferta do Plantão Psicológico na antessala de espera e enquanto plantonista, a postura de consideração positiva incondicional, propiciou a existência e expressão de consideração positiva entre os próprios familiares naquele ambiente, acolhendo-se mutuamente.

Nessas ocasiões reagia agradecendo a quem fizera o “encaminhamento” e concomitantemente, educava as pessoas presentes, principalmente quem acabara de chegar, e as acolhia, dizendo-lhes que estaria a disposição para atender à quem decidisse me procurar no Plantão Psicológico, no momento que desejassem escolher fazê-lo.

5.2 Quem buscou o Plantão Psicológico?

No período de quatro meses de desenvolvimento desse estudo, 25 pessoas solicitaram atendimento. De modo geral, eram adultos, de ambos os gêneros e com faixa etária variada. Morando na capital, havia 10 (40%) pessoas, enquanto a maioria, 15 (60%), residia em bairros periféricos ou no interior do estado do Pará, em municípios como Breves, Marabá, Portel, Moju, Castanhal, Curuçá e Santo Antônio do Tauá.

Estes vieram para capital paraense em função do grave estado de saúde dos seus familiares e a inexistência de serviço de saúde que dispusesse de tecnologia profissional especializada, estrutura e equipamentos para atendê-los nas localidades de origem. Existiam ainda duas pessoas, um homem e uma mulher provenientes de outros estados brasileiros: Manaus e Rio de Janeiro, respectivamente.

Eram pessoas com escolaridade variadas, desde o Nível Fundamental incompleto até o Superior com Pós-Graduação. Sobre suas sustentabilidades alguns estavam desempregados; por vezes isso acontecia em função de se disponibilizarem a cuidar do familiar enfermo, sustentados pelos cônjuges, empregados ou aposentados, ganhando entre trezentos a três mil reais, cujas ocupações variavam entre dona de casa, lavrador, serralheiro, estudante, pescador, vaqueiro, enfermeira, pedreiro, fisioterapeuta, vendedor e profissional autônomo.

Quando provenientes do interior, chegavam à capital, às vezes, após dias de viagem, nos seguintes meios de transporte: barco; ônibus intermunicipal; ambulância; em carro particular ou de algum conhecido que lhes prestava ajuda. Era frequente que aqueles, provenientes de outros municípios ficassem na casa de parentes ou amigos na capital. Os que residiam em Belém iam para o hospital de acordo com as seguintes possibilidades: ônibus urbano; carro próprio; taxi ou andando, quando moravam próximo.

Quanto ao grau de parentesco com as pessoas internadas no CTI, destaca-se que 3 (12%) eram esposas, 1 (4%) irmão, 4 (16%) irmãs, 1 (4%) cunhado, 2 (8%) mães, 4 (16%) pais, 5 (20%) filhas, 3 (12%) filhos, 1 (4%) tia e 1 (4%) neta (Tabela 1). Totalizando desta forma, 9 (36%) homens e 16 (64%) mulheres (Tabela 2).

Tabela 1

Divisão por Parentesco

Parentesco	Quantidade	%
Tia	1	4%
Filho	3	12%
Filha	5	20%
Pai	4	16%
Mãe	2	8%
Cunhado	1	4%
Irmã	4	16%
Irmão	1	4%
Esposa	3	12%
Neta	1	4%
TOTAL	25	100%

Fonte: esta pesquisa.

Tabela 2

Divisão por Gênero

Gênero	Quantidade	%
Feminino	16	64%
Masculino	9	36%
Total	25	100%

Fonte: esta pesquisa.

Destaca-se que o perfil da clientela atendida no CTI evidenciou-se em sua maioria (56%) constituído por pessoas do núcleo familiar (pai, mãe e filhos), revelando que os sujeitos com vínculo afetivo mais próximo do indivíduo enfermo eram aqueles que assumiam os papéis de cuidadores¹⁶. Observou-se também que entre os clientes pertencentes ao núcleo familiar não houve predominância de gênero.

Contudo, na totalidade da população que buscou o Plantão para ser atendida, a maioria eram mulheres (64%), casadas ou residindo com o companheiro, tendo como nível de escolaridade predominante o Ensino Fundamental, com faixa etária entre 20 a 75 anos, dependentes financeiramente dos cônjuges ou tendo como renda média mensal um salário mínimo (R\$465,00)¹⁷ (Tabela 3).

¹⁶ Profissionais ou familiares que atuam ou se disponibilizam para cuidar de alguém.

¹⁷ Salário mínimo do Brasil baseado na Lei nº 11.944, em vigor no país até 31.12.2009.

O perfil das pessoas que buscaram o Plantão Psicológico é semelhante ao revelado em uma pesquisa a respeito de ser cuidador familiar, afirmando que este papel foi assumido predominantemente por mulheres, casadas, com média de idade de 54 anos e cuja situação financeira das famílias as quais pertenciam foi modificada pela redução da renda familiar e aumento das despesas em função de se ter um parente enfermo (FONSECA, PENNA & SOARES, 2008).

Tabela 3

Perfil da Clientela Atendida

Gênero	Escolaridade	Faixa Etária	Renda
Feminino	Ensino Fundamental	20 - 75 anos	R\$465,00

Fonte: esta pesquisa.

Quando adentravam a antessala de espera era possível observar uma fisionomia apreensiva, muitas vezes com choro, enquanto outros estavam pensativos ou ansiosos por terem o familiar hospitalizado no CTI há muito tempo ou em determinados casos, há meses, além de estarem exauridos pela rotina imposta após adoecimento e internação de um ente, sentindo-se presos, desejosos de ir embora, como observado nos relatos abaixo:

O meu filho já está aqui no CTI há três meses, é muito tempo num hospital (Relato de uma mãe).

O “cabra” está aí na luta dele pela vida. Não vejo a hora dele sair e ir para casa bem. Isso não é fácil (Depoimento de uma senhora cuja o pai com câncer estava hospitalizado no CTI).

Meu filho tem só 20 anos. Está melhor da infecção generalizada. Ele está muito irritado com a monotonia do CTI, querendo voltar logo para casa e eu também quero que isso aconteça o mais rápido possível (Fala de um senhor cujo filho encontrava-se internado no CTI).

Havia quem questionava o adoecimento do filho enfermo, sentindo indignação em relação a possibilidade de vê-lo falecer antes de si, interrogando o ciclo da vida, e explicitando seu desejo de morrer antes desse:

Não é possível, eu não aceito isso! Como uma mãe pode ficar viva para ver o seu filho morrer antes de si? Eu tenho que ir antes dele. Ele é minha vida! (Relato de uma mãe cujo filho em estado terminal encontrava-se hospitalizado no CTI).

Além de pessoas que me contavam sobre a conseqüência no cotidiano, de ter o cônjuge internado no CTI:

Meu marido é muito querido por todos. (...) Faz muita falta na minha vida. (Fala de uma senhora cujo esposo encontrava-se hospitalizado no CTI).

Outros estavam preocupados em providenciar a compra de objetos essenciais para a manutenção da vida de seus entes e com o término ou inexistência de recursos financeiros para manterem-se na capital:

Eu preciso voltar para a minha cidade. Moro em Breves. O meu dinheiro está acabando e não tenho mais dinheiro para ficar aqui. Deixei o trabalho lá nas mãos do meu pai e irmão. (Relato de um jovem senhor cujo filho encontrava-se internado no CTI).

Sobre a tensão de ter um familiar hospitalizado, houve uma senhora, cujo pai internado no CTI, se esforçava para encontrar maneiras de descarregar o estresse e não “descompensar” diante das adversidades:

Minha costa parecia que ia rasgar com aquele estresse todo. Eu ia para a academia, lá tu corres, sua para liberar a adrenalina.

Aconteceu a chegada de uma esposa em estado atônito e intensamente angustiada, pois além da iminente notícia de adoecimento do marido, por motivo ainda desconhecido, lhe foi solicitado o teste Anti-HIV. Além disso, havia a possibilidade dela vir a adoecer também:

Ele estava passando mal e eu cuidei dele em casa, mas foi piorando, piorando rápido demais. Chegou aqui no hospital e o médico mandou levar logo para o CTI. Ele está com pneumonia, mas o médico disse que achou estranho ele adoecer tão rápido. Me fez várias perguntas sobre a vida dele. Eu não sei, sou casada com ele há muito tempo, mas ele trabalha

no interior, viaja muito. O médico pediu um monte de exames para o meu marido. Quer que eu faça teste de HIV também!

Compreende-se assim que muitos fatores contribuíram e motivaram a demanda por assistência psicológica, entre eles o sofrimento diante da possibilidade de perder o parente internado no CTI; o ambiente aversivo do CTI e da antessala de espera; impasses na assistência disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS); esperança de que o familiar melhorasse; religiosidade; receio de perder o emprego; desejo de voltar para casa; dificuldade de transporte até o hospital; cansaço em relação ao contexto vivido, entre outros.

5.3 O Plantão Psicológico Acontecendo

Ao longo da oferta do Plantão Psicológico no CTI, as pessoas foram atendidas em suas urgências psicológicas em um total de 34 sessões divididas em dois tipos de atendimento: individual e grupal. Entre as sessões, 8 foram grupais, constituindo-se em 23,52% do total de atendimentos. Enquanto 26 foram individuais, representando um percentual de 76,48%, evidenciando-se que no Plantão os atendimentos individuais foram predominantes (tabela 1).

Tabela 1

ATENDIMENTOS		
Individuais	26	76,48%
Grupais	8	23,52%
TOTAL	34	100%

Fonte: esta pesquisa.

Ao final do período de quatro meses de oferta do Plantão Psicológico no CTI, nos dias em que esta modalidade de atendimento foi disponibilizada (quarta-feira e sábado) havia atendido 52,17% do total de familiares que compareceram ao CTI nos dias de oferta do Plantão Psicológico (24 pessoas de um total de 46) e 1 atendimento com profissional do setor em questão. O número de pessoas atendidas e de sessões é diferente, uma vez que, tiveram clientes atendidos em mais de uma sessão e vários, em grupo, foram atendidos em uma única sessão.

A quantidade de atendimentos inclui aqueles que participaram das sessões efetivas, ou seja, o profissional ou familiar que solicitou auxílio psicológico para suas urgências no período de oferta do Plantão Psicológico, não considerando as pessoas que passavam na antessala de

espera para me cumprimentar, se despedirem ou aguardarem o horário de visita começar. Contudo, evidenciou-se que essa liberdade de contato permitiu um tatear das pessoas no sentido de ambientarem-se com a minha presença e em ocasião propícia para elas, falarem de si, transformando o contato inicial de outrora necessário.

5.3.1 Atendimento Individual

No segundo dia de divulgação da oferta do Plantão Psicológico aos profissionais e familiares no CTI, me disponibilizei para atender quem buscasse auxílio psicológico. Após cumprimentar os profissionais dentro do CTI sinalizando minha chegada fui para a antessala de espera e encontrei duas pessoas que aguardavam o início do horário de visita. As cumprimentei e me apresentei, informando sobre a oferta do Plantão Psicológico naquele local. Desta maneira, quase que imediatamente após a divulgação, uma das pessoas presentes naquele ambiente acomodou-se melhor na cadeira, virando-se para mim e se expressando, sem se importar com outro familiar também presente:

Eu moro em Manaus, mas já morei aqui em Belém. Vim para cá para participar da formatura da minha filha, mas aí o meu outro filho... Bom, ele que estava adoentado, piorou, veio para o hospital e agora está aqui no CTI, por isso já estou em Belém há cinco meses. Perdi meu emprego, preciso voltar para retomar minhas coisas por lá. (Senhor cujo filho encontrava-se hospitalizado no CTI há três meses).

Consolidou-se desse modo, o primeiro atendimento individual, isto é, um único cliente atendido por sessão no Plantão Psicológico no CTI. Entretanto, o germinar dessa modalidade de atendimento foi observado desde sua divulgação.

A atenção para a dinâmica das pessoas ao buscarem o Plantão Psicológico me indicava como agir em relação a este movimento. A quantidade de clientes por sessão, o tempo de duração, a dinâmica, assim como os encaminhamentos, acompanharam as demandas do que surgia durante os atendimentos enquanto encontros singulares, momentos de extrema riqueza, pois o meu encontro foi com o vivido do outro, em um ambiente onde foi viável traçar hipóteses de possibilidades de funcionamento deles.

Nos atendimentos o que se estabeleceu foi o cliente, eu e o contexto em interação. Um momento que me disponibilizei como plantonista para atender quem recorreu a mim, pedindo ajuda psicológica e expressando o que de mais urgente existia em si.

O que se mantinha como regra pré-estabelecida neste fazer era sempre a disponibilidade para ouvi-los e auxiliá-los em suas necessidades: contactarem com suas próprias experiências em contextos e momentos de suas vidas que, somente eles seriam capazes de significar. O Plantão Psicológico mantinha a proposta de estar acessível para qualquer familiar ou profissional do CTI que o demandasse. Desse modo, atendi pessoas em sessões que duraram de dez minutos até uma hora e quarenta e cinco minutos.

No complexo do CTI, a antessala de espera foi o espaço disponível para ofertar o Plantão. Eu me “plantava” neste local, sem impedir que ele continuasse a ser utilizado para a função na qual se destinava: ser usado pelos familiares enquanto aguardavam o horário de visita.

No início, houve dificuldade em definir quem foi o primeiro cliente, pois os atendimentos aconteciam muitas vezes sem a solicitação clara por parte da pessoa de sua necessidade em ser atendida nessa modalidade de atenção psicológica. Diversas ocasiões, logo após me apresentar e divulgar o Plantão para alguém que eu via naquele local pela primeira vez, a pessoa depois de me perguntar e confirmar se eu era psicóloga, falava sobre o que vivia, contextualizando sua situação para que eu a compreendesse:

O meu pai é quem está lá dentro (CTI). Ele tem 77 anos e fez uma cirurgia complicada no abdômen e precisou vir para cá para se recuperar. (Relato de uma senhora cujo pai estava hospitalizado no CTI).

Nessas condições eu incentivava a expressão do sofrimento antes da visita ao familiar com o intuito de auxiliá-los a esclarecer suas próprias demandas e amenizar tensões, concomitantemente ao acolhimento. Como a intenção dos familiares, ao frequentarem o CTI, era visitar seus entes, assim o faziam. Antes, porém, quando solicitavam o atendimento, pedindo que os aguardassem retornar da visita para atendê-los, novamente eu o fazia.

Vou entrar lá porque o tempo é muito curto para ver meu pai e passa rápido, mas a senhora pode me esperar sair de lá? (Fala de um senhor cujo pai encontrava-se internado no CTI).

Pedidos como este ocorreram em diversas ocasiões e foram atendidos, haja vista, que o próprio horário de oferta do Plantão (09h00s às 12h00 e das 15h00 às 18h00), foi planejado para ultrapassar em uma hora o término do tempo de visita.

Eu chegava ao CTI, também, com uma hora de antecedência em relação ao início do horário de visita. Nessa circunstância, a frequência dos familiares era menor, todavia, diferenciada. As pessoas que estavam ou chegavam com bastante antecedência em relação ao começo do período de visita, geralmente, eram acompanhantes de crianças internadas, podendo ficar 24 horas dentro do CTI, ao lado delas. Estes pais ou responsáveis, de acordo com o observado, se retiravam daquele ambiente em direção à antessala de espera para usar o celular, descansar ou quando a equipe de saúde solicitava, na ocorrência de algum procedimento médico emergencial mais invasivo ou simplesmente para a higienização do paciente.

Deparava-me ainda no horário em questão, com pessoas cujos parentes acabaram de ser transferidos para o CTI ou quando o ente estava falecendo ou já havia falecido e com pais que chegavam para se revezar com quem acompanhava seu filho, além de pessoas outrora internadas naquele ambiente que retornavam sãs para agradecer aos profissionais pelos cuidados recebidos. Nessas circunstâncias, todas as ocasiões em que fui requisitada, estava sozinha na antessala de espera, podendo atender a estas pessoas naquele local.

Se alguém me procurasse para ser atendido e desejasse privacidade para falar, considerando a possibilidade da antessala de espera estar cheia de familiares, seria proposto ir para o corredor ou até mesmo para o jardim do hospital e sentar em algum local. Entretanto, apesar dessa opção, isso jamais ocorreu ao longo dos quatro meses de oferta do Plantão. Quando a pessoa não se sentia a vontade para ser atendida na presença de outras na antessala de espera, pedia para que eu a atendesse quando retornasse da visita.

A respeito de encaminhamentos a partir do Plantão Psicológico, houve um e a iniciativa partiu da própria pessoa atendida em que me perguntou se eu atendia em consultório. Informei-lhe que não, mas indiquei as duas Clínicas-Escolas de psicologia pertencentes a estabelecimentos universitários distintos em Belém, que atendem à comunidade a preços populares ou gratuitamente. Expliquei-lhe como esses serviços funcionavam e o que deveria ser feito para requerê-los. Após anotar algumas informações que eu havia lhe instruído, a pessoa se deu por satisfeita.

O fato de ter permanecido ao longo do Plantão na antessala de espera propiciou que eu estivesse mais próxima dos familiares, tornando-me, com o passar do tempo, uma

“materialização das condições necessárias e suficientes”¹⁸, sinalizando que eles também eram cuidados. Em outras palavras, foi atribuído a mim, pelos clientes, o significado de que a minha presença era terapêutica e necessária:

A gente também precisa ser cuidado, não é só o meu pai que está lá dentro, assim como, as outras pessoas doentes. Se eu não me cuidar, se não tiver alguém que também cuide de mim, eu descompenso. Aí não dou conta de enfrentar essa “barra”. E eu sinto que tu estás aqui para isso, cuidar da gente, desse povo sofrido. Por mais que ninguém te procure, saber que tu estás aqui já me deixa mais tranquila, caso eu precise de ti. (Fala de uma senhora cujo pai estava internado no CTI).

Esse relato confirmava minhas percepções no decorrer dos atendimentos. Aos poucos observava, no rosto de alguém que me procurava para falar dos impasses vividos, um sorriso mais animado ao me ver e um olhar investigativo para verificar se eu já estava na antessala de espera, além de pessoas que mesmo sem jamais terem me dirigido mais do que um “bom dia” ou “boa tarde”, depois de saírem da visita e estarem fora do complexo do CTI, retornarem, emocionadas pela experiência de ter um familiar naquele ambiente, segurarem na minha mão e dizerem “até logo”.

A primeira condição necessária e suficiente para mudança construtiva da personalidade é que duas pessoas estejam em contato psicológico (ROGERS, 2008). A partir da minha experiência como plantonista no CTI, observei que estar em contato psicológico estendia-se para além do momento da ocorrência das sessões do Plantão. Englobava todo o período em que eu permanecia na antessala de espera, disponibilizando atendimento na referida modalidade de cuidado psíquico, o que esclarece as ações acima mencionadas.

Os momentos em que me encontrava na antessala de espera, me disponibilizando como plantonista, não eram simplesmente um “estar plantada”. Percebia-me atenta ao que sentia, refletindo sobre quem chegaria para pedir ajuda. Qual seria a próxima pessoa que eu atenderia? Era um estado de disponibilidade para acolher o ser humano que entrasse por aquela porta e recorresse a mim, enquanto plantonista.

¹⁸ Rogers, em artigo publicado em 1957, estabelece algumas condições para o desenvolvimento de uma relação de mudança construtiva de personalidade. Estas deveriam ocorrer e persistir durante um certo período de tempo (Ver *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*).

A sistematização do Plantão Psicológico possui um caráter terapêutico, na medida em que estabelece tempo e lugar fixos que facilitam a organização psíquica do indivíduo, além de ajudar o cliente a controlar sua angústia ao saber que poderá contar com alguém, caso suas sensações tornem-se insuportáveis.

No contexto do CTI, onde a atenção da equipe multiprofissional é voltada 24 horas por dia para o paciente é reforçada, inclusive, pela arquitetura deste local. Os familiares que igualmente vivenciam momentos delicados, de necessidades urgentes, seja pelo cansaço, pelo sofrimento de ter um ente enfermo ou em situações outras que essa circunstância desencadeia, vivem experiências que os levam a precisar também de cuidado. A presença de um profissional que disponibiliza atenção psicológica ratifica o que Mahfoud (1999) afirma sobre o Plantão Psicológico como presença que mobiliza.

Minha presença e escuta atenta revelou-se, em diversas ocasiões, motivadora para desencadear reações nas pessoas, propiciando a expressão do que vivenciavam. De acordo com, por exemplo, o que aconteceu em certa ocasião quando ao chegar à antessala de espera me deparei com uma única senhora sentada com a cabeça apoiada entre as mãos. Já havíamos nos apresentado em ocasião anterior no contexto do CTI e ao escutar o som da minha entrada naquele ambiente, levantou os olhos. Cumprimentei-a e imediatamente ela se permitiu chorar enquanto olhava fixamente para mim.

