

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VANESSA FREIRE GUIMARÃES

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO IDOSO EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO:
UMA VISÃO PSICODINÂMICA.**

NATAL/RN

2017

VANESSA FREIRE GUIMARÃES

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO IDOSO EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO:
UMA VISÃO PSICODINÂMICA**

Relatório de Estágio apresentado como requisito avaliativo parcial da disciplina de Estágio Profissionalizante em Psicologia do Curso de Psicologia da UNIRN.

Supervisor Acadêmico: Profa. Luciana Barbosa (CRP 17/0742).

Supervisor de Campo: Edda Christina Barbalho (CRP 17/0199).

NATAL/RN

2017

RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade abordar e trazer uma reflexão a respeito da importância do desempenho do psicólogo no ambiente de contexto hospitalar. A hospitalização na maioria das vezes, é um momento bastante delicado, devastador e cansativo, ocasionando em várias mudanças na vida do paciente. Dessa forma, o psicólogo visa buscar e garantir o cuidado necessário para o indivíduo nesse processo, além de compreender o sujeito e a subjetividade desse corpo adoecido. Com isso, o trabalho pretende mostrar através de um estudo de caso, relatar a experiência de um atendimento baseado na abordagem Psicodinâmica, com o desígnio de reestabelecer o indivíduo nesse momento difícil, buscando as melhores formas para que possa lidar com a hospitalização e com todos os fatores adversos, como os emocionais, sociais e psíquicos, que também acabam interferindo em sua qualidade de vida e nesse processo de saúde/doença.

Palavra-chave: Cuidado. Hospitalização. Psicologia.

ABSTRACT

The present work has the purpose to approach and bring a reflection on the importance of the performance of the psychologist in the context of the hospital context. Hospitalization is often a very delicate, devastating and tiring time, resulting in several changes in the patient's life. In this way, the psychologist aims to seek and guarantee the necessary care for the individual in this process, in addition to understanding the subject and subjectivity of this sick body. With this, the work intends to show through a case study, to report the experience of a care based on the Psychodynamic approach, with the purpose of reestablishing the individual in this difficult moment, seeking the best ways to deal with hospitalization and with all the adverse factors, such as emotional, social and psychic, which also end up interfering with their quality of life and health / disease process.

Keywords: Care. Hospitalization. Psychology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
2.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE E PSICOLOGIA HOSPITALAR	6
2.2 PSICANÁLISE E PSICODINÂMICA	8
2.3 PSICOTERAPIA DINÂMICA BREVE	9
2.4 ATENDIMENTO AO IDOSO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	11
2.5 DIABETES E O PÉ DIABÉTICO	13
2.6 SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO PACIENTE ANTES DO PROCEDIMENTO CIRURGICO	14
2.7 AMPUTAÇÃO	15
2.8 DOR FANTASMA NO MEMBRO AMPUTADO	16
3 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	17
3.1 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO	18
3.2 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA	19
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	21
4.1 APRESENTAÇÃO: dados do paciente	21
4.2 DEMANDA	21
4.3 ATENDIMENTOS	21
4.3.1 Primeiro contato	21
4.3.2 A falta que a família faz	22
4.3.3 Tentando aceitar a cirurgia	23
4.3.4 Resistindo aos cuidados do hospital	23
4.3.5 Aguardando o exame	24
4.5.6 Retorno ao Hospital	24
4.5.7 Pós cirúrgico e alta	25
4.5.8 Conclusão do caso	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo trazer uma reflexão acerca do trabalho do Psicólogo no ambiente hospitalar. Dentro desse contexto, foi realizado um estudo de caso como base os atendimentos feitos no estágio a luz da abordagem Psicodinâmica. Além disso, visa mostrar a importância do psicólogo nesse ambiente e os devidos cuidados necessários para atuar nessa área, tendo como tema “Aspectos psicológicos do idoso em situação de internação: uma visão psicodinâmica”.

O estágio profissionalizante para conclusão do curso de Psicologia da UNIRN, foi realizado em um hospital de caráter público, onde a maioria dos pacientes são idosos com problemas vasculares e diabéticos. Com isso, é muito frequente casos de pacientes que chegam ao hospital com algo que eles consideram ser uma “simples ferida” e acaba se alastrando de forma rápida, sendo então necessário serem submetidos a cirurgias para amputar algum membro.

No decorrer desse processo é muito comum nos depararmos com algum indivíduo que não quer aceitar essa situação e com isso, descompensa e de certa forma acaba tendo uma piora em sua saúde ou então, também é muito constante aparecer pacientes que não contam com o apoio da família nesse momento e acabam tendo um rebaixamento significativo no seu quadro geral.

Através de embasamento no referencial teórico, compreende-se o quão vulnerável fica o indivíduo quando enfrenta esse processo de hospitalização. Além disso, são muitos os fatores adversos que contribuem e interferem na vida do sujeito. Visto que, a hospitalização por si só, na maioria das vezes, é um processo bastante delicado e devastador, que acaba acarretando em diversas mudanças externas na vida do indivíduo. Além da mudança em sua rotina, o ambiente hospitalar é marcado pelo estresse diário, os ruídos são constantes e as situações de emergências são sempre frequentes, deixando então, o paciente em uma situação de fragilidade e vulnerabilidade (MARTINS, 2003).

Dessa forma, nesse contexto, o psicólogo visa buscar as melhores estratégias para garantir a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do paciente no processo de internação. Ajudando-os a enfrentar suas dificuldades, limitações, compreendendo a subjetividade desse corpo adoecido e dando o auxílio e apoio

necessário para que o indivíduo possa se reestabelecer nesse momento difícil, marcado por diversos sentimento e emoções.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE E PSICOLOGIA HOSPITALAR

A Psicologia da Saúde é considerada uma modalidade onde o psicólogo visa o cuidado dentro do ambiente hospitalar. É vista como o campo de atendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento (SIMONETTI, 2004). Tem como principal objetivo entender a forma que os fatores biológicos, comportamentais e sociais intervêm na saúde e na doença, buscando através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar do sujeito.

Além de visar o cuidado com o paciente nesse processo de internação, também trabalha juntamente com a família e a equipe, com o intuito de promover mudanças na evolução da recuperação do paciente e possibilitar a redução do sofrimento, angústia e preocupação. Tem como desígnio utilizar técnicas e conhecimentos científicos, na qual, busca cuidar, melhorar e prevenir quaisquer problemas mentais, físicos ou até mesmo, algum problema externo que possa interferir no processo de saúde e doença do indivíduo (SIMONETTI, 2004).

A Psicologia no Brasil, foi se estabelecendo no campo privado e teve a psicoterapia como sua principal aliada. Entre os anos de 1954 e 1957 a psicóloga Mathilde Neder deu início a psicologia hospitalar no Brasil e foi a partir disso que consolidou sua real inserção (SEBASTIANI, 2000). Segundo Marcon, Luna e Lisboa (2002) após a década de 60, o campo da saúde pública abriu o espaço para a absorção dos profissionais em vários segmentos, fazendo com que sua introdução dentro dos hospitais se tornasse então uma nova área de atuação.

Hoje em dia, a Psicologia Hospitalar é tida como uma área específica na Psicologia brasileira. Na medida que se desenvolveu, foi se aproximando de uma visão que engloba, mas não extingue, ao consultório e ao laboratório, onde teve sua origem. Sua presença se deu substancialmente como sustentação da preservação da singularidade do indivíduo no âmbito hospitalar. É considerada uma modalidade que tem como objetivo o atendimento e cuidado dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento e de tudo aquilo que o processo de hospitalização interfere na vida do paciente (SIMONETTI, 2004).

Na visão de Camon (1984) a Psicologia Hospitalar não pode ser inserida no contexto hospitalar de forma separada dos outros setores para atingir seus objetivos, pois o psicólogo reverte-se de uma ferramenta muito importante e fundamental no processo de humanização dentro do hospital, ou seja, traz em seu papel de atuação a condição de análise das relações interpessoais. Contribui para clarear determinadas manifestações de somatização, ou seja, é decisiva para fazer com que seu lugar na equipe de saúde da instituição hospitalar esteja assegurado.