Senti que o atendimento naquela circunstância, desencadeou na referida pessoa, um sentido de autopermissividade, onde eu a auxiliei, comunicando que ali estava segura para se desatrelar de fortalezas, armaduras, defesas erguidas ao redor de si e possibilitar-se contactar e externalizar o que nela existisse de necessidade mais urgente: chorar.

O término dos atendimentos acontecia de diversas maneiras. Como eles eram realizados na antessala de espera e esta permanecia acessível para quem nela desejasse entrar, pois a porta estava constantemente aberta, eles finalizavam quando a própria pessoa atendida me comunicava que já não havia, naquela sessão, mais nada a ser dito ou quando alguém entrava na antessala de espera e interrompia o fluxo do atendimento.

Inicialmente fiquei apreensiva com a última possibilidade acima mencionada. Contudo, com o passar do tempo observei que aquelas pessoas, cujo atendimento era interrompido por algum motivo que não o da sua vontade, invariavelmente o retomavam ainda no mesmo dia de oferta do Plantão ou me sinalizavam, caso não fosse possível dar continuidade naquele dia, que desejavam retomar o atendimento em um próximo momento, mais oportuno. O que percebi foi

que se ainda houvesse da parte da pessoa atendida a necessidade de se expressar, em momento propício para ela, eu voltaria a ser requerida para atendê-la no Plantão Psicológico.

5.3.2 Atendimento Grupal

O fato de não existir uma sala específica no CTI para o Plantão, onde pudessem ser realizados os atendimentos, propiciou posteriormente, outro fenômeno: a ocorrência de sessões grupais na antessala de espera, sendo definida pelo cuidado psicológico de várias pessoas em uma única sessão, considerando ainda que as características do Plantão neste tipo de atendimento são respeitadas, isto é, a demanda é espontânea e o tempo da sessão ilimitado.

Sobre o atendimento grupal no Plantão Psicológico encontrei uma experiência de oferta deste serviço em uma escola pública no Estado de Minas Gerais (MAHFOUD et al, 1999). E recentemente, no VIII Fórum Brasileiro da Abordagem Centrada na Pessoa ocorreram os “gruplantões”: pessoas que se reuniam para acolherem mutuamente suas demandas.

O Plantão acontecendo na antessala do CTI propiciava que eu estivesse em contato constante naquele espaço com pessoas que, de acordo com suas necessidades, eram atendidas em sessões grupais. Os atendimentos do Plantão em grupo foram o resultado da consideração positiva expressada pela plantonista e apreendida pelos clientes naquele contexto.

Mahfoud (1999) relata a respeito do seu trabalho em escola pública com o Plantão Psicológico, no qual os alunos se organizavam em grupos, se sentindo mais seguros desta forma, para irem até a sala onde este serviço era disponibilizado, já com a intenção de serem atendidos conjuntamente.

No que se refere aos atendimentos grupais vale destacar que existiam momentos, geralmente minutos antes do horário de visita, que o fluxo de pessoas dentro da antessala de espera era grande. Nessas situações, quando alguém se sentia confortável em falar de si no atendimento do Plantão na frente de outras pessoas, por vezes, os demais presentes escutavam e se identificavam com o tema da demanda de quem era atendido. Por exemplo, o sofrimento vivido e expressado na fala de uma pessoa, por ter um familiar hospitalizado no CTI:

O meu filho está aí doutora, acho que já há uns três meses, a situação dele é muito grave. Ele já não mexe mais os braços, não consegue falar, está magrinho. Quando eu venho visitá-lo ele fica agitado e chora. Isso dilacera meu coração, ele está sofrendo muito e isso me machuca demais (Fala de uma senhora cujo filho estava hospitalizado no CTI).

Freqüentemente, após realizar uma intervenção direcionada para a pessoa atendida, outras, de maneira espontânea, começavam a falar sobre suas próprias vivências:

O papai também não está bem, mas está aí, lutando, “vaso ruim não quebra”! Mas ele me olha com aquele “olhão” de desespero e eu digo para ele ter paciência, porque ele está sendo cuidado, mas tem dias que eu saio daí arrasada (Relato de uma senhora cujo pai encontrava-se hospitalizado no CTI).

Percebi que a identificação dos familiares com o relato de quem era atendido no Plantão, juntamente com as minhas intervenções, facilitava o próprio processo de expressão e elaboração de experiências de quem usufruía do atendimento grupal e o objetivo secundário de permanecer ali (a razão maior era aguardar o momento da visita), era amenizar tensões provenientes das experiências vivenciadas.

Em outras ocasiões, ainda na ocorrência desse tipo de atendimento, eu intervinha com minha presença e escuta, permanecendo atenta para os processos de quem me relatava vivências e para o que elas causavam em mim diante daquela relação, permitindo que as pessoas se escutassem ao se direcionarem à mim, pois eu era o recurso para que o outro escutasse a si próprio (ROGERS, 1983; AMATUZZI, 1990).

Os atendimentos grupais tinham suas particularidades referentes ao término. Estes geralmente começavam como já mencionado, a partir de um atendimento individual. Em seguida as outras pessoas que se integravam, espontaneamente no atendimento, expressavam suas vivências. Durante o processo do atendimento grupal no Plantão Psicológico existiam indivíduos que após dizerem o que desejavam, se retiravam da antessala de espera, outros que simplesmente iniciavam conversa com quem estivesse sentado ao seu lado. Assim como, ainda havia aqueles que eu percebia participarem daquela sessão grupal, mesmo sem uma manifestação. Apenas escutavam, mantendo-se em silêncio.

5.3.3 Atendimento do Profissional

Sobre as solicitações da equipe multiprofissional atuando no CTI, um profissional me procurou, buscando ajuda para sua angústia relacionada à negação do prognóstico de óbito dos familiares de dois pacientes internados, que ele desejava ajudar. Este profissional pediu ajuda

para si, para os familiares em questão, para a equipe multiprofissional e os pacientes, pois, de acordo com Perches (2009) o bem-estar de um familiar ou profissional, nesse contexto, propicia uma cadeia sistêmica de benefícios. O que faz refletir a respeito do “doente”, não como apenas aquele que apresenta os sintomas, mas todo o contexto no qual pertence, no caso os profissionais do CTI e os familiares das pessoas internadas neste ambiente.

Em experiência de Plantão Psicológico no hospital geral, os profissionais buscaram ajuda no Plantão para lidarem melhor com pressões externas e internas que sofreram em decorrência do ambiente de trabalho e, às vezes, por curiosidade ou pelo desejo de conversar com alguém de maneira mais livre e menos formal, como se exige no ambiente profissional (PALMIERI, 2005; PALMIERI & CURY, 2007).

As autoras desvelaram ainda que ao levar o Plantão Psicológico para o hospital geral, com o objetivo de beneficiar os funcionários, conseqüentemente, facilitaram o crescimento psicológico dos clientes, causando inclusive, uma melhora no ambiente de trabalho. Neste mesmo sentido, Mahfoud et al (1999) na sua experiência de Plantão na escola constatou que ao escutar os alunos, se inseria na instituição, ajudando-os a se darem conta de suas necessidades frente à escola, o que poderia mobilizá-los a aturem nesta para transformá-la.

Partindo do pressuposto de que uma instituição está bem quando os membros que a compõem estão bem, se faz necessário, em algum momento da história de uma instituição hospitalar, instaurar um espaço de acolhimento e segurança para seus funcionários. A estrutura do Plantão Psicológico responde a essa demanda institucional, na qual o funcionário tem um espaço para expressar suas angústias, seus anseios e estruturar-se melhor para dar conta das exigências internas e do seu cotidiano neste contexto de trabalho (PALMIERE & CURY, 2007, p. 473).

Diante do exposto acima, realizei atendimentos no Plantão Psicológico no CTI, mantendo um olhar reflexivo, tendo essa modalidade de cuidado psíquico como objeto de estudo, mas, sobretudo, respeitando e considerando as pessoas como seres humanos, evidenciando-se nas palavras expressivas de um familiar: “Não acreditava que existisse dor da alma, até que a minha alma chorou!”.

Assim, pude compreender ao longo do trabalho que cuidando dos familiares, indiretamente cuidava também do paciente e do profissional de saúde. Pude perceber que para o profissional que ali atua, o trabalho é interrupto, assim como o cuidado dispensado aos pacientes intensivos, pois afinal são desses cuidados que depende a manutenção da vida. Saber que os familiares eram assistidos possibilitava a essa equipe compreender que o trabalho, as alegrias e dores eram compartilhadas por todos nós: paciente, familiar e equipe de saúde. E eu

já não me sentia como elemento externo a essa equipe. Era também parte desta, somando esforços voltados à qualidade da atenção em saúde.



Capítulo 6

O ENFOQUE NO CUIDAR DE PESSOAS: os atendimentos



"(...) foi se instalando como um espaço para as pessoas, mais do que para os problemas"
(Miguel Mahfoud)



6.1 Margarida: adeus ao irmão e a culpa por deixá-lo.



Margarida e eu tivemos um contato no CTI, apesar dela ter frequentado esse ambiente mais vezes para visitar o irmão. Na circunstância do nosso único encontro, pude observar que Margarida, após retornar da visita ao familiar doente, chegou muito angustiada na antessala de espera. Quando teve condições de falar, me revelou a situação que vivia. O seu atendimento no Plantão durou 33 minutos.

Nesta ocasião contou-me ter 75 anos. É uma amazonense bastante comunicativa. Estudou até a terceira série do Ensino Fundamental. É católica, solteira e possui um filho já casado. Trabalhou por muito tempo como doméstica, mas falou-me que estava aposentada, tendo como renda pessoal um salário mínimo, além do auxílio financeiro que o filho lhe assegurava.

Residia no estado do Rio de Janeiro, sozinha, em um apartamento com seus bichos e plantas. Veio para Belém em função do adoecimento, no mesmo período, de três familiares: uma prima e dois irmãos, todos hospitalizados no mesmo hospital, em decorrência de problemas distintos. Dois deles se restabeleceram e receberam alta médica. Contudo, um dos irmãos piorou, sendo transferido para o CTI. Por esse motivo, Margarida estava na capital paraense há um mês e meio. Considerando sua idade, ia ao CTI acompanhada por uma sobrinha, filha do irmão hospitalizado, para visitá-lo.

Enquanto a sobrinha ficou no corredor, Margarida entrou na antessala de espera. Olhou-me, sentou-se e chorou. Tinha acabado de sair do CTI e chorava muito mobilizada. Percebia-se pela forma como chorava que seu sofrimento era intenso. Eu aguardei alguns instantes em silêncio e em seguida me manifestei, afirmando que era um momento delicado para ela, obtendo dela a confirmação.

Após alguns minutos, Margarida enxugou seu rosto e desabafou:

Estou aqui por causa do meu irmão. Na verdade por causa de três parentes. Um saiu semana passada daqui, a outra na sexta. Agora o meu irmão está aqui. Ele já não responde. Eu falo com ele, mas nada. Antes ele apertava a minha mão. Ele é cego, então não vê, mas falava comigo, fazia sons porque ele está com aquele negócio aqui (aponta para a garganta se referindo ao tubo respirador). Eu não sei se ele está dopado, se está dormindo por causa dos remédios que dão para ele.

Margarida chorava reconhecendo a gravidade do estado de saúde do irmão ao mesmo tempo em que se sentia culpada por deixá-lo:

Eu até já me despedi dele porque eu vou viajar. Eu moro longe daqui. Não é fácil. Três pessoas de uma vez, todos doentes. Minha irmã melhorou, já está na casa dela. Ela é maior de idade, vacinada, não precisa de mim. Pode se cuidar sozinha. Preciso voltar para casa, mas o meu irmão está assim. O médico me disse para não ter esperança em relação a ele. O caso é grave.

Compreendi então que o relato sobre desconhecer se o irmão dormia ou estava dopado, sem qualquer comunicação com ela, era uma queixa. Sua demanda verdadeira era o irmão internado no CTI em uma situação irreversível de saúde e ela sofrendo, mas tendo que retornar ao Rio de Janeiro. Senti que essa situação lhe era bastante dolorosa. Eu precisava ser cautelosa na escolha das palavras. Entendendo sua angústia, afirmei que ela estava dividida entre precisar ir embora, mas querer ficar, sabendo que o estado do seu irmão era grave, no que ela respondeu: “Isso. Eu já me despedi, disse para ele que preciso voltar para o Rio de Janeiro.”

Ela sabia que a despedida do familiar antes de retornar para o Rio de Janeiro seria definitiva. Partir e deixá-lo nesse estado era difícil para Margarida. Mas ela informou que já havia se decidido. Percebi que necessitava ajudá-la para a despedida e indaguei: “A senhora já disse tudo o que queria dizer para ele?” Após uma breve pausa, Margarida respondeu:

Já. (Ficou em silêncio) Já disse para ele que eu vou viajar, preciso voltar. Os médicos disseram para não ter esperança, que o quadro dele está muito complicado. Ele não mexe mais a cabeça, só dorme, não aperta mais a minha mão. So tem uma coisa, ele tem 12 filhos, pergunta se alguém vem aqui visitá-lo? Não, só eu e essa minha sobrinha.

Margarida comunicava que seu movimento era de entrar em contato com o prognóstico do irmão, pois ainda não tinha condição de falar a respeito e caso eu insistisse ela poderia desmoronar, mobilizando-se intensamente. Mesmo diante da necessidade de retornar para casa, Margarida não queria deixar o irmão ‘sozinho’, considerando que os outros 11 sobrinhos não o visitavam. Ela carecia que eu fosse cuidadosa e a acolhesse no seu sofrimento.

Afirmar que entendia seu aborrecimento em não ver os outros sobrinhos acompanhando seu irmão e que não sabia sobre o contexto de vida deles, mas supunha que não era fácil ir ao CTI, sendo doloroso seu momento atual, no que ela responde: “Não, não é não. Realmente não é fácil estar aqui.”

Nesta ocasião, uma pessoa entrou na antessala de espera e falou conosco, nos levando a fazer uma interrupção no atendimento. Margarida iniciou conversa com ela. Eu aguardar tranquila por alguns instantes, observando as ações de Margarida para saber se ali ela encerrava a sessão. Quando pode, fez uma pausa no diálogo que estabelecia com outrem, virou-se para mim e sorriu levemente, como quem sinaliza que sua atenção estava voltada para mim. Posteriormente, perguntei como ela estava no que respondeu “estou me sentindo melhor.”

Decidida a investir na direção de auxiliá-la a entrar em contato consigo naquele momento, comentei seu estado quando chegou e iniciou o atendimento. Margarida avaliou o encontro revelando: “Desabafei! O que tem aqui (aponta para o peito) precisava botar para fora. Agora estou mais calma, mais tranquila. O que agente pode fazer, não é?”

Afirmar que era perceptível o quanto havia se aliviado, embora a tristeza da despedida ainda permanecesse. Margarida fez uma pausa e manteve-se em silêncio. Eu permanecia tranquila para seguir no sentido que fosse necessário percorrer para ajudá-la na sua reorganização do self. Ela passou a mão no rosto. Arrumou os cabelos. Pegou sua bolsa e já em pé, me pediu um abraço antes de partir.

Acerca do que Margarida expressou ao longo do seu atendimento, chamam a atenção as seguintes unidades de significado:

- 1) Deslocamento geográfico;
- 2) Estado clínico do familiar;
- 3) Abandono;
- 4) Dificuldade de ir / estar no CTI;
- 5) Despedida do familiar;
- 6) Tristeza
- 7) Alívio da ansiedade: mais calma.

6.2 Crisântemo: nervoso, pensou que o filho falecera.



Crisântemo e eu nos encontramos na antessala de espera do CTI cinco vezes. Na terceira ocasião e única em que ele solicitou atendimento, era um sábado de manhã. Eu estava sozinha no local enquanto o via andar, de um lado para o outro, nervoso, no corredor defronte à porta de entrada do CTI. Entrou no ambiente onde eu estava de modo brusco, com uma expressão de aborrecimento no rosto, verbalizando energicamente em tom grave sua angústia relacionada ao filho hospitalizado ao mesmo tempo em que mantinha sua caminhada a passos fortes, no espaço restrito da antessala de espera. Seu atendimento durou 17 minutos.

Na medida em que falava e eu o escutava, foi se acalmando até se sentar próximo a mim e com mais tranquilidade, se expressar de maneira tímida, com voz baixa, mantendo o olhar voltado para o chão.

Contou-me que tinha 25 anos e havia estudado até a terceira série do Ensino Fundamental, tendo como ofício o de lavrador. Entretanto, trabalhava com o pai e o irmão em uma serraria. Informou ainda não ter religião, mas ressaltando acreditar em Deus.

Sobre o seu estado civil revelou ser solteiro e que residia com a companheira e dois filhos em Breves, município do interior do Pará, a 291 km de Belém. Veio para a capital paraense com a mulher e o filho caçula de três anos, em função do adoecimento deste com infecção generalizada, em consequência de ingestão de alimento contaminado, segundo lhe fora informado pela pediatra.

Muito preocupado com a saúde do filho internado há três meses e demonstrando-se cuidadoso com sua esposa, estava sempre presente no CTI, por mais que não pudesse entrar. Requisitava notícias de ambos, mulher e filho, revezando com aquela os períodos para fazer companhia à criança, enquanto ela ia até a casa de parentes que residiam em Belém.

Dentro da antessala de espera do CTI, vi aquele rapaz, comumente sereno e introspectivo em outras ocasiões, entrar na sala estrondosamente com uma expressão facial enraivecida e se expressar:

O meu filho não está bem, está hospitalizado aí (CTI)! Ele estava bem, mas hoje me assustei, ele está todo inchado!

Compreendi que todo aquele nervosismo e comportamento enérgico eram reações em decorrência da angústia e tristeza em relação ao estado do filho. Escolhi auxiliá-lo a explorar sua tensão, indagando como estava no que me respondeu:

Preocupado! (Olha para o chão e permanece alguns instantes em silêncio). Antes quando eu visitava meu filho ele me chamava de papai, apertava a minha mão. Agora não, fica o tempo todo mole, dormindo. Acho que são os remédios que o médico dá para ele. A mãe dele está com ele. Eu fiquei surpreso! Ele estava respirando normal, de repente, está com aquele negócio (aponta para o pescoço referindo-se ao tubo respirador). Ele está lá (hospital) há um tempão. (...) uns três meses no total. Só aqui no CTI um mês e meio. Ele está todo amarrado!

Ver o filho caçula naquele estado, somado ao tempo de internação da criança e o fato dos três, Crisântemo, companheira e o filho estarem longe de casa havia meses, foi compreensível e justificava o comportamento do cliente. Como ele deu ênfase na visão do filho amarrado e eu sabia que em algumas circunstâncias era preciso conter as mãos da criança internada no CTI para que não arrancasse os fios dos aparelhos e medicações que o ajudavam a manter-se vivo, decidi falar para Crisântemo sobre isso, afirmando: “Ele deve estar assim para não se mexer e se machucar.” E ele respondeu: “É, pode ser. A mãe dele está aqui com ele. Eu deixei o trabalho lá para também vir.” Crisântemo fazia contato com o fato de que todo amor e cuidados dedicados ao filho não seria suficiente para salvar a vida do mesmo. Tinha consciência e acompanhava de modo angustiado o agravamento do estado de saúde do filho, identificando perdas significativas, como por exemplo, não ouvir mais a criança chamando-o de pai, vislumbrando a possibilidade da morte, não poder mais ser abraçado, pois os braços estavam contidos.

Percebi, após a intervenção, que Crisântemo pode refletir sobre as muitas razões para atarem os braços do filho, não significando, esse procedimento, punição para a criança ou necessariamente que a morte era esperada. De qualquer forma, ao mencionar que a mãe do menino o acompanhava, senti que para Crisântemo ela era uma referência de alguém que não permitiria que fizessem mal ao menino, apesar dele manter-se por perto, ausentando-se do seu

trabalho no interior do estado, acrescentando: “Graças a Deus, o meu trabalho está lá. Eu deixei lá com o meu irmão, mas preciso voltar. Não tenho mais dinheiro.”

Senti-me aliviada ao saber que não perderia o trabalho de onde provinha seu sustento. É comum no contexto do CTI encontrar familiares desempregados por terem escolhido ficar incondicionalmente ao lado do paciente. Crisântemo prosseguiu sinalizando sua preocupação com a companheira e por não poder permanecer no hospital com ela e o filho em função das regras do CTI de permitir somente um acompanhante para crianças pequenas.

Compreendi também na fala de Crisântemo que, em relação a sua parceira, na condição de mãe que deseja estar ao lado do filho para cuidar dele, a prolongada hospitalização da criança e o agravamento da sua saúde impunha também uma rotina cansativa para essa, o que mobilizava sentimentos de culpa em Crisântemo por não poder estar de modo contínuo ao seu lado, como também de seu filho.