Por ser uma área que lida diretamente com a subjetividade e o sofrimento do outro, requer que o psicólogo compreenda e respeite os limites de sua atuação para não se tornar um dos elementos invasivos provenientes da hospitalização, para que através disso, possa promover a humanização e a transformação social no ambiente hospitalar (ESTIVALET, 2000).

Além disso, dentro do contexto hospitalar, o psicólogo se depara com diversas funções onde podem atuar. Intercede na qualidade e bem-estar do processo de recuperação e adaptação do paciente na sua internação, ajuda outros profissionais a lidarem com o paciente, atua diretamente com o paciente e também, podem desenvolver grupos de intervenção com os demais profissionais, com o intuito de melhorar o convívio dentro do hospital, para que através disso, aprimorem os serviços e obtenham um melhor resultado.

O psicólogo, ao se deparar com o adoecimento, esbarra em uma nova realidade, de natureza patológica, denominado “doença” e isso influencia para que surjam diversos fatores psicológicos que podem interferir no paciente, no contexto familiar e na equipe de profissionais. Além disso, a psicologia hospitalar não se dedica apenas as doenças com causas psíquicas que são denominadas “psicossomáticas”, mas sim das questões psicológicas de toda e qualquer doença, visto que, toda doença é repleta de fatores psicológicos e subjetividade e por isso pode se beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar (SIMONETTI, 2004).

Na visão de Camon (1984), o principal objetivo do psicólogo dentro do contexto hospitalar é a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização e por todos os fatores externos que acabam afetando o sujeito de forma direta e indireta. Além disso, é essencial que o psicólogo tenha um olhar diferenciado diante do paciente, levando em consideração tudo aquilo que ele traz e também a forma que se comporta diante da situação que está vivendo. As atitudes frente a vida, o grau de integração psíquica, a forma que enxerga sua doença e as crenças que tem

sobre ela, suas perdas significativas e os sinais tanto psicológicos como físicos, são alguns dos aspectos importantes que o profissional deve ficar atento. Portanto, é papel do profissional da psicologia buscar junto ao paciente novas formas de enfrentamento, dando o devido suporte para o momento de instabilidade emocional e fortalecendo o vínculo de confiança com a equipe. Se outros objetivos forem alcançados a partir da atuação do psicólogo junto ao paciente hospitalizado, trata-se de simples acréscimo ao processo em si.

2.2 PSICANÁLISE E PSICODINÂMICA

A Psicanálise é tida como uma abordagem que foi desenvolvida por Sigmund Freud (1856-1939) e aprimorada por vários pesquisadores da mente. Nos trouxe infinitas contribuições e é considerada uma formulação dos aspectos psicológicos do funcionamento mental. Também é vista como uma teoria do desempenho da atividade mental, além de ser considerada como uma espécie de investigação dos processos mentais inconscientes e um método de tratamento para transtornos emocionais.

Baseia-se em dois postulados fundamentais: o determinismo psíquico ou princípio da causalidade e a existência do inconsciente. O primeiro sustenta que todos os acontecimentos da vida mental são determinados, produzidos ou, ao menos, influenciados por eventos anteriores do desenvolvimento, tanto os que ocorreram imediatamente antes quanto os que foram vividos no início do desenvolvimento. O segundo postulado estabelece que nossa vida mental é predominantemente inconsciente, ou seja, o estado mental consciente corresponde ao que Freud sugeriu ser apenas a ponta de um iceberg, de reduzidas proporções face à imensa massa submersa (EIZIRIK *et al.*, 2001, p. 19-20).

Apesar de ser utilizada por Freud com o intuito de função terapêutica, tinha o propósito da terapia e da investigação. Ou seja, ao mesmo tempo que Freud buscava um meio de tratar as pessoas doentes, ele recolhia dados para organizar e ampliar sua teoria da personalidade, de modo que seus interesses de pesquisas influíram necessariamente sua técnica terapêutica (AZEVEDO, 2004).