Nesta ocasião, a enfermeira apareceu na porta da antessala de espera e deu notícias à Crisântemo sobre o seu filho, dizendo-lhe que naquele momento a criança dormia. Ele agradeceu e a enfermeira se retirou. Ele me olhou e sorriu. Observei que estava mais calmo e logo em seguida falou a respeito do seu estado e o que o atendimento no Plantão Psicológico lhe fez sentir: “Melhor, mais controlado.” Então perguntei: “Controlado como?”, obtendo a seguinte resposta:

Fico assim, com mais fé para acreditar que o meu filho vai reagir ficar bom e sair daqui. Volta aquela coragem de que vai dar tudo certo com ele. Eu estava muito nervoso. Eu tive que viajar para ir em casa e o meu irmão me ligou, mas o sinal do celular caiu. Eu fiquei nervoso e comecei a chorar porque eu perdi que se acontecesse alguma coisa com o meu filho era para ele me ligar. Quando cheguei em casa e liguei me disseram que o menino estava bem. Me ligaram para falar que ele tinha melhorado.

Após seu relato afirmei que compreendia suas angústias e temores. Crisântemo permaneceu na sala em silêncio. Neste período outras pessoas chegaram e estabeleceram diálogo com ele. Entendi que o atendimento havia terminado. Quando o horário de visita começou, ele se levantou, me olhou e fazendo um sinal de agradecimento com a mão se despediu.

O atendimento de Crisântemo foi analisado a partir de seis unidades de significado:

- 1) Deslocamento geográfico;
- 2) Preocupação: desconhecimento do estado clínico do familiar;
- 3) Tempo de hospitalização;
- 4) Abandono;
- 5) Cansaço;
- 6) Tristeza;
- 7) Alívio da ansiedade: fé na melhora do filho.

6.3 Orquídea: o CTI como lugar horrível e de sofrimento.



Estive na presença de Orquídea no CTI em duas ocasiões. Uma delas foi quando nos encontramos pela primeira vez em que o atendimento foi feito no Plantão Psicológico em função de ter atendido sua irmã anteriormente e esta relatar o estado emocional abalado de Orquídea, relacionado ao fato de ter um familiar internado no CTI e sua aversão a este ambiente, recusando-se de ir visitar o pai hospitalizado. Quando vi Orquídea chegar acompanhada da irmã, cliente de outrora, tinha uma ideia de quem fosse.

Orquídea limitou-se a olhar para a antessala de espera ainda do corredor e foi direto ao encontro do pai, deixando a irmã a seu aguardo para que também pudesse visitá-lo. Ao retornar do CTI, entrou na antessala de espera e pude perceber, então, que se mostrava abalada. Após alguns instantes, falou sobre si. Seu atendimento durou 24 minutos.

Contou-me ter 40 anos, ser solteira, sem filhos e ser católica. Reside em Belém e trabalha em uma instituição de saúde pública, atuando como fisioterapeuta.

Seu pai, um senhor de 79 anos, internado no CTI daquele hospital, tinha câncer no estômago, acreditando ser uma úlcera. Diante desta situação e por já ter presenciado o falecimento da sua mãe em função de um câncer, Orquídea afirmou que a família decidiu para maior qualidade e prolongamento da vida de seu pai, que seria melhor operá-lo, ressaltando que não revelaram para ele seu real problema de saúde. Após o procedimento cirúrgico, o referido senhor foi hospitalizado no CTI em decorrência de complicações da cirurgia.

Orquídea estava mobilizada com a gravidade do estado de saúde do genitor e não se sentia bem no contexto do CTI, por isso era acompanhada pela irmã para que tivesse o seu suporte na tentativa de visitar o pai. Posteriormente ao seu atendimento, ainda a vi no CTI mais uma vez, sendo que nesta ocasião ela não solicitou cuidado psicológico no Plantão.

Quando retornou do CTI após ver o pai, adentrando na sala de espera, sinalizou para que sua irmã fosse ver o familiar. Em seguida, dirigiu-se a mim e falou: “Bom dia. Você é a

psicóloga?” Respondi afirmativamente, enquanto Orquídea começou a chorar, movimentando as mãos como se tentasse levar ar aos pulmões. Sugeri que respirasse profundamente.

Ela precisou de um tempo para se acalmar. Estava muito desorganizada. Era a primeira vez que entrava no CTI para visitar o pai. Compreendi que ela precisava externar através do choro as repercussões em si de tudo que sentia. Quando conseguiu falar, Orquídea disse: “É horrível! Aquele olhar pedindo socorro do papai!”.

Senti seu desespero proveniente do encontro com o genitor internado naquele local que tanto a mobilizava. Pude sentir também a intensidade do esforço feito para conseguir estar perto dele, sua decepção na impossibilidade de alterar aquela realidade e o temor de que seu pai viesse a falecer. Nesta ocasião sinalizei: “Você quer estar próxima para ajudar, mas é difícil.” No que ela afirmou: “Parece filme de terror! O pior é quando aquele monte de aparelho começa a disparar. Aí o sofrimento aumenta. É horrível! Eu sei que ele precisa da nossa presença.

Ao relatar sobre a necessidade de seu pai ter os filhos próximos de si naquela situação, compreendi o porquê de tamanho esforço para estar ao lado dele. Mas intui que havia algo mais que a motivava para ir visitá-lo. Então indaguei: “Achas que se não vieres, por mais que machuque, por mais que doa, se acontecer alguma coisa e ele partir te sentirás pior?” Ela respondeu: “Sim... (Fala em tom reflexivo) eu não suporto essa sala.”

Após essa afirmação Orquídea mudou de assunto, relatando o que sentia a respeito da ante-sala de espera como se acabasse de voltar-se para si e se percebesse naquele ambiente. Precisava ajudá-la a prosseguir por esse caminho. Ela começava a entrar em contato consigo.

Orquídea descreveu o CTI como “Um lugar de sofrimento. Não só meu. Todo mundo que eu vejo sentado aqui nessa sala é para sofrer, falar de sofrimento.” Indaguei se o fato das pessoas falarem do sofrimento delas lhe causava alguma coisa. Orquídea suspirou profundamente e respondeu: “Sei lá... eu estou perdida no tempo”.

Sinalizava que ainda não conseguia explorar e entrar em contato com suas vivências. Era um funcionamento de defesa. Necessitava ser acolhida, precisava que eu ofertasse um clima de segurança para que em um ambiente não ameaçador conseguisse olhar para si, para as suas dores e temores, simbolizando sua experiência. Resolvi contar-lhe sobre o que eu testemunhava na antessala de espera:

Interessante, porque por mais que todas as pessoas que ficam nessa sala passem por sofrimentos muito intensos, eu vejo que o fato delas chegarem aqui e falarem sobre seus

sentimentos, encontrando pessoas que também sofrem, vivendo situações similares, de alguma forma, estão desabafando e se acolhendo. É um jeito que encontram para não piorar, desabafando aqui, para não chorar lá dentro (CTI).

Orquídea me ouvia atentamente e em uma atitude reflexiva, esboçou: “Eu vejo muita gente chorando...”. Conseguíamos prosseguir. Ela aceitou o meu relato e sua reação foi como me dissesse “É, tu falas a verdade. Eu realmente vejo gente chorando aqui dentro”. Precisava ser cautelosa para achar uma maneira de lhe dizer que ela tinha algo em comum com aquelas pessoas, tais como: a necessidade de expressarem o que sentiam e serem acolhidas; o sofrimento decorrente da constatação de que a morte se aproximava, a impotência em restituir a saúde do familiar ou evitar o sofrimento de uma pessoa querida. No que então, afirmei: “Somos humanos, não é?”

Ela expressou um “hum rum”, entrando em contato com sua condição humana, suspirou profundamente como se retirasse um fardo de seus ombros e manteve o olhar voltado para o chão como se sua atenção tivesse sido capturada por algum pensamento, e em seguida afirmou: “Essa sala é muito mórbida para quem está em sofrimento”, pontuando que sofria e avaliando a sala como o lugar do desagradável e de sofrimento. Deu outro suspiro profundo e indagou: “Cadê a minha irmã? Eu a deixei entrar para também fazer a oração com ele (pai). Meu irmão que não vem.” Posteriormente questionou sobre o estado de saúde do pai e indagou sobre o que haveria ocorrido se não tivesse escolhido operá-lo. Compreendia que Orquídea perguntava a si mesma se era responsável pelo sofrimento do pai ou se seria culpada de sua morte.

Inicialmente, concordou comigo. Sua reação de suspirar como se lhe arrancassem um peso, logo após minha fala, me deu a sensação de caminharmos no trajeto adequado para ela. Orquídea esboçava “tatear-se” com mais propriedade, mas ainda expressava seu sofrimento sem referir-se a si em primeira pessoa. Em seguida, ao mudar radicalmente de assunto, sinalizou que não estava em condição de prosseguir. Respeitei seu momento, trabalhando o que a impedia de prosseguir:

Se de repente lá atrás se decidisse não operá-lo, de alguma forma ficaria uma voz dizendo ‘poxa, talvez se ele tivesse operado teria vivido mais’. Escolhestes fazer o procedimento cirúrgico protegendo-o e lhe poupando saber sobre seu estado clínico (câncer). Infelizmente, aconteceram impasses. No entanto, lá atrás se não decidisse operá-lo, teria uma dívida agora.

Enquanto Orquídea me olhou por alguns instantes como se refletisse as experiências que vivia, ficamos em silêncio por um momento, organizando as informações. Em seguida perguntei como estava e me respondeu:

Eu estava precisando de alguém para me ouvir, para eu falar dos meus sentimentos. Eu precisava, já estava lá (CTI) assim 'haaar' (faz um barulho referindo-se a falta de ar), deste tamanho a cabeça e o coração (gesticulou com as mãos), mas também fiz tudo o que tinha que fazer: rezei, coloquei tudo na mão de Deus. Dei um conforto para ele (pai), ele está consciente. Aí eu disse para minha irmã 'vai logo, vai logo'! É bom ter família nessas horas.

Após Orquídea ter se expressado, sua irmã retornou da visita e entrou na antessala de espera onde estávamos. Ela concluiu que eu atendia Orquídea, então, se sentou calmamente. Ambas comentaram brevemente sobre o pai. Orquídea em seguida chamou a irmã para que fossem embora. Ali, Orquídea me comunicava que a sessão se encerrara. Levantou-se, despediu-se de mim e partiu.

Seu relato no Plantão Psicológico foi analisado e dividido nas seguintes unidades de significado:

- 1) Abandono;
- 2) Ir ao CTI: presença necessária para o paciente;
- 3) Dificuldade de ir / estar no CTI;
- 4) Questionamentos sobre a decisão tomada;
- 5) Tristeza;
- 6) Alívio da ansiedade: foi escutada.

6.4 Antúrio: impasse entre cuidar da própria vida ou dos familiares.



Antúrio chegou à antessala de espera do CTI em um sábado de manhã. Nesta ocasião nos víamos pela primeira vez. Apresentei-me a ele como plantonista e o informei sobre o Plantão Psicológico. Ele escutou com atenção e ficou pensativo por alguns instantes. Nesta circunstância havia outras pessoas neste local conosco.

Antúrio falou brevemente a respeito da situação que vivenciava, até que uma enfermeira surgiu para avisar que os familiares já poderiam entrar no CTI. Ele aguardou que os outros saíssem da antessala de espera, enquanto vestia lentamente, uma bata esterilizada e assim que ficou a sós comigo, pediu para ser atendido quando retornasse da visita ao familiar. O aguardei, consciente que ele sofria, precisando de alguém capaz de escutar suas angústias.

No seu único atendimento, Antúrio revelou-me ser um homem de 47 anos, solteiro, morando com a companheira e cinco filhos em um sítio, no município de Curuçá, interior do Pará, a 140 km da capital Belém. Era pedreiro, porém sua atual ocupação era trabalhar no seu sítio e também como segurança na localidade onde reside. Estudou até completar o Ensino Fundamental e reconhece-se como católico, por ter sido batizado nessa religião, mas salienta não frequentar a igreja com assiduidade.

Disse-me ainda que escolheu residir longe dos pais e irmãos em virtude da oportunidade de emprego em outro município paraense e que se esforçava para ser presente na vida dos familiares. Ao saber que o pai diabético tinha um ferimento no pé que não cicatrizava, viajou imediatamente ao encontro do genitor e o levou para um hospital em Belém, em oposição à vontade dos irmãos.

Já no hospital o estado de saúde do referido senhor agravara-se, sendo necessário encaminhá-lo para o CTI. Desde então, Antúrio permaneceu na capital para cuidar do pai e do restante da família, período este que se aproximava de um mês. Seu atendimento durou 1 hora e 22 minutos.

Antúrio chegou à antessala de espera e se sentou. Ele comunicou que seus irmãos não estavam bem, em especial, um deles, que se encontrava na portaria, porque lhe havia sido negada permissão para entrar no hospital. Antúrio expressou seu desejo de que eu atendesse também seu irmão que não conseguira entrar, caso isso fosse possível.

Ele me contou sua queixa. Sua voz era pronunciada em tom muito baixo. Eu tinha clareza que a apreensão com os irmãos, em específico com um deles, naquele momento em que o aguardava na portaria do hospital, era algo importante para si. Entretanto, me questionava se esta era exatamente a razão, a demanda que o levava a querer conversar comigo.

Sobre isso, somente poderia saber no decorrer do atendimento. Por mais que eu quisesse ajudá-lo, me disponibilizando para atender seu irmão se este me solicitasse, não poderia ignorar que eu ofertava o Plantão Psicológico em uma instituição e minha autorização para fazê-lo implicava em considerar normas e rotinas institucionais, ou seja, a entrada de uma única pessoa por paciente aos sábados, para realizar visita no CTI. Escolhi esclarecê-lo sobre isso.

Antúrio compreendeu o que eu havia informado e começou a falar da situação de sua família em decorrência do estado de saúde do pai hospitalizado. Sentia que ele prosseguia para revelar sua demanda. Precisava atentar para as “entrelinhas” para auxiliá-lo a se aproximar de si mesmo. Comuniquei o que escutei na sua fala: sua preocupação quanto a cuidar do pai e também de seus irmãos, no que ele respondeu, afirmativamente:

Isso. O meu pai está aí (CTI). Os médicos precisaram tirar a perna dele. Eu tento confortar o meu pai, ele quer ver os meus irmãos, mas eles não querem vir aqui. Não tem coragem e eu ainda não contei para eles que foi preciso tirar a perna do papai.

Percebi que ele era um elo de comunicação entre o pai e os outros familiares, o porta-voz da família, dividido e angustiado, sentindo-se responsável pelo estado de saúde do genitor. Não conseguia contar a verdade sobre a situação de saúde do pai, preocupado com o bem estar de todos. Ele também sofria diante da amputação. Após uma pausa, olhou o relógio e indagou: “A senhora já vai embora?”.

Respondi que permaneceria naquele local até o final da manhã. Revelou querer ir ver o pai e continuar o atendimento quando retornasse. O tranquilizei, afirmando que o aguardaria. Quando voltou estava bastante mobilizado e disse: “Deixe eu respirar.”.

Ao olhar para Antúrio e escutá-lo naquele instante percebi seu cansaço e me perguntava por quanto tempo mais ele suportaria a pressão psicológica que vivia. O comuniquei sobre a minha percepção e ele reagiu verbalizando: “É... (Olha pra mim e esboça um sorriso) estou chegando mesmo no meu limite.”

Senti que a reação de Antúrio foi como se pela primeira vez naquela circunstância de adoecimento do pai e tensão da família, alguém o olhasse e enxergasse o que realmente acontecia consigo. Nessa ocasião, consegui me colocar no lugar de Antúrio como se fosse ele e sentir empaticamente sua angústia de que em algum momento, precisaria contar a verdade para os familiares sobre a saúde do pai que, se agravava e para este, que os filhos não o visitavam porque não conseguiam ir vê-lo no CTI. Expressei-me, dizendo que compreendia sua situação. Antúrio ficou pensativo por alguns instantes, olhou para mim, sorriu e disse:

É verdade. Eu não moro aqui. Moro no interior e longe dos meus pais. Quando soube que o meu pai estava com uma ferida no dedo do pé que não curava quis levar ele para cidade para se tratar, mas meus irmãos não quiseram, disseram que era só uma ferida, até que o dedo dele caiu. Eu, então, decidi que traria meu pai para receber cuidados, mas eles disseram que não era para fazer isso, o dedo já tinha caído e pronto. Eu moro longe dos meus pais, mas não deixo de ter contato com eles.

Antúrio me contava da sua preocupação e cuidado com os pais, mesmo residindo longe deles. Ele se culpava pelo que aconteceu com o genitor, em função de outrora ter escolhido morar distante dos pais. Precisava continuar com zelo. Senti-me congruente em ter valorizado minhas percepções e comunicado-as para Antúrio. Informava-me sobre sua escolha de ter saído de casa como se esse fato tivesse causado o adoecimento do pai

Ele se sentia culpado pela atual situação da família. Era minha tarefa auxiliá-lo a olhar com clareza para a sua própria experiência, ajudando-o a perceber que não precisava se responsabilizar e se culpar pela família inteira. Queria ser direta, mas sutil o suficiente para verificar se ele aceitaria essa perspectiva ou a rechaçaria, me sinalizando até onde era capaz de ir sobre essa questão naquele momento.

Pontuei minha compreensão de que seus irmãos eram adultos e responsáveis por seus próprios atos. Ele concordou. Continuei, afirmando que ele tentava impor a sua vontade aos familiares. Antúrio ficou em silêncio e em seguida respondeu:

É verdade, eu tento cuidar dos meus irmãos e agora do meu pai e para estar aqui deixei meu trabalho sem falar nada para o meu chefe, avisei somente um amigo que trabalha lá comigo. Eu preciso voltar, mas como vou deixar eles sozinhos?

Antúrio concordou com minha intervenção sobre seus impasses, mas retornou ao ponto inicial e no meio disso revelou sua angústia de ter deixado o trabalho sem dar esclarecimentos para o chefe quando soube do estado de saúde do pai.

Ele revelou sua verdadeira demanda: precisava retornar para o município onde residia com a intenção de não perder o emprego, mas tinha medo sobre o que o pai pensaria dele, da avaliação de seus irmãos caso retornasse ao seu município e ainda o temor que o pai fosse a óbito na sua ausência. As coisas se esclareciam.

Compreendi o contexto: os irmãos de Antúrio não visitavam o pai no CTI e desconheciam seu verdadeiro estado; Antúrio estava entre a necessidade de retornar para o interior e o desejo de cuidar da família; entre manter seu trabalho que lhe garantia o sustento e continuar na companhia de seu pai, que reclamava a ausência da família,

Em seguida Antúrio mencionou novamente sua vontade de que os irmãos vissem o pai. Afinal, se isso acontecesse, suas preocupações, temores e culpa seriam aliviadas. Poderia viajar mais tranquilo, pois haveria alguém ao lado do genitor. Refleti se a família de Antúrio não ia ao CTI por não se sentir bem neste ambiente ou se era por não se importarem com a situação do genitor.

Percebi que se o irmão de Antúrio não se importasse com o genitor enfermo naquele hospital, não permaneceria aguardando Antúrio na guarita, em uma manhã de sábado ensolarado, para obter notícias do pai. Comuniquei isso a Antúrio. Sua reação foi dizer “interessante”, ficar pensativo e sorrir pra mim.

O indaguei sobre como seria se ao invés de exigir, pedisse ajuda aos irmãos, no que ele respondeu: “É muito diferente uma coisa da outra, não é? Às vezes eu peço ajuda, mas eles não fazem.” Inquiri Antúrio se ele tinha responsabilidade nessa postura dos irmãos, se ele os permitia serem diferentes. Minha reação com essas perguntas foi tentar ajudá-lo a enxergar suas próprias ações. Ele sorriu, respondendo afirmativamente com a cabeça que os impedia de se responsabilizarem, para posteriormente, ficar em silêncio reflexivo.

Após alguns minutos, perguntei a Antúrio como ele se sentia e me respondeu: “Estou melhor, me sentindo bem melhor, com mais esperança.” Ele se levantou e com um aperto de mão demorado e um sorriso no rosto se despediu de mim.

A partir da análise do atendimento de Antúrio, foi possível destacar as seguintes unidades de significado:

- 1) Deslocamento geográfico;
- 2) Cuidar do pai e dos outros familiares;
- 3) Tristeza;
- 4) Cansaço;
- 5) Abandono;
- 6) Desejo de que os irmãos se responsabilizassem em cuidar do pai e
- 7) Alívio da ansiedade: esperança.

6.5 Cravo: dificuldade de ir ao CTI.



Soube de três visitas que Cravo fez ao pai no CTI. Porém, nos vimos em duas delas, sendo que seu único atendimento no Plantão Psicológico aconteceu na segunda ocasião em que ele esteve ali e durou 10 minutos.