A partir disso, foram surgindo outras técnicas e abordagens, e uma delas foi a Psicodinâmica. Segundo Gabbard (2006, p. 23) “A Psicodinâmica deve seu maior tributo à contribuição de Freud. Qualquer que tenha sido seu desenvolvimento ulterior, esta abordagem está fundamentada no conhecimento e na teoria

psicanalítica”. É tida como um campo que abrange e explica o fenômeno mental como resultante do desenvolvimento do conflito.

2.3 PSICOTERAPIA DINÂMICA BREVE

A Psicoterapia Dinâmica Breve se fortaleceu a partir dos postulados psicodinâmicos da psicanálise. Embora seja justificada através dos conhecimentos psicanalíticos, é diferente das técnicas psicanalítica clássica e tem suas próprias características (AZEVEDO, 2004). Dessa forma, as terapias psicodinâmicas podem ser definidas como um modelo de tratamento psicológico, de orientação psicanalítica, com o objetivo de ajudar o paciente a enfrentar suas dificuldades, de natureza inter ou intrapessoal, dando o auxílio necessário para que através disso o indivíduo possa se adaptar ao meio, buscando seu autoconhecimento e autocrescimento (LIPP, 2004).

Com isso, é considerada uma das modalidades mais utilizadas no contexto hospitalar, tendo em vista o fato de preponderar um tratamento de curto período de tempo. Segundo Braier (2000) seguindo esse modelo de pensamento, as chamadas psicoterapias breves surgiram como um retorno ao problema assistencial colocado pela massa cada vez maior e população consultante.

Em nosso meio, os primeiros serviços de psicopatologia hospitalar, os centros de saúde mental, as instituições privadas e os hospitais psiquiátricos sentiram a necessidade de em determinado momento, e de forma similar a outros países, implementar técnicas breves. A terapia breve em geral é determinada como uma psicoterapia que dura de uma a vinte sessões. A psicoterapia é sempre focal, incluindo técnicas especiais capazes de agilizar o processo e na maioria das vezes apresenta resultados bem melhores do que os obtidos com a terapia de longa duração. É um processo que requer uma percepção rápida e maior atenção diante da situação específica para a área de maior urgência. Os terapeutas chamam essa técnica de *focalização*, ou seja, ao conseguir identificar o real “problema”, passa então a ser o “foco” e o principal assunto a ser trabalhado e discutido nas próximas sessões do processo terapêutico (PRESTON *et al.*, 2001).

Segundo (Gabbard, 2000) a Psicoterapia Breve é dividida em três vertentes, entre elas:

- Psicoterapia Breve Mobilizadora: Tem como objetivo a evidência da ansiedade contida em processos mórbidos apresentados pelo paciente, mas que, devido a diversos fatores, ainda não se encontra apto (ou mobilizado) para entrar em um processo psicoterápico.
- Psicoterapia Breve de Apoio: É um processo de ação terapêutica que tem como finalidade diminuir a ansiedade de um paciente que sofra de dificuldades emocionais, ou seja, trata diretamente algum distúrbio somático que o levou ao hospital. De acordo com (Gabbard, 2006) podem ser divididas em oito categorias ao longo do tratamento, entre elas:

1) Interpretação: Tem como desígnio tornar consciente aquilo que era inconsciente.

2) Observação: É quando o terapeuta faz alguma observação sobre um comportamento não-verbal, um traço de emoção no rosto do paciente ou a sequência de passar de um comentário para o outro.

3) Confrontação: Quando é abordado alguma situação que o paciente não quer aceitar.

4) Clarificação: É uma reorganização das verbalizações do paciente para que seja abordada uma ideia mais coerente do que está sendo comunicado.

5) Encorajamento para a elaboração: Tem como objetivo obter mais informações sobre um tópico trazido pelo paciente. Ex: "O que você pensa a respeito disso?"

6) Validação empática: É uma forma de mostrar o quanto o terapeuta está afinado empaticamente com o estado interno do paciente. Ex: "Eu compreendo o quanto está sendo difícil para você."

7) Intervenções psicoeducacionais: São informações compartilhadas com o paciente baseadas no conhecimento do terapeuta. Ou seja, o terapeuta pode explicar a dúvida trazida pelo paciente sobre algum assunto.

8) Aconselhamento e elogio: Consiste em falar sugestões diretas ao paciente sobre como se comportar diante da situação trazida, enquanto o elogio reforça certos comportamentos do paciente pela expressão de aprovação

- Psicoterapia Breve Resolutiva: Tem como objetivo procurar a origem intrapsíquica que ocasionou a situação de crise vivida pelo paciente com o desígnio de resolver o quadro apresentado.

2.4 ATENDIMENTO AO IDOSO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Compreender a complexidade do idoso e todos os fatores que existem em sua subjetividade é um longo processo e para muitos profissionais é visto como um grande desafio. Além disso, em suas doenças crônicas entra o fator desencadeador da descompensação clínica, o papel que a UTI pode exercer nesse caso e diversos fatores adversos que também podem influenciar nesse processo de internação (SANTOS *et al.*, 2013).

O idoso é um indivíduo que em muitas situações, dependendo do seu quadro, fica bastante frágil e uma intercorrência na UTI influencia para o rebaixamento do seu estado, pois é comum que o mesmo, nesse processo de internação não apresente boas condições psicológicas nem condição fisiológica suficiente para enfrentar uma nova eventualidade. Diante dessa situação, é constante a presença de sentimentos de desespero e aflição, tanto no idoso, como na família, em busca de acharem soluções para melhorar seu estado. Em situações assim, diversas vezes, é comum que o psicólogo tenha dificuldade para conseguir realizar o atendimento com esse paciente, visto que, pela sua própria idade, muitos apresentam problemas ligados a audição e cognição, o que acaba sendo uma dificuldade a sua atuação (SANTOS *et al.*, 2013).

A circunstancia de está hospitalizado, significa para muitos idosos, um momento repleto de insegurança, medo, angústia e fragilidade. Todos esses sentimentos e emoções são intensificados quando ocorre em um ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MARTINS, 2003).

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente do hospital que caracteriza pelas diferenças de outras unidades de um hospital geral, pois oferece tratamento intensivo destinado aos pacientes em estado crítico ou para aqueles que por algum motivo precise de uma atenção maior (SOUZA; POSSARI; MUGAIAR, 1985). Segundo Pregnotatto e Agostinho (2008) é necessário o uso de alguns aparelhos específicos para dar a assistência adequada ao paciente. É um local onde o indivíduo encontra-se em uma situação restrita, ou seja, sem acompanhante e as visitas dos familiares são feitas em horários proposto pelo hospital. Sua higiene pessoal e banho são realizados no leito pelos próprios profissionais da UTI e por esse fator, é essencial uma equipe bem estruturada e preparada para lidar tanto com os aspectos fisiológicos do paciente quanto os psicológicos.

Segundo as recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), as ações que devem ser desempenhadas por toda a equipe multiprofissional contemplam a humanização do ambiente e do atendimento, a garantia de informações, a supressão da dor, a privacidade, o conforto, a individualização, o acolhimento das emoções, a assistência à família e a escolha e a eficácia do tratamento (ANDREOLI, 2008, p. 127).

Com todas essas características, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada um dos ambientes mais estressantes do hospital, onde a rotina é completamente diferente, visto que, muitas vezes, são rígidas e inflexíveis. Os ruídos são constantes, a iluminação artificial, a movimentação da equipe, a falta de privacidade em atividades rotineiras de higiene, o contato com pessoas desconhecidas e as situações emergenciais são sempre presentes (MARTINS, 2003). Na visão de Pregnotatto e Agostinho (2008) é comum que os pacientes internados na UTI vivenciem variados sentimentos, que podem alternar de tristeza, medo, aflição, ansiedade, desamparo, isolamento, desorientações, entre outros. Muitos fatores emocionais estão relacionados ao estado de vulnerabilidade que o paciente se encontra, ou seja, suas limitações físicas e sociais, o afastamento dos seus familiares, além de terem que se adaptar a rotina de uma UTI.