Nesta circunstância, Cravo chegou acompanhado por sua irmã. Entrou na antessala de espera enquanto a aguardava retornar da visita ao pai. Aparentava estar tenso.

Revelou ter 38 anos e ser solteiro. Falou-me que residia em Belém e trabalhava como profissional autônomo. Seu pai hospitalizado no CTI há quase dois meses deixava a família preocupada. Nesse período, Cravo contou-me conseguir ir ao hospital somente em uma ocasião em função de não se sentir bem no ambiente do CTI.

Na primeira tentativa de visitar o pai revelou-me que foi acompanhado por duas irmãs, mas ao ver o genitor não conseguiu permanecer naquele local, saindo velozmente direto para o estacionamento do hospital. Entrou no carro e dirigiu para casa, deixando as irmãs para trás, sem lhes dar nenhuma explicação.

Na ocasião de seu único atendimento estava mais calmo em relação a sua ida anterior ao CTI. Mas, admitia que estar naquele local ainda mobilizava intenso desconforto. Já havia me apresentado a Cravo como plantonista na circunstância que esteve anteriormente no CTI e notado que se sentia muito nervoso naquele contexto. Ao vê-lo novamente o cumprimentei. Logo em seguida, ele falou de si:

Na verdade eu vim na quinta-feira passada. Essa foi a primeira vez, eu nunca vivi uma situação dessas. Ele (pai) estava na UR (Unidade de Recuperação) e eu passei lá uns três minutos. Entrei e saí rápido, nem falei nada, não queria saber de nada. Fui embora, peguei o carro, respirei fundo, devagar. Eu tinha consciência disso, mas é difícil.

Compreendi que para Cravo a primeira experiência de ir ver o pai hospitalizado foi de um grande impacto, mesmo consciente da possibilidade de encontrá-lo naquele estado. Ele me questionou sobre os dias em que eu estaria no hospital. Informei a ele os dias e horários.

Percebi que inicialmente o movimento de Cravo era o de rever sua experiência anterior no hospital em relação ao pai e se situar no ambiente do CTI. Isso incluiu obter informações ao meu respeito como plantonista, como se investigasse se poderia confiar em mim e falar sobre si.

O funcionamento de Cravo permanecia no sentido de se situar. Isso requeria relativamente pouco de mim. Até então, bastava responder suas perguntas. Continuei escutando-o. Ele prosseguiu, afirmando que cada pessoa que me procurava era alguém diferente que ia me pedir ajuda.

Cravo falou discretamente de si mesmo, revelando necessitar de ajuda. Precisava ser sutil para comunicar-lhe que acompanhava seu raciocínio. Não podia assustá-lo, pois ele já estava, ao deparar-se com o CTI. Respondi a ele: “Principalmente neste ambiente, não é? Independente do que aconteça.”, no que ele respondeu: “Chega aqui tem que encarar o que surge das várias pessoas que chegam.”

A fala de Cravo era como se ele me testasse. Investigava até onde eu poderia ajudar as pessoas que me solicitassem auxílio, inclusive ele. Senti que deveria esclarecê-lo sobre o meu papel enquanto plantonista-pesquisadora: “Eu estou aqui também para coletar dados, mas principalmente venho para me disponibilizar como psicóloga, para atender as pessoas, quando elas me solicitarem.” Cravo compreendeu e resumiu minha função como plantonista em uma palavra: “Ajudar.” Após tê-lo esclarecido sobre minha postura profissional ética, ele amenizou seu “escudo” e falou de si, ainda que não se posicionasse em primeira pessoa:

O psicológico do filho, do parente mais próximo abala bastante. Meu pai, minha mãe quando cada um fica doente aí já vistes, tem suas limitações. Não pode porque tem o espaço físico que restringe (se refere ao espaço no leito do CTI) tanto que a maioria não vem. Quem tem mais estrutura vem, chega, reza, conversa.

Cravo me contou ao seu modo, que estava abalado em decorrência do adoecimento e hospitalização do pai no CTI, justificando suas dificuldades (“pouca estrutura”, dificuldades para ali permanecer, entre outras), ressaltando que entre os seus familiares, os que tinham mais estrutura iam visitar o pai. Ele, como não se sentia organizado, não o fazia. Nesta ocasião

Cravo escutou a voz da irmã no corredor que acabara de retornar da visita. Ficou atento ao movimento dela, porque seria o próximo a entrar. Achei oportuno perguntar sobre seu estado antes do encontro com o pai no que ele me respondeu: “Menos nervoso. Sinto que o meu nervosismo diminuiu depois que falei com você.”

Cravo apresentava-se mais aliviado e menos tenso do que quando chegou, revelando-se disposto para visitar o pai. Sua irmã entrou na sala e o avisou que sua vez havia chegado. Ele prontamente levantou, apertou minha mão e agradeceu.

Na análise do seu atendimento foram destacadas as unidades de significado a seguir:

- 1) Dificuldade de ir / estar no CTI;
- 2) Tristeza;
- 3) Sensação de abandono;
- 4) Pedido de ajuda;
- 5) Desorganização;
- 6) Alívio da ansiedade.

6.6 Jasmim: seu irmão partiu em um dia ensolarado e os anjos estão com ele.



Vi Jasmim no ambiente do CTI uma única vez. Ela estava no corredor acompanhada por uma irmã, em frente a entrada do CTI. Acabara de receber a notícia do falecimento do familiar internado, seu irmão. Era observado o choro, interrompido por momentos de autocontrole para falar com os profissionais daquele setor, responsáveis pela elaboração dos documentos referentes ao óbito.

Jasmim mencionou estar com 39 anos. Minha percepção a seu respeito foi que esta pertencia a uma família unida, cooperativa entre seus integrantes e que ela amava o irmão recém falecido.

Enquanto aguardava a liberação dos papéis mencionados, entrou na antessala de espera, onde pude me apresentar. Ao saber que eu era psicóloga e atendia naquele local na modalidade de Plantão Psicológico, expressou o que sentia. Seu atendimento durou 27 minutos.

Jasmim, já na sala de espera, segurava tremulamente um celular que de instantes a instantes tocava. Ela me informou que seu irmão havia falecido, destacando que sua mãe queria estar no hospital naquela ocasião e havia sentido algo na madrugada anterior, por isso acreditava que o irmão falecera na madrugada, quando indagou: “A senhora sabe que horas ele morreu?”. Informei que ainda não havia tido acesso àquela informação. Ela olhou para a janela e falou:

Olha o Sol lá fora! Ele partiu em um dia bonito, deve estar feliz. Os anjos estão com ele. Eu era mais velha que ele. Ele tinha 37. Era muito alegre. Se a senhora soubesse a quantidade de gente, lá na rua, que queria vê-lo aqui. Todo mundo desejando melhoras.

Jasmim falava sem pausas e de modo acelerado. Precisei ficar atenta para acompanhá-la em seu relato. A sensação que me dava era de que sua mente estava bastante acelerada. Após certificar-me do seu nome, fiz referência a como o irmão era estimado e Jasmim me respondeu:

Era sim! Semana passada apareceu um coelho branco lá em casa. Ficamos surpresos. Eu pensei: bom, o coelho é símbolo da Páscoa e a Páscoa é coisa boa, alegre. E branco é paz, então, vim aqui no hospital visitar o meu irmão e contei pra ele sobre esse sinal. Falei que ele iria melhorar. O coelho era o sinal disso.

Jasmim me contou o sentido que atribuiu ao coelho diante do contexto de querer que o irmão se recuperasse. O seu discurso traçava uma historicidade como se caminhasse do passado para o presente, tentando assimilar o que aconteceu até o falecimento do irmão, naquela manhã. Permaneci onde havíamos chegado. Escolhi falar do coelho para auxiliá-la a contactar com os fatos, perguntando sobre o aparecimento do animal e ela me informou:

O vizinho cria coelho. Acho que ele fugiu de lá. Mas como os vegetarianos dizem que os bichos que escolhem seus donos, acho que ele nos escolheu. Mas hoje ele partiu. Estou arrasada, mas tenho que ser forte, não quero choro! (...) Eu ainda não acredito que ele faleceu. Todos vocês são muito atenciosos. O médico é muito sincero, disse para gente se preparar porque poderiam ligar a qualquer momento. Ligaram hoje de manhã, mas ainda não consigo acreditar. É como se a “ficha não caísse”, antes de vê-lo realmente.

Estava na direção certa. Jasmim reorganizava em sua mente a percepção dos fatos e se expressou sobre a incredulidade quanto ao falecimento do irmão. Compartilhei minhas percepções com ela, afirmando: “Quando eu te escuto, entendo que para você o fato de receber a notícia do médico é bem diferente de ver seu irmão agora, para poder acreditar no que está acontecendo”.

Nesta ocasião o celular de Jasmim tocou e naquele mesmo momento sua irmã entrou na antessala de espera. Percebi que Jasmim falava com sua mãe, enquanto a irmã, ao seu lado, escutava atenta. Um profissional também surgiu com a documentação referente ao óbito para liberação do corpo. Jasmim perguntou a ele sobre a hora do falecimento, recebendo como resposta que o rapaz havia falecido às 4 horas da madrugada. Então, ele entregou os documentos e se retirou.

Posteriormente, Jasmim se voltou para mim e pediu um abraço de despedida. O fez forte e longamente, dizendo ter lhe feito bem falar comigo. Sua expressão facial estava menos angustiada em relação a quando chegou, mas ela e eu sabíamos que a dor do falecimento do irmão permanecia nela e esse luto precisaria ser elaborado ao longo do tempo.

Jasmim vivenciava o impacto da morte de alguém amado, podendo expressar seus sentimentos, rever os encontros passados junto ao irmão e organizar o presente. Ela sofria, mas em seu sofrimento não estava sozinha, era acompanhada e compreendida por mim, tendo na pessoa do plantonista o suporte para expressar sua dor diante da perda. Chorava a morte do irmão, mas também lamentava a estória que contou ao irmão sobre sua recuperação representada pela visita do coelho em sua casa. Assim pode manter contato com seus sentimentos de decepção e culpa em razão de não ter sido capaz de alterar a realidade, garantindo a vida do irmão.

Na análise do seu atendimento destacam-se as seguintes unidades de significado:

- 1) Familiar feliz e na companhia dos anjos;
- 2) Coelho como esperança de melhora do familiar;
- 3) Falecimento do familiar;
- 4) Tristeza;
- 5) Descrença da notícia do falecimento.

6.7 Síntese Geral dos Atendimentos: as coisas que os unem do singular ao plural

Mesmo considerando a singularidade do funcionamento de cada cliente, suas histórias, momentos, sentimentos e emoções, as pessoas atendidas no contexto do CTI, em diversas ocasiões, falaram de assuntos comuns umas as outras: temores, angústias, sofrimento e alívio de tensões. Como também mencionaram questões muito particulares e variáveis, inerentes as suas experiências expressas durante os atendimentos. Abaixo, segue a síntese geral dos seis atendimentos anteriormente mencionados.

	Unidades de Significado	Clientes					
		Margarida	Crisântemo	Orquídea	Antúrio	Cravo	Jasmim
1	Deslocamento geográfico	x	x		X		
2	Desconhecimento do estado clínico do familiar	x	x				
3	Abandono	x	x	x	X	x	
4	Dificuldade de ir / estar no CTI	x		x		x	
5	Despedida do familiar	x					
6	Tempo de hospitalização		x				
7	Cansaço		x		X		
8	Questionamento sobre decisão tomada			x			
9	Cuidar do pai e outros familiares				X		
10	Desejo de que os irmãos se responsabilizassem em cuidar do pai				X		
11	Pedir ajuda					x	
12	Desorganização					x	
13	Familiar feliz e na companhia dos anjos						x
14	Coelho como esperança de melhora do familiar						x
15	Descrença da notícia do óbito do familiar						x
16	Falecimento do familiar						x
17	Ir ao CTI: presença necessária para o paciente			x			
18	Tristeza	x	x	x	X	x	x
19	Alívio da ansiedade	x	x	x	X	x	x

A respeito do deslocamento geográfico Margarida, Crisântemo e Antúrio o mencionaram por residirem em outras localidades distintas da capital paraense, estar longe de casa, distantes de parentes e amigos, com alterações significativas em seu cotidiano de vida. Essa situação era comum a eles.

Sobre o desconhecimento do estado clínico do familiar, Margarida e Crisântemo mencionaram não saber a real situação do estado de saúde de seus familiares, ou seja, se haviam piorado ou se estavam sob efeito de medicação.

Quanto à dificuldade de ir ou estar no CTI, observa-se que Cravo, Orquídea e Margarida a expressaram, referindo-se ao encontro com o familiar enfermo neste local enquanto um lugar incômodo, assim como, a questão do cansaço frente às experiências vividas, foi abordada por Antúrio e Crisântemo.

O abandono em relação as suas coisas, com interrupção no cotidiano de vida foi mencionado por Margarida, Antúrio e Crisântemo diante do fato de morarem no Rio de Janeiro (RJ), Curuçá (PA) e Breves (PA), respectivamente, e terem questões pendentes em tais locais, como o apartamento com plantas e animais, no caso de Margarida, e o emprego de Antúrio e Crisântemo, considerando ainda que a razão que pesava para que permanecessem em Belém era a grave enfermidade do familiar. Cravo e Orquídea revelaram essa unidade de significado relacionada às suas reações ao visitar o familiar hospitalizado no CTI e ir embora, por não suportar a situação e evitar realizar a visita, respectivamente, vivenciando a sensação de abandono do familiar por não permanecer ao seu lado.

Portanto, ter uma pessoa significativa em processo de hospitalização, no limiar entre a vida e a morte, com horários pré-determinados ao encontro em um ambiente estranho e mobilizador de tensão, eram comuns a todos atendidos no plantão. Sofrimento, dor e culpa os aproximavam e o temor de que a morte do ente querido ocorresse, eram homogêneos a esse grupo, assim como, a expectativa num misto de alegria e temor para mais um encontro.

Sobre as especificidades dos casos destaca-se que Margarida se deslocou do Rio de Janeiro para Belém em função de três familiares doentes, entre eles seu irmão internado no CTI, que não residia no Pará, o que lhe acarretava um elevado ônus financeiro. Ela tentava se comunicar com o irmão, mas esse já não mais respondia. Visitou o irmão pela última vez para despedir-se dele antes de retornar a sua cidade, sentindo-se muito emocionada e culpada por deixá-lo naquele estado.

Crisântemo falou sobre os três meses de hospitalização do filho que completava três meses, crendo no restabelecimento da saúde do menino.

Orquídea revelou visitar o pai, compreendendo que a sua presença era necessária para a melhora dele, ao confortá-lo nos horários de visita. Ela também desvelou questionar-se se teria sido melhor escolher não operá-lo, além de expressar suas angústias e a necessidade de alguém para escutá-la, obtendo alívio quando foi atendida no Plantão.

Antúrio relatou dividir-se entre cuidar do pai e do restante dos familiares. Ele mencionou ainda o desejo de que os irmãos se responsabilizassem em cuidar do genitor. Assim, Antúrio poderia retornar para sua casa e trabalho. Após o atendimento no Plantão Psicológico sentiu-se mais esperançoso por um desfecho positivo para a situação vivenciada.

Cravo expressou necessitar de ajuda diante do contexto de vida que se encontrava, evidenciando que o seu estado psicológico estava desorganizado em função do adoecimento do pai. Revelou ainda que o seu nervosismo havia diminuído após ser atendido no Plantão Psicológico.

Jasmim relatou o sentido atribuído a um animal que apareceu em sua residência, como um sinal do restabelecimento da saúde do familiar enfermo. Falou sobre a sua compreensão relacionada ao estado do irmão após o falecimento dele, apoiando-se na ideia de que ele estava feliz e acompanhado por anjos. Ateleu isto ao fato dele ter falecido em um dia ensolarado. Foi observado também além negação do estado crônico e posterior óbito do seu familiar.

Todos os clientes expressaram nos seus relatos, a tristeza sentida diante da circunstância de ter um familiar hospitalizado no CTI, além de mencionarem ou demonstrarem, ao término da sessão, indícios de ressignificação de suas experiências, relacionadas aos atendimentos no Plantão Psicológico como um momento de desabafo, proporcionando tranquilidade, autocontrole, coragem e crença no restabelecimento do familiar enfermo; tiveram a necessidade satisfeita por ter sido escutado, aumento de esperança, diminuição do nervosismo e um cuidado recebido em um momento de dificuldade.

6.8 Discussão dos Resultados

Margarida e Crisântemo se manifestaram sobre o desconhecimento do estado clínico do parente, falando a respeito das observações acerca do familiar, durante a visita a ele no CTI. Portanto, observa-se a necessidade de que o plantonista se informe sobre a realidade, dinâmica e procedimentos realizados neste ambiente, visto a importância de ações psicoeducativas, isto é, esclarecer dúvidas e disponibilizar informações que diminuam a angústia do cliente. Por exemplo, explicar que o “tubo colocado no pescoço” é para manter a respiração da pessoa enferma diante de algum impasse nesse sentido; informar sobre horários e outros procedimentos importantes, disponibilizar os atendimentos antes e após as visitas; reafirmar sua compreensão e aceitação de ser este um momento comumente favorável a tensões; informar a equipe sobre os horários do Plantão e quando da chegada e saída do plantonista, entre outras.

O abandono do familiar foi trazido por Orquídea e Cravo relacionado a sensação de asfixia e espaço restrito no CTI, respectivamente. Enquanto Margarida, Crisântemo e Antúrio revelaram essa unidade de significado atrelada ao fato de residirem em outras localidades e terem pendências, como casa e emprego, sentindo-se desorganizados psiquicamente entre o peso da necessidade de darem continuidade a suas vidas, mas vivenciando a experiência de ter um familiar gravemente enfermo no CTI.

Todos os pacientes encontraram no Plantão Psicológico escuta e acolhimento desprovido de julgamento, sob sigilo, para que explicitassem demandas difíceis de contactar ou aceitar: a possibilidade de priorizarem recursos materiais, aos seus familiares enfermos, frente ao desejo de não estar presente quando da morte do ente querido, como por exemplo, no caso de Margarida ou a necessidade de Antúrio e Crisântemo de retornar para o local de origem a fim de retomar o trabalho, garantindo o sustento familiar. Vale considerar que Margarida, Crisântemo e Antúrio somente se deslocaram do município onde residem em função do adoecimento dos familiares.

Antúrio, ao solicitar ajuda psicológica no Plantão, inicialmente contou que reside distante da família. Porém, a partir do adoecimento do pai e sua ida para o CTI, dividiu-se entre cuidar deste e do restante dos familiares. Ao longo do atendimento, admitiu sentir medo da opinião do pai em relação a sua intenção de retornar para sua casa, além de perceber que superprotegia os irmãos, impedindo-os de se responsabilizarem por si mesmos, ao passo que os cobrava mais atitude.

A demanda de Antúrio revelava a vontade de que os irmãos assumissem a responsabilidade de cuidarem do pai enfermo, viabilizando a possibilidade de retornar para casa. Antúrio relatou inicialmente uma queixa enquanto sintoma da sua demanda. O cliente pode chegar com uma queixa no Plantão Psicológico, que no decorrer do atendimento revela-se diferente do seu impasse urgente (CHALOM E COLS. 1999).

As queixas estão no âmbito do manifesto, constituindo-se no que aparece e emerge na fala; já a demanda é latente, situando-se no âmbito do velado, requerendo desvelamento por uma compreensão testemunhada. Assim, o Plantão Psicológico “é um atendimento psicológico no qual o conselheiro se debruça sobre a narração da história do paciente com o propósito de, perpassando as queixas, deixar aflorar uma demanda da existência (ALMEIDA, 2006, p. 29).

O plantonista deve se colocar diante do cliente com uma postura inicial de considerar o contexto experiencial interno dele, aceitando provisoriamente a perspectiva do cliente sobre seus impasses e depois de compreender os motivos reais da pessoa, “procura utilizar esses motivos para fomentar os objetivos terapêuticos que possam parecer de possível realização” (CAUTELLA, 1999).