Dessa forma, todos esses fatores interferem de forma significativa no processo saúde/doença, fazendo com que o sujeito fique fragilizado. Por isso, é de extrema importância que exista um preparo técnico e atendimento humanizado por toda equipe. Todos os envolvidos nesse processo devem ser capacitados para prestar esses cuidados necessários, entender a necessidade de cada um na sua devida situação e buscar sempre as melhores estratégias para que esse indivíduo se sinta acolhido (MARTINS *et al.*, 2003).

Portanto, é de fundamental importância que o psicólogo compreenda os fatores que estão ligados a estabilidade emocional desse paciente, além de buscar orienta-lo sobre sua rotina dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e acolher esse sujeito diante desse momento doloroso, sempre visando o seu bem-estar e enxergando como um ser biopsicossocial (PREGNOTATTO; AGOSTINHO, 2008).

2.5 DIABETES E O PÉ DIABÉTICO

A Diabetes mellitus (DM) é considerada uma doença orgânica decorrente de não haver insulina suficiente circulando no corpo, ou, de ele não estar conseguindo realizar da forma correta a transposição da glicose no sangue (DULLIUS, 2007). É uma condição marcada pelas suas complicações multifacetadas e devido aos problemas causados na vida do indivíduo que possui essa doença, é classificado como um problema de saúde pública, pela sua elevada prevalência e por estar associado a grandes consequências que comprometem a produtividade e a qualidade de vida do sujeito (BRASIL, 2002).

Segundo Santos e Sebastiani (1996) os indivíduos que são diagnosticados com uma doença crônica, se deparam com a perda do corpo saudável e ativo e com isso, ocasiona a perda da autonomia e consequentemente, sua independência, deixando-os com um sentimento de impotência diante de sua patologia. Além disso, a doença crônica pode alterar a auto-imagem do sujeito.

Os diabéticos apresentam durante sua vida um risco muito grande de desenvolverem uma ulcera nos pés e é notável que pessoas com DM corram grandes possibilidades de progredirem para amputação. O pé diabético é considerado um dos mais agressivos problemas crônicos do Diabetes Mellitus (FRYKBERG *et al.*, 2000).

Uma de suas principais complicações é o pé diabético. De acordo com a definição do Consenso Internacional sobre Pé Diabético, é uma 'infecção, ulceração e/ ou destruição dos tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores' (BUENO *et al.*, 2016 p. 27).

A maioria dos indivíduos começam com algo, que no início, é considerado “pequeno e simples” e logo se alastram de forma devastadora, gerando maiores problemas. Os casos de amputações não traumáticas de membros inferiores ocorrem em indivíduos que apresentam infecção, ulceração ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Apesar de ser uma doença vista como algo bastante doloroso e sofrido, hoje em dia já existem vários tratamentos qualificados para que o indivíduo com DM consiga levar uma vida normal. Na visão de Dullius (2007) é de fundamental

importância que o sujeito seja acompanhado por bons profissionais, siga da forma correta os cuidados necessários, leve uma vida saudável e esteja preparado para lidar com as demandas do dia a dia com autonomia.

2.6 SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO PACIENTE ANTES DO PROCEDIMENTO CIRURGICO

As chances de um indivíduo com Diabetes Mellitus necessitar ao longo de sua vida passar por algum procedimento cirúrgico são grandes (PAIVA, 2004). Como já dito, a DM é uma doença marcada pelas suas complicações e em muitos casos, seu estado avança muito rápido, fazendo então com que o paciente precise passar por alguma cirurgia, seja ela mais simples, como o desbridamento, uma espécie de “raspagem” ou a amputação de algum membro. Com isso, é notável que qualquer paciente antes de passar por um procedimento cirúrgico, vivencia diversos sentimentos e emoções, como invalidez, insegurança e morte. Segundo Silva e Nakata (2005), o indivíduo quando é acometido por uma doença, se torna frágil e encontra-se vulnerável diante dessa situação de saúde/doença. Por isso, é de extrema importância que o sujeito seja compreendido nessa fase difícil e receba apoio tanto da equipe quanto da família. É fundamental que a psicologia junto a toda equipe, modifique a forma de tratamento e veja as melhores intervenções para ajudar o paciente e tornar esse processo menos doloroso.