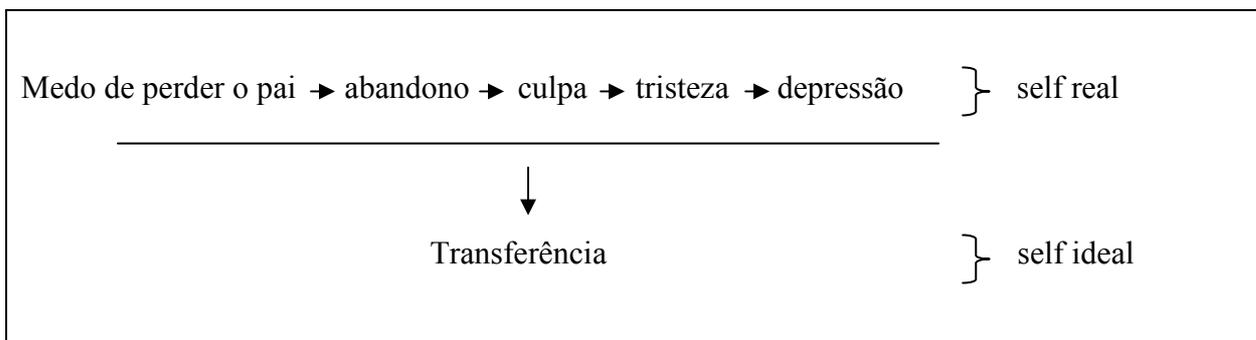
Antúrio ao buscar o Plantão diante de sua angústia de ter um familiar hospitalizado no CTI, pode entrar em contato com seu impasse e começar a aceitar o que existia de genuíno em si: o querer deixar o pai e voltar para o município de residência para não perder o emprego. Ao término do seu atendimento no Plantão Psicológico este cliente percebeu-se menos tenso e mais congruente, assumindo que cuidar da família e do genitor enfermo era pesado demais para si, quando precisava cuidar da sua própria subsistência, mantendo seu vínculo empregatício.

Os sentidos que Antúrio atribuiu a sua experiência de ter o pai hospitalizado no CTI foram: o medo de perdê-lo; o querer abandoná-lo para retomar a sua rotina e não perder o emprego; transferir para os irmãos a responsabilidade de cuidar do genitor; culpa pelo desejo de abandoná-lo; tristeza e depressão.

Antúrio ao escolher manter-se ao lado do pai enfermo no CTI e próximo dos outros familiares que residiam na capital paraense, assumia responsabilidades que em algum momento da sua experiência foram congruentes com a sua vontade de estar ao lado e cuidar de pessoas significativas para si: seus familiares. Ele agia de maneira equilibrada entre as características que compreendia ter, na circunstância, a vontade de deixar o trabalho, casa, companheira e filhos no interior e ir para próximo do pai, ampará-lo e sua capacidade de fazê-lo.

Contudo, com o auxílio do atendimento no Plantão Psicológico Antúrio vislumbrou que ao longo dessa experiência, sua necessidade modificara-se, revelando-se outra: retornar para a casa, emprego, mulher e filhos. Esse cliente vivenciava um conflito entre seu self real e ideal, pois permanecer na capital paraense era uma experiência que ele simbolizou como importante de ser vivida. Porém, transferir a responsabilidade de cuidar do pai para os irmãos foi uma maneira que a sua estrutura de self identificou como ideal para satisfazer suas necessidades de atualização e manutenção da organização psíquica diante da experiência ameaçadora da possibilidade de perder o pai e o emprego, sendo a transferência de responsabilidade mencionada, uma defesa para a sua estrutura de self.

Minha tarefa no atendimento de Antúrio no Plantão Psicológico foi ajudá-lo a simbolizar claramente suas experiências e identificar suas verdadeiras demandas, para que a partir de um funcionamento mais congruente, pautado na sua avaliação organísmica, pudesse fazer escolhas assertivas relacionadas as suas necessidades, dirimindo o conflito entre o seu self real, ideal e suas experiências, como especificado no quadro abaixo:



A respeito de Margarida, ao escutá-la relatar que o motivo de sair do Rio de Janeiro e vir para o Pará foi o estado de saúde dos seus familiares e principalmente o do irmão internado no CTI, pude compreender quanto os considerava, tendo o desprendimento de aos 75 anos de idade, abdicar de sua rotina de vida em prol de estar ao lado dos seus familiares e cuidar deles.

Em decorrência de procedimentos médicos que inviabilizavam a fala e mantinham o irmão de Margarida dormindo, o estado de saúde terminal dele o fazia já não responder as tentativas de comunicação dela, ficando a cliente, portanto, mais mobilizada e crédula de que o momento da partida do irmão se aproximava. Entretanto, os sinais de falência que processualmente o organismo do paciente emitia e a conduta assertiva da equipe de saúde de comunicar à família sobre o real estado de saúde da pessoa enferma, possibilitaram que

Margarida vivenciasse o luto pelo irmão de maneira menos traumática, tendo o suporte do atendimento que recebeu diante da disponibilidade do Plantão Psicológico.

No seu atendimento, relatou a última visita que acabara de fazer ao irmão para despedir-se dele antes de retornar ao estado onde reside. Emocionou-se ao compreender que aquela visita era a despedida definitiva, tendo a oportunidade de dizer para ele tudo o que naquele momento lhe desvelou ser importante. O que, porém, não a impediu de sentir-se desorganizada entre aceitar os fatos e o seu desejo de vê-lo saudável.

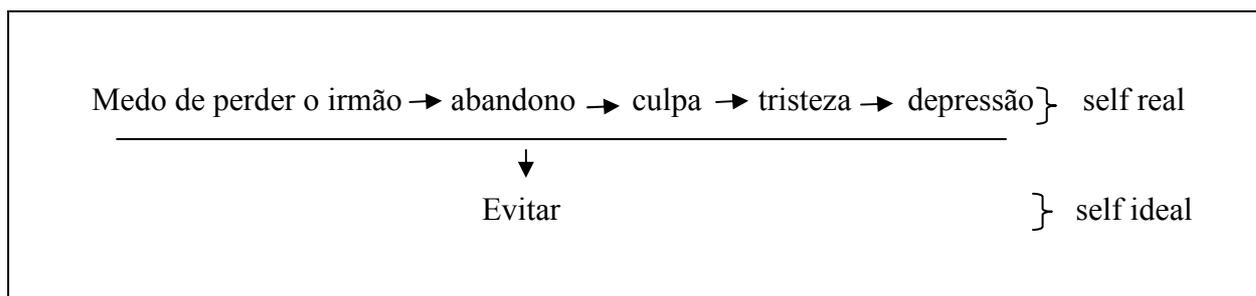
Ser atendida no Plantão Psicológico pode auxiliar Margarida a entrar em contato consigo diante da experiência de despedir-se do irmão e avaliar o que era importante para si, realizando ações mais congruentes com suas próprias vivências. Propiciou também que ela recebesse suporte psicológico mediante sua solicitação, ao defrontar-se em um momento de iminente perda de um familiar.

Para Margarida na situação de ter o irmão hospitalizado e falecendo no CTI, os sentidos desvelados atribuídos a essa experiência foram: o medo de perder o irmão; abandoná-lo, retornando para o Rio de Janeiro, evitando estar presente quando ele falecesse; culpa por deixá-lo em tal estado de saúde; tristeza e depressão.

Margarida estava psiquicamente desorganizada diante da afirmação da equipe médica do CTI sobre a gravidade do estado de saúde do seu irmão e o prognóstico do falecimento dele, percebido e simbolizado por ela, ainda que parcialmente, frente a dúvida a respeito da situação de inércia do irmão relacionada a possíveis medicamentos, nos momentos de visita ao familiar.

Presenciar o falecimento do irmão revelava-se uma experiência ameaçadora para o self de Margarida. Para defender-se, ela escolheu retornar para casa, evitando deparar-se “ao vivo” com a perda dele, avaliando e compreendendo que, desta forma, ficaria melhor.

Margarida vivenciava uma incongruência entre seu self real e ideal, simbolizando de maneira distorcida a realidade que suas experiências lhe apresentavam, sendo seu retorno para casa um funcionamento defensivo de manutenção da sua configuração de self, diante da experiência ameaçadora de perder o irmão. No entanto, durante seu atendimento no Plantão, a partir da oferta de um clima acolhedor e não ameaçador para seu self, Margarida pode compreender com mais clareza a situação vivenciada.



Crisântemo, por conseguinte, revelou ter se assustado com a aparência do filho, sentindo-se preocupado com a saúde dele. Por mais que as condições e procedimentos realizados no CTI tenham como objetivo a melhora da pessoa doente, existem consequências físicas decorrentes do longo tempo de internação no contexto mencionado, como o inchaço em função de, por exemplo, ser mantido por período prolongado em uma postura deitada, por medicamentos que provocam tal reação, o aparecimento de escaras (necrose na pele) pelo demasiado contato de uma região do corpo com a superfície da maca, a má circulação sanguínea, a redução dos movimentos corporais entre outros fatores. Além da própria estrutura física e ambiental do CTI, a doença contribui e interfere na capacidade de adaptação e mudança da pessoa hospitalizada (KIMURA, 1984).

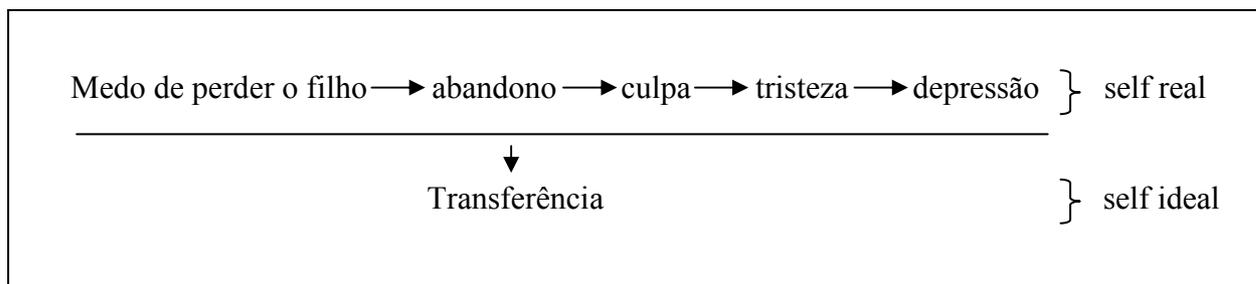
Crisântemo, ao ser atendido, falou sobre o seu nervosismo devido ao longo tempo de internação do filho em função do seu grave estado de saúde e ao desejo de melhora. Mencionou ainda, a sua necessidade de voltar para o interior, em função do trabalho, além da falta de dinheiro para manter-se na cidade.

Os sentidos desvelados a respeito da experiência de Crisântemo foram: o medo de perder o filho; abandono do filho pequeno doente no hospital; transferência da responsabilidade de cuidar da criança para a sua companheira, mãe do menino, em função de regressar para o município de residência por questões financeiras; culpa por deixá-lo em tal estado; tristeza e depressão.

Crisântemo, diante do adoecimento do seu filho, deixou seu emprego deslocando-se com a esposa e o menino em busca da cura, considerando que na capital seu filho teria um melhor cuidado de suas necessidades de saúde. Porém, em decorrência do tempo demasiado de hospitalização, que já ultrapassava os três meses, o pai passou a ter outras necessidades provenientes da experiência vivenciada. Havia o medo de perder o filho, mas estar longe de casa e do trabalho lhe impunha outras tensões, como a falta de dinheiro para sustentar a si e a esposa na capital.

Durante o seu atendimento no Plantão Psicológico, Crisântemo me contou sobre a escolha que havia realizado, ou seja, algo que já tinha vivido e que me informou enquanto era atendido por mim. Entretanto, a situação de estar um longo período distante de casa, o cansaço, o fato de ter o filho gravemente enfermo e o sentimento de perdê-lo, se revelavam para Crisântemo como experiências ameaçadoras para o seu self. Transferir a responsabilidade de estar ao lado do filho para a companheira, desvelou-se para o cliente como ação ideal e desejada para suprir suas necessidades psicológicas, defendendo seu self de uma desorganização.

Por outro lado, além da tristeza, Crisântemo sentia culpa por achar que estava abandonando o filho e a esposa. Ele vivenciou um conflito entre seu self real e ideal. Buscou atendimento no Plantão Psicológico, encontrando um espaço de cuidado psíquico para expressar sua angústia, o que o auxiliou nas adversidades inerentes aquele momento de vida. Minha função como plantonista foi auxiliá-lo a reorganizar sua experiência, esclarecendo suas verdadeiras demandas, para que pudesse fazer escolhas e efetivar ações mais congruentes.



A respeito de Orquídea, esta significou o ambiente do CTI como local mórbido, mas continuou a visitar o pai internado neste contexto, porque compreendia que ele precisava da sua presença para confortá-lo nos horários de visita. Tanto para os clientes como para a família, o horário de visita é tido como fator imprescindível à internação no CTI, haja vista que o afastamento e a separação entre estes podem ser considerados como aspectos geradores de estresse e insegurança. Somente pela observação direta e da presença do familiar é que a pessoa doente se considera segura e entende que no seu processo de adoecimento, internação e tratamento, sua família o ampara (LEMOS & ROSSI, 2002).

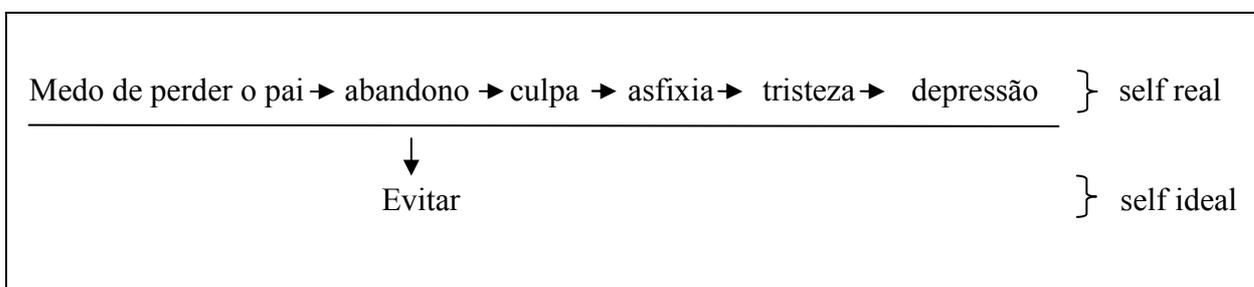
Orquídea, ao retornar da visita ao pai no CTI, constatou seu incômodo de entrar neste ambiente. Ela chegou à antessala de espera chorando e com falta de ar. Buscou auxílio psicológico no Plantão, de modo que ao término do seu atendimento não chorava mais e respirava normalmente. Finalizou, verbalizando sua necessidade de alguém que a escutasse

falar dos seus sentimentos e das dificuldades frente a necessidade de amparar o pai. Em seu único atendimento, pôde expressar suas angústias, trabalhando inclusive sua concepção negativa sobre o referido local.

Os sentidos desvelados sobre a experiência de Orquídea foram: o medo de perder o pai; sentimento de abandono, caso não fosse visitá-lo, devido ao incômodo ameaçador de vê-lo no CTI; culpa por abandoná-lo e outrora ter concordado com a operação do genitor, que transcorreu com complicações; sensação de asfixia ao estar no CTI; tristeza e depressão.

A experiência de ter o pai enfermo e internado no CTI era ameaçadora para o self. Sua reação defensiva foi a de evitar visitar o genitor, mantendo-se distante para não contactar com algo que lhe causava sofrimento. Desta forma, Orquídea agia de acordo com o que compreendia ser o ideal frente à situação vivenciada. Entretanto, ao sentir-se culpada pelo abandono do pai e compreender que sua visita era importante a este, reavaliou sua experiência, optando pelo encontro. Enfrentar a situação ameaçadora favorecia a desorganização do self, revelando-se em experiências corpóreas, como a sensação de asfixia.

O atendimento de Orquídea no Plantão Psicológico foi interventivo para auxiliá-la na reorganização de seu self e ressignificar sua experiência em um momento que se encontrava psiquicamente desorganizada.

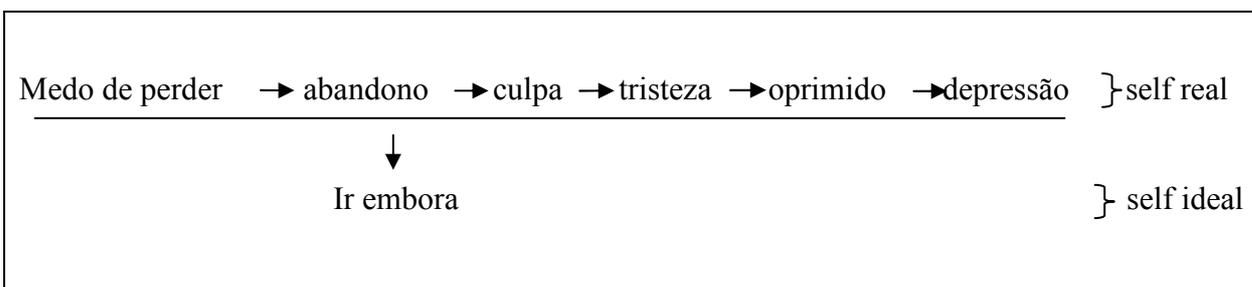


Cravo pontuou sobre o seu estado psicológico abalado na condição de familiar de uma pessoa hospitalizada no CTI. O processo de doença afeta um único indivíduo, mas a experiência da doença afetará a todos os outros que convivem com essa pessoa enferma, como por exemplo, sua família, seus amigos, seus colegas de trabalho e também a própria equipe multiprofissional (KLEINMAN, 1980).

Cravo revelou que os sentidos atribuídos a sua experiência foram: o medo de perder o pai; abandono do familiar, indo embora rapidamente do CTI ao deparar-se com o genitor internado; culpa; tristeza e sentimento de opressão oprimido no espaço reduzido do CTI. Na primeira tentativa de enfrentar a experiência de visitar o pai enfermo no CTI, este cliente

simbolizou a experiência ameaçadora para a organização do seu self, compreendeu que teria condição psicológica de fazê-lo, mesmo tendo consciência de que poderia ser uma situação difícil.

Cravo, diante do desejo de ver uma pessoa significativa para si, seu pai, se afastou das características que realmente possuía, isto é, distanciou-se de uma avaliação organísmica a partir do seu self real, concebendo-se baseado no seu self ideal ao crer que possuía características suficientes para vivenciar aquela experiência. Não suportando, o cliente abandonou o genitor ao retirar-se rapidamente daquele ambiente. A simbolização dessa experiência potencialmente desorganizadora de seu self levou Cravo a apreender e escolher retirar-se daquele contexto como ação de defesa para manter a configuração organizada do seu self, culpando-se posteriormente, por tê-lo feito.



Minha tarefa, quando Cravo solicitou ajuda no Plantão Psicológico, foi auxiliá-lo a compreender suas experiências, facilitando por intermédio de um clima não ameaçador que ele as ressignificasse e se destituísse de ações defensivas, desassociando-se do impasse entre o seu self real e ideal, além de primar para que aquela sessão tivesse caráter preventivo e reforçador da configuração mais organizada do self.

A respeito da dificuldade de ir / estar no CTI, Cravo, Orquídea e Margarida a expressaram com mais ênfase, referindo-se ao encontro com o familiar enfermo neste local, enquanto uma experiência incômoda. O que se torna compreensível, pois o estranho maquinário, as constantes interrupções e privações de sono, a superestimulação sensorial, sede, dores, abstinência de alimentos comuns, alimentação endovenosa ou naso-enteral, respiração por ventiladores, monitoração cardíaca e a sua sinalização, cateteres, procedimentos invasivos, a imobilização do paciente e ainda a superlotação de equipamentos no local são situações que propiciam alterações emocionais e psicopatológicas para o paciente, sua família e para a equipe de saúde (DI BIAGGI, 2001).

Contudo, pode ser observado que todos os clientes expressaram um sentido de incômodo para a experiência de estarem no CTI, o que significou deparar-se com um ambiente desagradável para eles, sentindo-se presos, oprimidos, sufocados, com rotinas de vida modificadas em função dos familiares doentes.

Observou-se que o processo de adaptação a esse momento de vida foi favorecido pelos atendimentos no Plantão Psicológico, assim como, pelas intervenções da equipe multiprofissional do CTI, no sentido de comunicar sobre o real estado de saúde das pessoas internadas naquele setor. Destaca-se também o suporte disponibilizado pelos familiares tanto em relação ao paciente como aos demais membros do grupo familiar.

Essas experiências possibilitaram observar a força emanada desses familiares em meio a tanto sofrimento, sendo revelados seus processos autoreguladores, suas tendências atualizantes potencializadas pelos fatores acima mencionados e principalmente pelo atendimento no Plantão Psicológico, enquanto cuidado psíquico disponibilizado.

O Centro de Tratamento Intensivo, lugar, segundo Di Biaggi (2001) no qual os pacientes mais se recuperam do que falecem, sempre tem, socialmente, estigmas negativos atribuídos, pois este local está associado ao morrer, considerando que a simples menção da sigla CTI deixa, por vezes, as pessoas angustiadas pela sua representação simbólica sendo sinônimo de morte iminente. No entanto, este ambiente é também o espaço de cuidados e de ressignificação do vivido.

O medo da separação do familiar trata-se de uma situação relacionada ao temor de que este viesse a falecer, apresentando também um significado abrangente, o qual incluía a perda do trabalho, das atividades habituais, da rotina cotidiana imposta pela circunstância de ter um familiar internado no CTI e presentificar-se no hospital nos horários de visita para vê-lo.

O abandono foi assim desvelado enquanto sentido, na experiência dos clientes, revelando a ideia ou ação de deixar o familiar no CTI, afastando-se dele. Atrelava-se a três possibilidades de sentido: 1) transferência, 2) ir embora e 3) evitar. A primeira configurou-se quando o cliente queria tirar de si, atribuir à outra pessoa o que se revelava estressante, desagradável para si, como por exemplo, abster-se da responsabilidade de acompanhar o familiar no CTI e passá-la para outra pessoa, podendo desta forma, usufruir da liberdade de cuidar da própria vida e afastar-se do contato direto com a experiência ameaçadora de ter alguém significativo internado no referido contexto. A transferência para a Abordagem Centrada na Pessoa acontece quando o cliente “experimenta o material que traz à consciência como uma forte ameaça a organização do self” (ROGERS, 1992, p. 251).

Por outro lado, o ir embora sinalizava o retirar-se da experiência incômoda de estar ao lado do familiar hospitalizado no CTI e vê-lo naquele estado, contactando diretamente com essa realidade.

Outro sentido do abandono foi o evitar, observado quando o cliente desviava-se da experiência que era sentida como ameaçadora. Nos atendimentos, esse tipo de abandono configurou-se em evitar ir ao CTI visitar o paciente internado ou decidir partir, após o prognóstico de falecimento da pessoa hospitalizada, anunciado pelo médico, evitando presenciar o momento da morte ou deparar-se com o corpo sem vida do familiar.

Todos os três sentidos de ir embora, transferência e evitar, atrelados ao sentido de abandonar o familiar, estavam relacionados às defesas como recurso de proteger o self, impedindo que ele se desorganizasse diante das experiências ameaçadoras.

A defesa é o estado interno de uma pessoa que adota comportamentos e atitudes, buscando a manutenção da integridade do seu self. Trata-se da reação do organismo a qualquer situação de ameaça.

A defesa opera por via da deformação perceptual e visa mesmo mitigar o estado de desacordo existente entre a experiência e a estrutura do eu, seja a interceptar certos elementos ameaçadores e, por este caminho, a negar a existência da ameaça (ROGERS & KINGET, 1977, p. 170-171)

No relato dos clientes, emergia também a culpa enquanto arrependimento pela ideia ou ação de abandono do familiar. Portanto, a culpa era experienciada, considerando o estado do cliente amedrontado frente à possibilidade do seu familiar vir a falecer, sentindo-se arrependido por ter sido o autor do abandono ou por ter pensado em fazê-lo. Sentir culpa conduz a pessoa a se avaliar e refletir “se há algo a reparar e, assim, decidir como viver diante do fato relacionado com a culpa sentida” (CARRENHO, 2007, p. 46).

O sentido de estar oprimido ou preso, atribuído pelos clientes, era congruente as suas experiências naquele ambiente. Para tanto se destaca as características daquele local, como por exemplo, os horários delimitados para a visita, a necessidade de rigor quanto à higiene para adentrar ali, assim como, a obrigatoriedade de vestimentas específicas. Assim era revelado o mal-estar experienciado pelas pessoas, associado ao sentir-se sufocado, oprimido, preso àquele ambiente, somados às condições de seus familiares internados, dependentes do aparato tecnológico e de procedimentos invasivos os quais manteriam a vida.

A respeito da tristeza, esse foi um sentimento vivenciado pelos clientes. Emergia em decorrência de todas as experiências dolorosas relacionadas ao fato de se ter um familiar

internado no CTI, sendo que quando sentida intensamente, em seguida, desvelava-se a depressão.

Segundo Kaplan e Sadock (1998), essa condição pode ser observada quando se configura uma situação de descontentamento, infelicidade e tristeza intensa, associada à perda do trabalho, das atividades habituais, da rotina cotidiana imposta pela circunstância de se ter um familiar internado no CTI, como também o falecimento deste ou ainda a perda imaginária diante da possibilidade dele partir.

A esse respeito Carrenho (2007) afirma que depressão pode ser experienciada quando a pessoa vive acontecimentos como perdas pela morte de alguém querido, rompimentos de relações afetivas, perda da saúde ou ainda frustrações diante de algo que se esperava muito, compreendendo que:

(...) chamamos de luto o processo de reação às perdas, sejam quais forem; é o lamento por algo que não queríamos ter feito, é o entristecer por algo que não se tem mais, mesmo se desejando do fundo do coração. E tanto a culpa como o luto estão fortemente relacionados com as perdas e são reações que têm funções fundamentais e úteis na maturação humana (CARRENHO, 2007, p. 40).

A vivência do luto relaciona-se não apenas a perdas de pessoas queridas pela morte, pois incluem qualquer tipo de perda, que pode ser por morte, mudança geográfica, perda do trabalho, da rotina de vida, aspectos esses encontrados nas experiências dos clientes atendidos no Plantão.

Por sua vez, a culpa é uma forma de autopunição, na qual a pessoa processualmente destrói sua vida e renuncia a qualquer direito que tenha por acreditar não o merecer. Dessa forma, Carrenho (2007) afirma que a depressão pode estar carregada de culpas que não são tratadas. Quando são manifestadas, a pessoa que as sente tem a possibilidade de lidar com elas de uma forma mais congruente entre o que sente e as experiências que vivencia.

Ressalta-se que esses foram os sentidos desvelados pelos clientes que solicitaram atendimento no Plantão Psicológico, cujos familiares internados no CTI estavam vivos, ainda que tivessem o risco de falecer a qualquer momento. Contudo, compreendo que é importante discutir os sentidos atribuídos quando da morte do familiar.

A respeito de Jasmim, esta olhou para a janela da antessala de espera e revelou acreditar que seu irmão estava feliz em virtude de ter falecido em um dia ensolarado e estar na companhia de anjos, assim como contou sobre o aparecimento de um coelho, atribuindo-lhe o sentido de um animal com cor que simboliza a paz e, portanto, na circunstância do

adoecimento de seu irmão mais novo, atribuiu ao referido animal o sentido de que o rapaz se restabeleceria atrelado ao medo de perdê-lo.

Ao relatar tais crenças, Jasmim revelou que no seu campo fenomenológico¹⁹ estas eram defesas relacionadas a sua interação com o mundo, com as experiências que vivenciava enquanto ameaçadoras para a sua estrutura de self, estando direcionadas no sentido da não aceitação do estado crônico de saúde do irmão e posteriormente, o falecimento dele.

A base do comportamento humano são as defesas, importando não as condições objetivas do mundo, mas as propriedades, os sentidos atribuídos pelo indivíduo, isto é, pela pessoa que confere sentido a esse mundo com o qual interage, visando à preservação e realização de si (SNYGG & COMBS apud GOBBI et al, 2005).

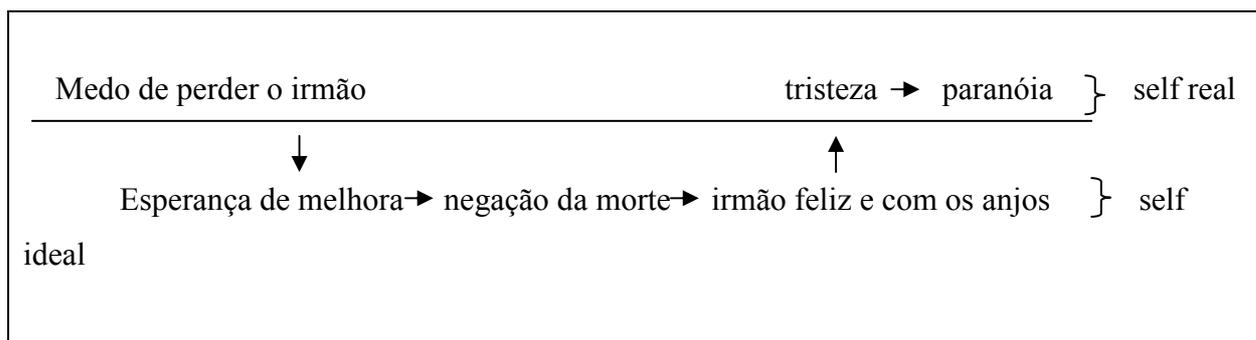
As defesas de Jasmim foram uma reação pela qual ela experimentou e percebeu os acontecimentos ao seu redor. O seu campo perceptível foi para Jasmim a sua realidade (ROGERS, 1992); realidade esta que ela negou, tendo dificuldade de aceitá-la em função do sofrimento que lhe causou, mencionando não acreditar na morte do irmão, mesmo após ter recebido a notícia do falecimento e assinando os documentos necessários para a liberação do corpo do familiar.

Jasmim desvelou a negação do grave estado de saúde do irmão caçula, atribuindo ao coelho branco, o significado da melhora, ao mesmo tempo em que revelou a dor sentida diante da experiência de tê-lo perdido e um desajustamento psíquico²⁰ pela ideia de que ele estaria bem, porque havia falecido em uma manhã ensolarada, além de desconfiar da veracidade da informação de que seu irmão havia morrido. Ser atendida em uma única ocasião na modalidade de cuidado psicológico aqui referido auxiliou Jasmim a diminuir sua angústia e iniciar sua trajetória para o caminho da própria congruência.

Os sentidos desvelados a partir da experiência de Jasmim foram: medo de perder o irmão; um animal com o significado de que seu familiar se restabeleceria; negação do falecimento do familiar; simbolização distorcida da sua experiência, por meio do sentido de que o familiar estivesse feliz e na companhia dos anjos; tristeza e desconfiança a respeito do falecimento do irmão (paranóia).

¹⁹ Cf. página 19.

²⁰ Desajustamento psíquico é o resultado da incongruência entre o self e a experiência. Ocorre “quando o organismo deforma ou intercepta elementos importantes da experiência. Considerando-se que estes elementos não são representados ou o são incorretamente, na estrutura do eu, resulta que o eu e a experiência total não correspondem – o que dá lugar a conflitos, tensões e confusões” (ROGERS & KINGET, 1977, p. 170).



Os sentidos de defesa da cliente, como acreditar que o coelho branco significava a melhora do irmão, a negação do falecimento e a crença de que o familiar estava feliz e com os anjos em função de ter falecido em um dia ensolarado, referiam-se a simbolizações distorcidas da experiência ameaçadora de perder o irmão para a estrutura do self. Portanto, relacionavam-se à defesa ao recusar-se a reconhecer um aspecto doloroso da sua experiência: o estado crônico de saúde do familiar e em seguida o seu óbito. A reação de Jasmim a essa experiência foi de rechaçá-la, negá-la, porque lhe causava sofrimento e desorganização do self.

Alimentar esperança do restabelecimento da saúde do familiar, em seguida negar sua morte e afirmar que ele estava feliz e com anjos, figura religiosa que Jasmim significava como positiva, eram desejos e perspectivas que pautavam o funcionamento da cliente a partir de aspectos provenientes do seu self ideal.

A circunstância vivenciada por Jasmim era demasiadamente dolorosa, deixando-a triste, além de ser desestruturante para si, fazendo-a afastar-se das características que realmente possuía (self real) e basear-se em outras, simbolizando os fatos vivenciados de maneira desvirtuada, tornando suas experiências menos perigosas para a organização do seu self que já se encontrava desorganizado.

A respeito da desconfiança de Jasmim sobre a informação do falecimento do seu irmão, desvelou-se ser este um sentido paranóico de descrença de um acontecimento fatídico e desconfortante: a partida definitiva do seu familiar.

Rogers pontua sobre funcionamento paranóico associando-o como um processo defensivo do organismo.

A noção de comportamento defensivo abrangeria, pois (...) certos comportamentos geralmente classificados como psicóticos, tais como as atitudes e comportamentos paranóides. Quanto a noção de comportamento desorganizado, esta abrange diversos tipos de comportamentos psicóticos (...). Esta classificação nos parece mais fundamental que a classificação usual e, sob um ponto de vista terapêutico, ela parece mais fecunda. Além do mais, está menos sujeita à reificação – isto é, as noções de

neurose e de psicose estão nela menos expostas ao perigo de se instituir como entidades (ROGERS & KINGET, 1977, p. 203).

Durante o seu atendimento no Plantão, ao perceber que naquele momento Jasmim desmoronaria psiquicamente caso a negação do falecimento do seu familiar fosse evidenciada para si, tornando esse fato irrefutável, priorizou-se oferecer um clima de acolhimento, ofertar um momento não ameaçador para Jasmim, que a possibilitasse se sentir segura para externalizar sua dor, colocá-la para fora, falar a respeito, iniciando um processo de desvinculação de defesas para tornar-se consciente da sua situação foi necessário e importante.

Desta forma, a oferta do Plantão Psicológico no CTI, por si só, foi significada pelos clientes como um respaldo, um apoio, um cuidado psicológico disponibilizado caso em algum momento das suas experiências, um sofrimento se engajasse em seu ser e se tornasse difícil manejá-lo.

Vale considerar ainda, que os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com aqueles apresentados por Perches (2009) o qual destacou a eficácia do Plantão, como também seu poder transformador, propiciando mudanças de atitude ao permitir que o cliente assumisse novos posicionamentos diante de si mesmo e do mundo, legitimando o seu modo de ser e sentir naquele momento de vida específico.

Portanto, destaca-se que a assistência psicológica através dessa modalidade de atendimento contribui para as pessoas lidarem efetivamente com os impasses de suas vidas, especialmente no momento como este, considerando que foram evidenciados comportamentos mais congruentes após os atendimentos, indicando a importância do pronto atendimento, do acolhimento de demandas urgentes, entre outras.

Nesse sentido, evidencia-se também a necessidade de que essa modalidade de cuidados deva ser semeada e germinada nos Centros de Terapia Intensiva, como espaço de desvelar e acolher urgências. De baixo custo e compatível com as rotinas do setor, exigirá a escuta cuidadosa e especializada do plantonista, o qual poderá atender às demandas dos familiares ou da própria equipe.



Capítulo 7

A RELAÇÃO CLIENTE-PLANTONISTA E O PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO



O que levou as pessoas a buscarem ajuda psíquica no Plantão Psicológico no CTI foram: a angústia, ansiedade, o medo, o sofrer provenientes de experiências ameaçadoras. As pessoas que procuraram o Plantão não o fizeram porque foram convocadas. Portanto, infere-se que existe uma mobilização interna que gerou essa busca.

Para compreender a respeito do processo de sofrimento na pessoa é preciso antes refletir sobre ansiedade e angústia. A primeira é um estado de tensão generalizado do organismo, predispondo movimentos externos. É “(...) caracterizada por ser uma reação a um perigo irreal ou imaginário” (GOBBI et al, 2005, p. 22). Enquanto a angústia é um estado emocional com reações internas, voltadas para a própria pessoa. Trata-se de um mal-estar ou tensão em que a pessoa desconhece a causa (ROGERS & KINGET, 1977).

Entre os sinais da angústia tem-se, como revelado nos diversos atendimentos no Plantão Psicológico no CTI, um

(...) ensimesmamento²¹ apreensivo que interfere na solução efetiva e vantajosa de problemas reais e por uma dúvida insolúvel sobre (...) a probabilidade do surgimento real da ameaça, sobre os melhores meios objetivos de reduzir ou eliminar o perigo e sobre a capacidade subjetiva para fazer uso desses meios (CAMPBELL, 1986, p. 42).

A ansiedade pode promover angústia, constituindo um estado de desacordo entre o self e a experiência, onde a pessoa simboliza a realidade vivida de maneira parcial ou distorcida. O indivíduo, dessa forma, defende-se da ameaça da tomada de consciência a respeito da experiência ameaçadora para a configuração do seu self. Quando a angústia permanece latente pode ser simbolizada de modo errado. Quando manifestada, permite a simbolização do medo definido por Rogers e Kinget (1977) como a reação a uma situação ou objeto definido. A ansiedade e angústia se distinguem do medo por este ser uma reação natural de defesa com relação a um objeto, perigo real ou ameaça real de perigo (GOBBI et al, 2005, p. 22).

Quanto maior for o nível de ansiedade, maior será a angústia e o sofrimento também. A pessoa se desorganiza conforme a ansiedade se instala em seu organismo, precedendo o sofrimento. Tanto a ansiedade como a angústia são consideradas como reações naturais e normais diante de situações percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras para si (GOBBI et al, 2005).

²¹ Estado de voltar-se para si mesmo.

A Abordagem Centrada na Pessoa, alicerçando a prática do Plantão Psicológico, pontua a angústia e ansiedade como direcionadas para a realidade vivida da pessoa. Ao valorizar o vivido, a plantonista privilegia como o cliente significa os fenômenos de sua experiência.

No processo de cuidado psicológico, a ansiedade e angústia são compreendidas como “(...) um estado de desadaptação, fruto da incongruência vivida pelo indivíduo entre experiência, self e self ideal” (GOBBI et al, p. 22). A pessoa que consegue uma maior congruência entre a experiência e o self, tem como resultado a diminuição dos níveis de ansiedade e angústia.

De outro modo, a incongruência entre experiência e self causa o deslocamento do centro de avaliação e valor²² da pessoa e interfere na auto-regulação. Esse deslocamento ocorre cada vez que ela rechaça o seu próprio referencial, pautando-se e valorizando um referencial externo, esquecendo-se que ela e o mundo existem intersubjetivamente. É nessa circunstância que o sofrimento se instala. A auto-regulação funcionará, então, da maneira que a pessoa compreende o mundo e se percebe nele. Se o indivíduo supervaloriza o que está fora de si, distancia-se do que pode deixá-lo congruente consigo mesmo.

O deslocamento do centro de avaliação e valor da pessoa é um movimento que a conduz ao sofrimento engajado pelo medo (HORTA, 2005). Principalmente, quando me reporto ao ambiente do CTI com todas as suas variantes e significados atribuídos por familiares e profissionais deste setor: medo da morte, do ambiente do CTI, entre outros.

O deslocamento de avaliação e valor pode ocorrer pela entrada do sofrimento na personalidade a partir das opções que a pessoa realiza diante da percepção do que vivencia. Desta maneira, ao escolher, a pessoa responsabiliza-se pelas consequências da sua própria escolha. Então o processo é: percepção e avaliação das experiências, escolha, responsabilidade e sofrimento engajado pelo medo.

O medo pode ser o início da desorganização da pessoa, compreendendo que ele tende a potencializar o deslocamento do centro de avaliação e valor, resultando em desorganização do self, e conseqüentemente, da personalidade, originando o sofrer que se revelou no contexto do CTI como um impasse psíquico que requer cuidado psicológico urgente.

²² Centro de avaliação e valor refere-se “à fonte dos critérios aplicados pelo indivíduo na avaliação de suas experiências. Quando essa fonte é interna, inerente a própria experiência, dizemos que o centro de avaliação está no indivíduo. Ao contrário, quando aplica a escala de valores de outra pessoa, dizemos que o centro de sua avaliação se situa em outra pessoa” (ROGERS & KINGET, 1977, p. 178).

O fim do sofrimento é a reorganização do self, estabelecendo congruência entre este e a experiência, a partir do retorno do centro avaliatório da pessoa para ela mesma. Ao restabelecer o estado de congruência entre experiência e self ocorrem mudanças nos comportamentos da pessoa. Se for o deslocamento do centro de avaliação e valor da pessoa que a leva a buscar ajuda, então é função da plantonista no contexto do CTI, facilitar o processo do cliente para restaurar seu estado de congruência.

Essa facilitação ocorre quando a plantonista auxilia o cliente a entrar em contato consigo, a ter-se como seu próprio referencial, iniciando a trajetória de ressignificação das suas experiências e iniciar o processo de reorganização do self. Ela auxilia o cliente a realizar suas próprias escolhas de maneira congruente, isto é, integrando melhor sua experiência, percepções e sentimentos. A reorganização do self conduz a pessoa para o término do sofrimento.

O Plantão Psicológico auxiliou o indivíduo a tornar-se mais congruente, intervindo no processo de aceitação da pessoa em relação aos seus movimentos degradantes. Esta modalidade de cuidado psicológico revelou nas ações da plantonista, os subsídios para o desencadeamento de um processo de autoaceitação nos clientes, possuindo, entre seus escopos, auxiliar a pessoa a encontrar um caminho em direção a sua própria congruência diante da urgência psicológica. Propicia a trajetória do indivíduo a realizar escolhas conscientes de maneira mais plena.

O processo de ajuda na relação de cuidado psicológico no Plantão é ilustrado pelo trecho a seguir, de um atendimento com familiar sobre o seu estado diante das complicações de saúde do pai hospitalizado:

Eu fiquei decepcionada! Eu fiquei. Eu perdi a confiança nos homens, mas em Deus, nunca! Agora já estou melhor! De tanto a gente falar, falar, falar, a coisa vai relaxando. Eu dizia “meu Deus, do que essa criatura é capaz!” Eu perdi a confiança nos homens, mas em Deus nunca!