Em alguns momentos, como na realização de um procedimento anestésico cirúrgico, alterações no estado de ansiedade dos pacientes podem influenciar na recuperação ou até mesmo em todo o processo ocasionando alterações indesejáveis de parâmetros clínicos como, por exemplo, a elevação da pressão arterial. A redução dos níveis de ansiedade no período pré-operatório, em algumas situações, pode ser benéfica, tanto para o paciente crítico, como também para a equipe (PENICHE, 2006. p. 162).

Além disso, segundo Fighera e Viero (2005) é frequente casos de pacientes que antes da cirurgia passe por experiências de fantasias. As mais comuns são com relação a anestesia (medo de acordar durante a cirurgia e sentir tudo que está acontecendo) medo da morte e da recuperação. É muito comum que pacientes sujeitos a cirurgia de amputação de algum membro, sintam-se inválido e seja invadido pelo medo de não conseguir mais fazer as coisas que faziam antes.

Portanto, pode-se ver que os momentos que antecedem a cirurgia são vivenciados pelo paciente de uma forma dramática, sofrida e assustadora. O medo do desconhecido é a principal causa da aflição e insegurança, além de toda ansiedade. É normal que o paciente pré-cirúrgico tenha medo do procedimento em si e conseqüentemente da morte. Por isso, é importante que antes da cirurgia sejam realizadas intervenções com o intuito de relaxar esse indivíduo, buscar estratégias que aumente sua autoconfiança e autonomia, para que através disso, possa enxergar novas possibilidades diante de sua nova realidade (FIGHERA; VIERO, 2005).

2.7 AMPUTAÇÃO

Pode-se determinar a amputação como a retirada, normalmente cirúrgica, total ou parcial de um membro do corpo. Na maioria das vezes os indivíduos sujeitos a esse tipo de procedimento e com menor entendimento sobre isso, enxergam e relacionam a amputação a algo ruim, ou seja, um terror e mutilação, trazendo de forma implícita uma relação com a dependência e incapacidade (CARVALHO, 2003).

Segundo Oliveira (*et al.*, 2002) A amputação é um antigo procedimento cirúrgico, onde não deve ser encarado como o fim e sim o início de um novo ciclo, no qual seu objetivo é manter e devolver a dignidade e funcionalidade ao paciente. Muitos pacientes que tiveram que passar por esse tipo de cirurgia, relatam terem uma qualidade de vida relativamente melhor, sem o sofrimento de antes. Porém, também é comum encontrar pessoas que ficaram com graves sequelas que impossibilitam e dificultam a ter algum tipo de funções com o membro que sofreu a amputação e com isso, acabam não conseguindo voltar a suas rotinas de antes (CARVALHO, 2003).

Podem ser executadas em variados níveis, sendo resultantes na maioria das vezes, de doenças vasculares periféricas ou diabetes. A amputação independentemente da sua causa, traz uma grande mudança na vida do indivíduo, além de prováveis complicações que interferem na reabilitação física e psicossocial, comprometendo a capacidade e bem-estar do amputado. É associada ao aumento da mortalidade e é considerada maior quando é feita acima da articulação do tornozelo e menor quando realizada abaixo (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Segundo Moraes e Garcia (2007) a amputação é considerada um sério agravo que acomete o diabético, em virtude de suas sequelas, tanto no corpo quanto na alma, além de todas as repercussões sociais para o indivíduo. Além disso, pode-se observar que o sujeito que tem a necessidade de passar por esse tipo de procedimento, geralmente, mostra dependência à mobilidade e ao isolamento social, ou seja, o termo “amputação” para o diabético na maioria das vezes é associado a invalidez e dependência.

A amputação não significa apenas a perda e ausência dos membros, frequentemente acarreta em diversas perdas e piora a qualidade de vida do sujeito. A retirada de um membro envolve várias mudanças importantes na vida de uma pessoa que, para se adaptar a sua nova realidade necessitará de apoio, não só da equipe de saúde, mas também da família e da sociedade (SALOME; BLANES; FERREIRA, 2011). Segundo Lucas (*et al.*, 2010) nas maiorias dos casos, é comum que o impacto da perda de um membro seja tão grande, que o indivíduo seja invadido por um longo processo de luto que pode ser comparado à perda de alguém querido.