Quando a escutei, empaticamente senti o quanto ainda estava tensa, mesmo após falar diversas vezes sobre o estado do pai para relaxar. Compreendi que estava desacreditada nos homens e a fé que nutria a ajudava a se manter erguida diante da situação que vivia. Escolhi seguir ajudando-a a diluir o seu estado de tensão, evidenciando com sensibilidade o sentido que escutei em sua fala: “Eu estou aqui imaginando o teu estado de tensão, porque se agora, tu me

dizes que já estás mais tranqüila e ainda te vejo dar suspiros, querendo relaxar o corpo...”. Ela me respondeu:

Eu respirava de meia em meia hora. Puxar para oxigenar. Entendeu? Já passou mas isso. Era freqüente. Respirava...! Foi forte, muito forte. Está lá o homem moribundo, todo inchado. (...) Aí é aquela história, não devíamos ter levado o papai para operar. Tudo isso vem na minha mente. Porque se não levasse ele ficava mais um anos em casa. Até o negócio (câncer) ir para o cérebro, osso, não sei para onde, porque ele é um tumor lento. Ia demorar em torno de um ano mais ou menos. Aí ele estaria lá, mas como as coisas não são como a gente quer... É aquilo que eu te digo, tudo é um processo que tem que passar aqui para as coisas acontecerem. Esse mecanismo é até uma defesa, sabe como é? Quem não usa isso descompensa.

Eu sentia meu interesse em atendê-la aumentar conforme falava de si e se mostrava, escolhendo ser “forte”, mas consciente que para isso utilizava mecanismos de defesa para não “descompensar”. Minha atenção prendeu-se na informação dela sentir-se culpada pelo estado do pai em virtude da decisão conjunta com os irmãos de operá-lo. Essa era a chave para ajudá-la a contactar melhor com suas experiências e ressignificá-las, amenizando a angústia e tensão sentidas.

Tal revelação soou para mim como um reforço de permanecer naquele caminho, seguindo minha intuição. Senti-me congruente e afirmei:

Então, racionalmente tu pensas que se de repente tu e tua família não tivessem escolhido tentar um procedimento que prolongasse a vida dele, como a cirurgia, ele estaria em casa sem ter todas essas complicações. Na época, foi pensado que talvez não fazê-la significasse a coisa errada.

Obtendo como resposta:

É tem tudo isso. (Fez uma breve pausa) Mas como foi por esse lado era para ter acontecido isso mesmo. E aí a correria. É aquilo que eu te falei, a redenção dos homens. Com certeza é

isso, não tem outra explicação. (...) Sabe aquele quadro do programa do Gugu²³ “Aconteceu comigo”? (Ri) (...) É, minha amiga, essa é a história. Agora o papai é um guerreiro. Se é! No meu coro eu não aguentava uma dessa! Tu olhas daqui ele está corado. Ele não tem cara de defunto não! (Ri) Aquela palidez, (...) tu olhas para o rosto dele e está corado. Ele está tomando muito antibiótico!

Percebi que havia plantado uma semente. O seu movimento foi sutil, mas sinalizou um princípio de reflexão. O atendimento foi interrompido e finalizado pela chegada da sua irmã chamando-a para entrar no CTI. A cliente foi ao encontro do pai, porém sua expressão cansada e tensa em relação a sua chegada modificara-se para mais relaxada e sorridente e sua respiração acontecia normalmente, sem os suspiros quando do início do atendimento.

Sabe-se que a plantonista precisa facilitar um clima propício para o processo de crescimento pessoal do cliente. Para tanto, adota atitudes facilitadoras, estimulando-o a potencializar sua tendência atualizante, auxiliando-o a perceber a ligação entre o que experimenta e sente.

A cliente acima referida sentia medo de que o pai hospitalizado no CTI falecesse em virtude de complicações no pós-operatório. Minha função foi auxiliá-la a contactar com suas experiências, propiciando um processo de conscientização e ressignificação delas, desvinculando-se da crença de que a sua decisão conjunta a dos outros familiares de operar o genitor, foi equivocada e que o sofrimento do pai era necessário para a “redenção dos homens”.

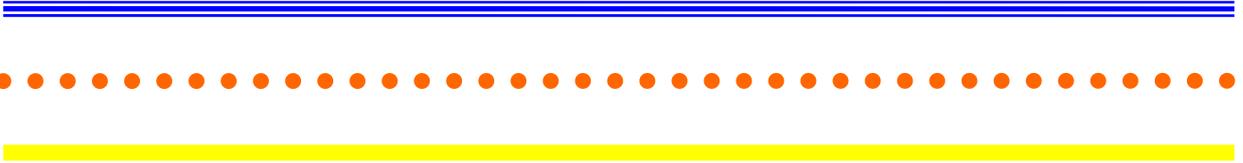
Gradativamente nas demais sessões, a tensão (ansiedade/angústia) da cliente era amenizada, por conseguinte seu sofrimento também e apesar da gravidade do estado do pai, ela conseguiu lidar melhor com a situação. Se a plantonista facilitar e compreender o processo de autoexploração do cliente, algumas mudanças como a valorização da experiência vivida e uma aproximação significativa de si mesmo, podem ser desencadeadas.

O Plantão Psicológico com sua proposta de atender urgências psíquicas e a possibilidade de um único ou poucos atendimentos enfoca em consonância com a Abordagem Centrada na Pessoa, a experiência do cliente e o significado que ele atribui a ela. O enfoque da experiência permite o desenvolvimento dos reais sentimentos do cliente, com autonomia para relatar o que pensa e sente.

²³ Programa de auditório da emissora Record exibido aos domingos.

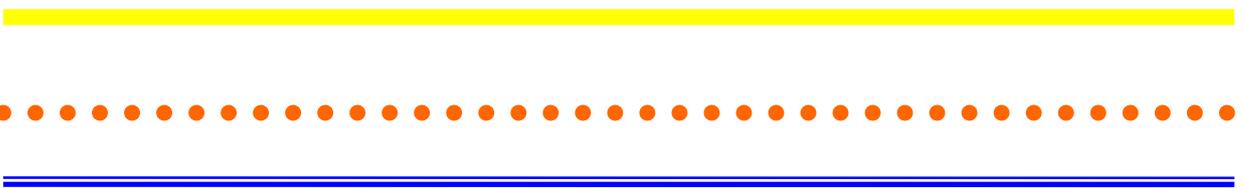
Enquanto plantonista me coube a missão de ser uma ouvinte atenta e autêntica, com postura facilitadora de intervisão, confirmando a potencialização do movimento da cliente em direção ao seu amadurecimento. A relação de cuidado psíquico no Plantão Psicológico entre os clientes e eu, enquanto plantonista, os auxiliou no processo de ressignificação de suas experiências e reorganização do self, dirimindo o sofrimento.

Portanto, a relação plantonista-cliente era pautada na disponibilidade deste primeiro em considerar todas as manifestações do segundo, estando disponível de modo a estimular sua expressão, valorizando a experiência. Como facilitador, seguia acolhendo urgências, auxiliando o cliente em suas descobertas e contatos, de modo que através da escuta empática e consideração positiva incondicional favorecia o alívio de tensões, tal como uma sombra no deserto do percurso de cuidados ao familiar entre a vida e a morte.



Capítulo 8

REFLETINDO SOBRE O SERVIÇO E SEUS RESULTADOS



A resposta para essa questão, ou seja, qual a avaliação dos clientes a respeito de serem atendidos no Plantão emergiu deles próprios, durante o período inicial de divulgação do Plantão. Ao me apresentar a eles e informá-los sobre o que se tratava o Plantão Psicológico e a minha disponibilidade para atendê-los nesse formato, ocorreram manifestações com um discurso que legitimava a necessidade de um cuidado psicológico às urgências cujo Plantão e conseqüentemente, eu como plantonista, me dispunha a ofertar no CTI. O que pode ser constatado no relato de um familiar como observado a seguir:

É muito bom que tenha alguém para cuidar da gente. Porque não são só os doentes que precisam de cuidado. A gente também precisa. Chega aqui nervoso... Às vezes segura as lágrimas, as vezes não agüenta e chora. Precisamos estar bem para entrar lá (CTI).

Posteriormente, sem exceção, em todos os atendimentos realizados as pessoas ao término destes, se expressaram seja com uma postura um pouco mais relaxada, um pedido de abraço, um aperto de mão demorado, um sorriso sincero ou geralmente, verbalizando que ainda se sentiam incomodadas com a situação vivida relacionada à enfermidade de um familiar hospitalizado no CTI. Mas falar a respeito de suas angústias e ansiedades, ser escutado e ter as demandas clarificadas amenizavam a tensão vivenciada naquele momento de suas vidas.

Outra ação que considero como um sinal de validação do cuidado psicológico ofertado através do Plantão foi quando um profissional de medicina e que atuava no CTI me procurou, pedindo ajuda psicológica para dois familiares que visivelmente experienciavam a negação frente ao inevitável prognóstico de óbito de seus parentes internados no CTI.

Tal solicitação foi significada por mim como um reconhecimento da importância e dos possíveis benefícios que a oferta do Plantão Psicológico naquele ambiente se dispunha, auxiliando as pessoas atendidas para um funcionamento processual mais congruente e autêntico. Refletia em melhoramento da saúde das pessoas enfermas no CTI, no trabalho dos profissionais e relacionamento destes entre si, com os enfermos e os familiares, melhorando a comunicação e conseqüentemente o clima no referido ambiente a partir da disponibilização de cuidado psicológico no Plantão para os familiares e profissionais.

Percebi também mudanças no comportamento de alguns clientes atendidos no Plantão Psicológico, que em função dos seus familiares hospitalizados no CTI, permaneciam frequentando aquele ambiente, como por exemplo, uma senhora com aparência apática na ocasião do seu atendimento, com o filho gravemente enfermo e hospitalizado há mais de três

meses no CTI. Ela havia me dito que se sentia sem vida, porque o filho era sua vida e estava falecendo. Eu lhe respondi que no contexto vivido por ele, o leito fechado do CTI, ela representava a vida para ele.

Na circunstância seguinte que a vi na antessala de espera aguardando o horário de visita começar para vê-lo, ela trajava uma roupa colorida, simples, porém mais composta que outrora. Seu rosto já não estava tão pálido com o rubro suave do batom que cobria seus lábios. Percebia-se que estava muito triste em decorrência do fato que experienciava, entretanto, era possível sentir seu esforço sincero para apresentar-se animada no encontro com o filho.

Além das outras pessoas na sala de espera que também perceberam tais mudanças, dirigindo comentários a ela, eu a elogiei, dizendo-lhe que estava bonita. Ela respondeu, referendando-se ao seu atendimento no Plantão, que precisava estar bonita para ver o filho.

Essas foram informações avaliativas sobre o serviço de Plantão disponibilizado mencionadas diretamente para mim durante o período de oferta desta modalidade de atenção psíquica no CTI.

Após essa fase, obtive também informação, por intermédio de um profissional da saúde. Este, entretanto, pertencia a uma área distinta da psicologia, atuando em outra instituição hospitalar, que coincidentemente prestou cuidado a uma pessoa atendida por mim no contexto do CTI e desconhecia tal vínculo de atendimento entre o cliente e eu.

Por intermédio do referido profissional, foi possível saber que a pessoa atendida no Plantão no CTI revelou ter sido de relevante ajuda o cuidado psicológico que lhe foi disponibilizado, em uma circunstância difícil de sua vida e no acolhimento de suas urgências psicológicas.

Uma importante notícia sobre os resultados e muito significativo para mim, foi quando após seis meses da conclusão deste trabalho no CTI, uma senhora outrora atendida na modalidade de atenção mencionada e que experienciou a perda do filho com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), me encontrou no jardim do hospital conversando com a orientadora.

Ela, sem pudor, se aproximou com um largo sorriso no rosto, de tal forma que não se acanhou em interromper a conversa, ignorando a presença da outra pessoa a minha frente. Abraçou-me apertado, me chamando de “menina” e por vezes “doutora”. Falou francamente o quanto era grata pelos atendimentos, minha presença e disponibilidade nos seus dias de intensa dor. Finalizou perguntando se poderia ser novamente atendida por mim no Plantão, revelando

que ainda sentia consideravelmente a ausência do filho, mas compreendia que a vida haveria de continuar.

Para minha felicidade, não somente eu era testemunha desses resultados, mas naquele momento a orientadora e todos que observaram aquela mulher, em um encontro estimado e saudoso, revelando em suas ações e palavras o cuidado recebido, atribuindo um sentido de validação desta modalidade de atenção psíquica, averiguando ainda, a possibilidade de requerê-la, mesmo encontrando-se já desvinculada do contexto do CTI, por não ter mais um familiar internado naquele local. Sua expressão sinalizava gratidão pelo cuidado disponibilizado e confiança em seus efeitos, incluindo também um pedido de “quero mais“, favorecendo a compreensão da importância dessa modalidade de atenção psicológica.

Nesse breve encontro, as palavras e expressões corporais desta senhora me comunicaram uma mensagem sincera e intensa, que logo em seguida a sua partida permaneci em silêncio. Precisei silenciar por alguns instantes, refletindo e me ressignificando sobre o sentido daquele encontro. Isto é, um retorno espontâneo a respeito da disponibilização do Plantão no CTI e seus efeitos benéficos para as pessoas.

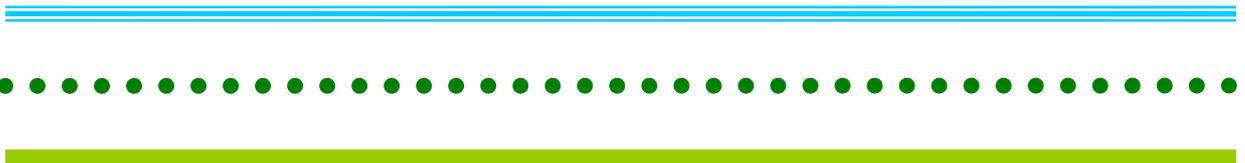
Assim, ratificou-se espontaneamente por meio dos discursos dos clientes a precisão, importância e legitimidade que o Plantão Psicológico ofertado no CTI do HUIBB significou para eles.



SEMENTES LEVADAS PELO VENTO: considerações finais



“Não se preocupe, os fatos são sempre amistosos.” (ROGERS)



Neste estudo pode ser evidenciada a experiência de implantação e desenvolvimento do Plantão Psicológico no CTI. Avaliado positivamente, revelando seus efeitos terapêuticos, possibilitando o pronto atendimento de demandas urgentes de familiares que aguardavam a visita ao familiar no CTI ou após esse encontro.

Semear essa modalidade de cuidado foi necessário em razão desta clientela, quando de sua implantação, ainda desconhecendo os objetivos do Plantão, seus dias e horários de funcionamento, sendo sua divulgação (semeadura) um importante fator.

O adoecer e a hospitalização de um familiar repercutem nos demais, os quais também vivenciam intenso sofrimento, sendo esses intensificados quando do ingresso no CTI, lugar comumente associado à morte e ao morrer.

Sabe-se que a perda, por morte de um parente, ou sua iminência, segundo Franco (2002), é um estressor catastrófico porque afeta as dimensões: individual, o sistema familiar e o contexto social e dependendo das circunstâncias, esse estado pode ser mais ou menos intenso.

Nesse sentido, os atendimentos se configuraram enquanto um cuidado psicológico de suporte, de acolhimento, prevenção e fortalecimento da organização do self, favorecendo o encontro do familiar com o paciente, considerando que nestas condições qualquer intercorrência externa pode envolver risco de vida.

Após as visitas, a escuta atenta e acolhedora da plantonista, assim como as demais intervenções desta favoreciam o contato com a realidade, estimulando as expressões de tristeza, impotência, indignação, do choro preso na garganta, ocultadas quando do encontro com o familiar no leito, ajudando na reorganização do self.

Também foi observado que neste ambiente a rotina de trabalho é bastante acelerada, sendo que os profissionais lidam continuamente com a vida e a morte. A morte traz consigo uma carga emocional particular para cada profissional, podendo mobilizar sentimentos de impotência, medo, angústia, pois está relacionada com a finitude na história de cada ser humano. Portanto, a plantonista externa a esse setor, poderá disponibilizar o pronto atendimento também à equipe, imprimindo ações de cuidados ao cuidador.

A respeito da oferta do Plantão Psicológico, destaca-se a importância do funcionamento deste serviço nos horários de visita, observando-se que entre os seis clientes colaboradores dessa pesquisa, quatro deles, em estado de intensa mobilização, requisitaram atendimento no retorno da visita, enquanto dois deles o fizeram anteriormente à entrada no referido ambiente.

Por outro lado, esta modalidade de atendimento clínico configurou-se como a possibilidade de um espaço para cuidar de si. O termo cuidado provém do latim *cogitatu*, referindo-se a pensar, meditar. A origem etimológica *cogitatus* significa refletir (FERREIRA,1999). O cuidado está relacionado a uma ação, intervenção que faz refletir. Então, no Plantão o que os clientes encontraram foi um modo de atuação da plantonista de deslocar-se de si e centrar-se na pessoa que a buscou, com esmero e solicitude para auxiliar o cliente no seu próprio processo de reflexão e reorganização do self.

Essa reorganização do self do cliente auxiliada pelo atendimento no Plantão Psicológico apresentou ainda um efeito sistêmico, considerando que o cliente estava em contato direto com outros familiares, os profissionais e as pessoas enfermas. Então, os benefícios do atendimento do cliente repercutiram nos demais indivíduos pertencentes a esse ciclo, compreendendo que as pessoas atendidas no Plantão Psicológico estabeleciam um contato mais autêntico e pleno, dentro de suas possibilidades, com os demais.

Os pressupostos teórico-metodológicos da ACP que fundamentaram a realização dos atendimentos no Plantão foram a crença na Tendência Atualizante dos clientes e a utilização das atitudes facilitadoras, ou seja, empatia, congruência e consideração positiva incondicional.

A empatia e congruência revelaram-se importantes ao possibilitarem a comunicação assertiva e postura resiliente para realizá-los, principalmente nas ocasiões em que para mim, enquanto ser humano, me deparei ao longo da oferta desta modalidade de cuidado psíquico com situações no ambiente em questão que me sensibilizaram e colaboraram para que eu me aproximasse da experiência do cliente.

A consideração positiva incondicional disponibilizada nos atendimentos do Plantão evidenciou-se como atitude facilitadora importante na atuação enquanto plantonista, possibilitando lançar um olhar sem julgamento para o cliente no que ele era, no seu contexto experiencial interno, na sua maneira de funcionar diante de suas percepções e simbolizações, acreditando na capacidade de mudança e potencial de atualização psicológica dele.

Utilizando-me da tríade de atitudes facilitadoras foi possível disponibilizar um momento não ameaçador, diferentemente como eram significadas as experiências no contexto do CTI. Eu acompanhava os clientes, criando um clima acolhedor. Desse modo, propunha que compartilhassem suas angústias, para que o meu olhar os auxiliassem a ampliar os seus, sentindo-se responsáveis por si mesmos e livres para se “descobrirem”, legitimando suas dores e ressignificando suas experiências, sabendo que se fosse necessário, poderiam solicitar mais um atendimento no Plantão.

Como plantonista, a aproximação do cliente diante das minhas sensibilizações somente foi viável, uma vez que, fora do CTI, à prática de exercício físico (corrida), a leitura de outros temas distintos da psicologia que me interessavam e relaxavam, as supervisões e o suporte da psicoterapia entre outras ações, auxiliaram a me manter saudável e estar plena nos atendimentos que realizei. O meu estado de congruência foi essencial para estar com o outro que recorreu a mim, pedindo ajuda, considerando que entre as condições necessárias e suficientes para o processo de crescimento psicológico do cliente, o psicólogo esteja congruente na relação terapêutica.

O psicólogo, neste caso, exercendo a função de plantonista, lida com o estresse e está também vulnerável a desorganização. E como em qualquer outra área de atuação, tem a necessidade de buscar seu autoconhecimento e ter constantemente atendimento psicoterápico (CAMPOS, 1995).

A respeito das ações enquanto plantonista o que surge como fenômeno à minha consciência ao relembrar essa trajetória, é a palavra dinamismo. Foi preciso ser dinâmica para acolher e caminhar junto com todos aqueles que chegaram e buscaram atendimento com funcionamento e histórias distintas, principalmente nos atendimentos grupais.

Revelou-se importante que eu, na condição de plantonista, estivesse no CTI com antecedência ao início do horário de visita e em local propício à aproximação das pessoas que assim desejassem, para me conhecerem e iniciarem uma possível vinculação, viabilizando que se sentissem mais a vontade para me procurar em uma circunstância de impasse psicológico, considerando que nos minutos antecedentes ao horário de visita ocorria uma concentração de familiares na antessala de espera do CTI.

O setting terapêutico como a ante-sala de espera, com acesso irrestrito para a circulação de pessoas desmitificou a necessidade de um setting tradicional para este fim no complexo do CTI, pois o que aquelas pessoas precisaram e o que importou foi a atitude clínica e não o espaço físico.

A disposição estrutural da antessala de espera do CTI e a dinâmica como o Plantão foi ofertado, isto é, a inexistência de pessoas destinadas a intermediar a chegada de clientes e o acesso a esta modalidade de cuidado psíquico, propiciaram resultados positivos. Os indivíduos, sabendo da presença da plantonista no contexto do CTI, a partir da divulgação realizada, buscaram minha ajuda em momentos de extrema angústia, entrando na antessala de espera já falando do que se passava consigo.

As ações da plantonista foram de reconhecer e trabalhar para potencializar a capacidade de autocompreensão, autodirecionamento (Tendência Atualizante) e energia direcional (Tendência Formativa) que a pessoa possui, ao auxiliá-la a ressignificar os diversos aspectos da sua vida, considerando importante para a efetividade da ajuda psicológica em questão, assim como, avaliar no decorrer do atendimento, se as condições oferecidas a cada pessoa em particular eram adequadas as suas necessidades.

Portanto, considera-se essencial para a implantação do Plantão Psicológico em um CTI acreditar na capacidade de evolução da clientela, de se autogerir, na potência de sua Tendência Atualizante. Neste sentido, o plantonista necessita preparar-se e estar aberto para o encontro com o vivido do cliente, onde ambos devem ter clareza da possibilidade do encontro ser único, o que requer sensibilidade para acompanhá-lo nas suas questões e auxiliá-lo.

Processualmente, na oferta do Plantão, a minha crença na capacidade de desenvolvimento psicológico dos clientes crescia. Quando do término das sessões foi possível observar uma postura de reflexão por parte dos clientes a respeito de suas experiências. Senti satisfação, porque testemunhei que tais reflexões, posteriormente, desdobraram-se em reorganização do self e funcionamentos mais congruentes.

A minha função enquanto plantonista foi me disponibilizar e no momento que o cliente me solicitou, acompanhá-lo e auxiliá-lo a entrar em contato consigo mesmo, tendo-se como seu próprio referencial, respeitando o seu ritmo. Meus objetivos, a partir dessa postura profissional, foram ajudar o cliente a ressignificar a perspectiva de suas experiências para que ainda em cuidado psicológico no Plantão, ou em seguida, iniciasse o processo de reorganização do self. Portanto, acolhi, escutei, compreendi, esclareci, cuidei e quando necessário, realizei encaminhamento.

Quando se pensa no contexto do CTI, onde a precisão e demanda por cuidado psicológico é significativa, cada momento pode ser singular e extraordinário como possibilidade de externalizar vivências, ser escutado e acolhido, significando um ponto de referência para alguma ocasião de necessidade psicológica.

Destaca-se, ainda, a precisão de flexibilidade e abertura para desenvolver novas práticas clínicas, efetivando o 5º princípio fundamental do código de ética da categoria: “o psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão”,²⁴

²⁴ http://www.crp10.org.br/downloads/CRP_Codigo_de_Etica.pdf

considerando que a Psicologia, enquanto ciência circunscrita em conjunturas sociais, precisa desenvolver-se em consonância com as necessidades que emergem na atualidade.

Assim, o Plantão Psicológico revelou-se enquanto tecnologia propícia para disponibilizar cuidado psíquico no CTI, orientação e informação a essa clientela. Observa-se ainda ser imprescindível ao plantonista o embasamento teórico-prático e postura ética no desenvolvimento de suas atividades.

Diante desta experiência, afirma-se que o cuidado de si existe no pressuposto de fazer-se. A pessoa se faz e se refaz em um processo permanente de criação e recriação. O movimento da evolução é constante. Ele jamais pode ser destruído, porém é passível de fragilização. O sofrimento fragiliza, desafina o potencial de manutenção, adaptação e recriação da existência. Angústia e ansiedade elevadas transformam-se em demandas urgentes, requerendo cuidado no tempo presente, no aqui imediato. Então, compreende-se que, em uma perspectiva fenomenológica, uma hora pode ser vivida como uma eternidade e a eternidade como um instante.

O Plantão Psicológico no CTI, neste sentido, foi atemporal. Um pronto-atendimento para clientes com urgências psicológicas, acolhidas no encontro de pessoa para pessoa, considerando a capacidade humana de pensar suas relações.

Finalmente, considero a partir dessa experiência que lanço sementes para que sejam propagadas, sendo outras vezes semeadas e germinadas, tendo a certeza de que o CTI não é apenas o local entre a vida e a morte, mas também de acolhimento, de trocas de experiências, de abraços na chegada ou despedida, da reflexão sobre o viver e morrer, e ainda, de desenvolvimento pessoal, compreendendo que na antessala desse centro, vida e morte podem ser ressignificadas.

Algumas pessoas pensam e não fazem;
outras fazem e não pensam,
mas há aquelas que pensam,
fazem e pensam sobre esse fazer,
(A. Miranda)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.C.C. (2006). **Plantão psicoeducativo para educadores em uma creche na periferia da cidade de São Paulo**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ALVES, J.G. (1992). **Aspectos Psicossociais do Atendimento de Urgência**. In MELO FILHO, J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.

AMATUZZI, M. M. (1996). Apontamentos a cerca da pesquisa fenomenológica. **Revista estudos de psicologia**, v. 13, n. 1, p. 5-10.

_____. (1989). **O Resgate da Fala Autêntica**. Campinas- São Paulo: Papirus.

_____. (1990). O que é ouvir. **Estudos de Psicologia**. Campinas, SP,7 (2),pp. 86-97.

_____. (2001). Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In BRUNS, M.A.T.; HOLANDA, A.F. **Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Ômega.

BOWEN, M.C.V.; SANTOS. A.M. & ROGERS, C.R. (1987). **Quando Fala o Coração: a essência da psicoterapia centrada na pessoa**. Porto Alegre: Artes Médicas.

BRANCO, P.C.C. (2008). Organismo: Tendência Atualizante e Tendência Formativa no fluxo da vida. In CAVALCANTE; F.S. & SOUSA; A.F. **Humanismo de Funcionamento Pleno**. Campinas SP: editora Alínea.

BRANDÃO, L. M. (2002). **Psicologia hospitalar: uma abordagem holística e fenomenológico-existencial**. São Paulo: Livro Pleno.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BUYS; R.C. (2002). **Carl Rogers: uma vida para o futuro**, manuscrito. (Mimeo 7).

CALIL, R. C. C. & ARRUDA, S.L.S. (2004) . Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas. In: GRUBITS, S. & NORIEGA, J.A.V. (Org.). **Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas**. São Paulo - SP: Editor Vetor, v. 1, p. 93-104.

CAMPBELL, R.J. (1986). **Dicionário de Psiquiatria**, São Paulo: Martins Fontes.

- CARRENHO, E. (2007). *Depressão: tem luz no fim do túnel*. São Paulo: Editora Vida.
- CAUTELLA, W.J. (1999). Plantão Psicológico em Hospital Psiquiátrico: novas considerações e desenvolvimentos. In M. MAHFOUD (org.). **Plantão Psicológico: novos horizontes**. São Paulo: editora C.I.
- CAVALCANTE JR; F.S. & SOUSA; A.F. (2008). **Humanismo de Funcionamento Pleno**. Campinas SP: editora Alínea.
- CHALOM, M.H.; MUNHOZ, C.; TOLEDO, L.C.C.; RAMALHO, S.A.; SOUZA, A.M.O.; MOREIRA, A.; SOUZA, K.A. & CAMPOS, R. (1999). A Experiência de Implantação de um Serviço de Plantão Psicológico no Projeto Esporte-Talento por alunos de graduação do IPUSP. In MORATO, H.T.P. (org.) **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: Novos Desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CHIATTONE, H.B. de C. & SEBASTIANI, R.W. (1998). Introdução a Psicologia Hospitalar. Série: Cadernos de Psicologia Hospitalar. São Paulo, n1.
- CHIZOTTI, A. (1991). **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez.
- COPPE, A.A.F. & MIRANDA, E.M.F. (1998). O psicólogo diante da urgência do pronto-socorro. In ANGERAMI-CAMOM, V.A. **Urgências psicológicas no hospital geral**. São Paulo: Pioneira.
- CORRÊA, V.A.C. (2008). **A Expressão do Pesar nas Atividades Ocupacionais Quando Alguém Querido Morre**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Pará.
- CURY, V.E. (1994). **Abordagem Centrada na Pessoa: um estudo sobre as implicações dos trabalhos com grupos intensivos para a Terapia Centrada no Cliente**. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia, Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas.
- CURY, V.E. (1999). Plantão Psicológico em clínica-escola. In M. MAHFOUD (org.). **Plantão Psicológico: novos horizontes**. São Paulo: Editora Companhia Ilimitada.
- DE PLATO, G. (2003). Los desafios de la emergencia y La urgência. **Revista al tema Del hombre**.
- DI BIAGGI, M. t. (2001). **A Relação Médico-família em Unidade de Terapia Intensiva** – um estudo sobre as percepções do médico intensivista. Dissertação de Mestrado. Pontificia Universidade Católica, São Paulo.
- Dicionário Petit Robert**. (1990). Ed. Le Robert, Paris.

FERREIRA, A.B.H. (2001). **Miniaurélio Século XXI Escolar**: O minidicionário da língua portuguesa. Coordenação de edição Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira; lexicografia, Margarida dos Anjos et al. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FERREIRA, ABH. (1999). **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FONSECA, Natália da Rosa; PENNA, Aline Fonseca Gueudeville and SOARES, Moema Pires Guimarães. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.4, pp. 727-743. ISSN 0103-7331. doi: 10.1590/S0103-73312008000400007.

FRANÇA, I.G. (2005). Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 25, n 1. Brasília.

FRANCO, M. H. P. (2002). **Uma jornada sobre o luto**- “A morte e o luto sobre diferentes olhares”. Ed. Livro Pleno. Campinas.

GENDLIN, E.T. (1970). A Theory of Personality Change. In HART, J.T. & TOMLINSON , T.M. **New Directions in Client Centered Therapy**. Boston: Houghton Mifflin.

GENDLIN, E.T. (1997). **Experiencing and the creation of meaning**. Evanston, IL: Northwestern University Press.

GIORGI, A. (2001). Phenomenology and Psychological Reserch. Pittsburg: Duquesne University Press. In BRUNS, M.A.T. & HOLANDA, A. F. **Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Ômega Editora.

GOBBI; S.L. et al. (2005). **Abordagem Centrada na Pessoa**: vocabulários e noções básicas. 2º edição. São Paulo: Vetor.

GOLDIM, J.R. (2003). **Aspectos éticos em situações de emergência e urgência**. Disponível em: <http://ufrgs.br/HCPA/gppg/gppghcpa.htm>.

HART, J.T. & TOMLINSON, T.M. (1970). **New Directions in Client Centered Therapy**. Boston: Houghton Mifflin Co.

HART, J.T. (1970). The Develompent of Client Centered Therapy. In Hart, J.T. & Tomlinson, T.M. **New Directions in Client Centered Therapy**. Boston: Houghton Mifflin Co.

HOLANDA, A.F. (1998). **Diálogo e Psicoterapia**. São Paulo: Lemos-Editorial.

HOLANDA, A.F. (2001). Pesquisa Fenomenológica e Psicologia Eidética: Elementos para um Entendimento Metodológico. In BRUNS, M. A. T. & HOLANDA, A.F. **Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Ômega.

HORTA, R. (2005). Mudanças na estrutura do self geradas na psicoterapia. **Revista do NUFEN**, (Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas e Práticas Clínicas), Belém: Departamento de Psicologia Clínica, Ano 3, n. 3, p. 35 – 46, ago/dez.

JORDÃO, M.P. (1987). Reflexões de um Terapeuta sobre as atitudes básicas na relação Terapeuta-Cliente. In ROSEMBERG, R.L. (org.). (1987). **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa**. São Paulo: EPU.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. & GREBB, J.A. (1997). **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. Rio Grande do Sul: ArtMed.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (1998). **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

KIMURA, M. (1984). **Problemas dos pacientes de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

KLEINMAN A. (1980). **Patients and healers in the contest of culture An exploratory of the borderland between antropology, medicine and psychiatry**. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.

KOVÁCS, M.J. (2009). Perpectivas do Aconselhamento Psicológico e da Abordagem Centrada na Pessoa. In BRESCHIGLIARI, J.O. & ROCHA, M.C. (orgs.). **SAP-Serviço de Aconselhamento Psicológico: 40 anos de história**. São Paulo: SAP/IPUSP.

KOVÁCS, M.J.; KOBAYASHI, C.; SANTOS, A.B.B. & AVANCINI, D.C.F. (2001). Implantação de um Serviço de Plantão Psicológico numa Unidade de Cuidados Paliativos. **Bol. psicol**; 51(114):1-22, jan.-jun..

LEMOS, R.C.A. & ROSSI, L.A. (2002). O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], vol.10, n.3, pp. 345-357. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692002000300009.

MAHFOUD, M. (org.) (1999). **Plantão Psicológico: novos horizontes**. São Paulo: editora C.I. MAHFOUD, M.; DRUMMOND, D.M.; BRANDÃO, J.M. & SILVA, R.O. (1999) Plantão Psicológico na Escola: presença que mobiliza. In M. MAHFOUD (org.). **Plantão Psicológico: novos horizontes**. São Paulo: editora C.I.

MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. (1989). **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia:**

fundamentos e recursos básicos. São Paulo: editora Moraes/EDUC.

MESSIAS, J.C. (2001). **Psicoterapia Centrada na Pessoa e o Impacto do Conceito de Experienciação**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

MORATO, H.T.P. (1987). **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MOREIRA, E.N. (2002). **Plantão Psicológico Em Ambulatório de Saúde Mental: um Estudo Fenomenológico**. 138 p. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N.; ROCHA, M. A. S. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza. **Estud. psicol. (Campinas)** [online]. 2007, vol.24, n.2, pp. 191-203. ISSN 0103-166X. doi: 10.1590/S0103-166X2007000200006.

PALMIERI, T.H. & CURY, V.E. (2007). Plantão psicológico em Hospital Geral: um estudo fenomenológico. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. vol.20, n.3, pp. 472-479. ISSN 0102-7972. doi: 10.1590/S0102-79722007000300015.

PALMIERI, T.H. (2005) **Plantão Psicológico em Hospital Geral: um estudo fenomenológico**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

PERCHES, T.H.P. (2009). **Plantão Psicológico: o processo de mudança psicológica sob a perspectiva da psicologia humanista**. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

PUENTE, M. (1978). **O Ensino Centrado no Estudante: renovação e crítica das teorias educacionais de Carl Rogers**. São Paulo: Cortez e Moraes.

RAYOL, R.C. (2008). **Sobre o conceito de urgência e emergência: da pessoa ao seu significado**. Trabalho de Conclusão de Curso não publicada, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém.

ROGERS, C. & KINGET, M. (1977). **Psicoterapia e Relações Humanas: teoria da terapia não-diretiva**. Belo Horizonte: Interlivros.

ROGERS, C. R. (1992). **Terapia Centrada no Cliente**. São Paulo: Martins Fontes.

ROGERS, C.R. & STEVENS, B. (1991). **De Pessoa para Pessoa: o problema de ser humano. Uma nova tendência na Psicologia**. 4 ed. São Paulo: Pioneira.

ROGERS, C.R. (1951). **Terapia Centrada no Cliente**. (Tradução de Manoel do Carmo Ferreira). São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1958) A Theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In CAVALCANTE; F.S. & SOUSA; A.F. (2008). **Humanismo de Funcionamento Pleno**. Campinas SP: editora Alínea.

_____. (1983). **Um Jeito de Ser**. São Paulo: EPU.

_____. (1989). A Cliente-centered / person-centered approach to therapy. In Kirschenbaum, H. & Henderson, V.L. (Eds.), **The Carl Rogers Reader** (pp. 135-52). Boston: Houghton Mifflin.

_____. (2008). As Condições Necessárias e Suficientes para a mudança Terapêutica na Personalidade. In WOOD, J.K. **Abordagem Centrada na Pessoa**. Vitória: EDUFES, 4º ed.

ROSEMBERG, R.L. (org.) (1987). **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa** (Temas Básicos de Psicologia, vol. 21). São Paulo: EPU.

SCHMIDT, M. L. S. (2004). **Plantão Psicológico, Universidade Pública e Política de Saúde Mental**. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 21, n.3, p.173-192, setembro/dezembro.

SCHMIDT, M.L.S. (1999). Aconselhamento Psicológico e Instituição: algumas considerações sobre o Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP. In ROSEMBERG, R. **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SEBASTIANI, R.W. (1998). Aspectos emocionais e psicológicos nas situações de emergência no hospital. In: ANGERAMI-CAMOM, V.A. **Urgências Psicológicas no Hospital** (pp. 9-39). São Paulo: Pioneira.

SOUSA, A.F. (2008). Auto-regulação, Tendência Atualizante e Tendência Formativa. In CAVALCANTE, F.S. & SOUSA; A.F. **Humanismo de Funcionamento Pleno**. Campinas SP: editora Alínea.

TALMOM, M. (1990). **Single Session Therapy**. São Francisco, CA: Jossey-Bass. In TASSINARI, M.A. (2003). **A Clínica da Urgência Psicológica: contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TASSINARI, M.A. (2003). **A Clínica da Urgência Psicológica: contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TURATO, E.R. (2003). **Tratado de Metodologia de Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes.

VASCONCELOS, T. P. (2009). **A atitude clínica no plantão psicológico: composição da fotografia experiencial do terapeuta-sherpa**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Fortaleza, Fortaleza.

VENDRUSCOLO, J. (2006). **A Criança Curada de Câncer Ingressando no Ambulatório de Curados: um momento de passagem**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WOOD, J.K. et al. (2008). **Abordagem Centrada na Pessoa**. Vitória: EDUFES, 4 ed.

_____. Prefácio. In: M. MAHFOUD (org.). (1999). **Plantão Psicológico: novos horizontes**. São Paulo: editora C.I.

ANEXO

VIII FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Belém, _____ de _____ de _____.
Nome: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____
Sexo: M() F() Idade: _____ anos
Nacionalidade: _____
Naturalidade: _____
Escolaridade: _____
Profissão: _____
Ocupação atual: _____
Religião: _____
Estado civil: _____
Número de filhos: _____
Renda: _____

VII TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PROJETO: *UMA EXPERIÊNCIA EM PLANTÃO PSICOLÓGICO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DO HUIBB: desafios e resultados*

ESCLARECIMENTOS DA PESQUISA

Você é convidado a participar da pesquisa, intitulada *Uma Experiência em Plantão Psicológico no Centro de Terapia Intensiva do HUIBB: desafios e resultados*. Neste estudo, avaliamos o cuidado psicológico denominado Plantão Psicológico, ou seja, aquela em que o cliente espontaneamente busca ajuda do profissional psicólogo, que estará disponível no CTI, duas vezes por semana, nas quartas-feiras e sábados, das 15 às 18 e das 08 às 12, respectivamente, no período de janeiro a maio de 2009.

Seus relatos e expressões, assim como a relação psicoterapeuta - cliente, são dados que serão avaliados neste estudo. Sua participação não implica em nenhum gasto ou ganho financeiro, sendo sua participação importante para o estudo acerca da prática da modalidade Plantão Psicológico.

Caso não aceite participar do estudo, isto não implicará em nenhum dano ao tratamento hospitalar de seu familiar / a você / ou ao cargo ou função que você desempenha. Você poderá desistir de participar a qualquer momento e isso não implicará em nenhum dano a você.

Os dados coletados serão utilizados para elaboração de relatórios, monografia e artigos científicos, sendo que quando da publicação sua identidade será preservada.

O estudo não apresenta nenhum risco a sua integridade física ou psicológica visto que não manipula fármacos e durante o atendimento psicológico você poderá expressar-se livremente. Seus benefícios resultam na produção de conhecimento científico sobre as práticas psicológicas.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *uma experiência em plantão psicológico no centro de terapia intensiva do HUIBB: desafios e resultados*. Ficaram claros pra mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso ao tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do sujeito/representante responsável

Belém, ____/____/____

Assinatura da testemunha
(para caso de sujeitos menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Belém, ____/____/____

Assinatura do sujeito que colheu o TCLE

Belém, ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável

Nome:

End.

Fone:

Reg. No Conselho:

Belém, ____/____/____

Plantão Psicológico

Você que vive alguma dificuldade e deseja desabafar com um psicólogo, está convidado para procurar o Plantão Psicológico no CTI. O atendimento é gratuito.

Horário: Quarta-feira das 15hs às 18hs
Sábado das 09hs às 12hs

Psicóloga: Bianca Souza