Por isso, é de extrema importância que o Psicólogo frente a esse papel, busque uma compreensão acerca das vivências do indivíduo com DM, proporcionando um planejamento de intervenções que possam atender as suas necessidades (MORAIS; GARCIA, 2007).

2.8 DOR FANTASMA NO MEMBRO AMPUTADO

A dor não deve ser encarada como sendo apenas resultante do processo físico da lesão, pois na maior parte dos casos, é influenciada por variáveis psicológicas (GRILO, 2012). A sensação da presença do membro ou do órgão após sua retirada é relatada pela maioria dos indivíduos que passaram por algum processo de amputação. É considerada uma característica normal e seus primeiros sintomas já podem-se iniciar de forma imediata, após a amputação (TEIXEIRA; IMAMURA; CALVIMONTES, 1999).

Após passar pelo procedimento cirúrgico de uma amputação o paciente infalivelmente apresenta um membro fantasma, isto é, a sensação de que o membro ainda existe, achando que esse membro ainda pode mudar de posição, além disso, a dor também é manifestada. Souza Filho, Oliveira e Garcia (2016)

A dor fantasma apropria-se em fatores psíquicos e fisiológicos, associando esse quadro à reorganização e mudança no sistema somatossensorial, na qual, sua plasticidade é diferente em pessoas amputadas, com ou sem manifestação da dor fantasma associada. Pode designar-se de forma ocasional ou continua, ou seja, o indivíduo pode senti-la em determinados momentos e parar, ou então, pode sentir sem que tenha uma interrupção dessa sensação. Os sintomas podem vir nas formas: contraturante, lancinante, ardente, esmagadora ou em pontada na região equivalente ao membro amputado. Souza Filho, Oliveira e Garcia (2016)

A Dormência, queimor e câimbra, entre outras sensações, são constantemente relatadas pelos indivíduos que vivenciam essa experiência. Os mecanismos pelos quais a dor fantasma ocorre ainda não foram esclarecidos. Porém, devido as variadas respostas a diferentes formas de tratamentos realizados a esse processo, a dor fantasma foi correlacionada a transtornos psicológicos (TEIXEIRA; IMAMURA; CALVIMONTES, 1999).

3 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio obrigatório supervisionado foi realizado em um hospital conveniado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte, sob a supervisão de campo da psicóloga Edda Christina Barbalho da Silva (CRP 17/0199), juntamente com à supervisão acadêmica da psicóloga Luciana Barbosa (CRP 17/0742).

O Hospital Ruy Pereira é uma instituição de caráter público, e é considerado o único hospital do Estado referência em diabetes e problemas vasculares. Ao todo, a unidade dispõe de 86 leitos distribuídos no 1º, 2º e 3º pavimento e mais 08 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dessa forma, o hospital é porta fechada, ou seja, não conta com o serviço de pronto socorro, os pacientes geralmente são encaminhados de outros hospitais. O hospital também conta com alguns leitos de ortopedia, onde algumas cirurgias dessa área também são realizadas. Além disso, dispõe de equipe multidisciplinar, composta por profissionais da área de Psicologia, Nutrição, Farmácia, Serviço Social e Fisioterapia, Odontologia e Fonoaudiologia.

Os atendimentos foram realizados em uma carga horária de 16 horas semanais, distribuídas em quatro dias, no turno matutino e vespertino. As intervenções realizadas nos andares do hospital, leitos divididos no 1º, 2º e 3º pavimento e alguns casos específicos são atendidos na sala de psicologia. Os

atendimentos são feitos de acordo com as solicitações feitas para o serviço de Psicologia, podendo ser de curta ou longa duração, dependendo das demandas existentes no momento. Os públicos alvos são adultos e idosos, as idades variam de 35 a 90 anos. As maiores possuem problemas vasculares ou são diabéticos. Além disso, também é realizado atendimentos com as famílias dos pacientes. Uma vez na semana ocorre uma supervisão com a psicóloga e os estagiários, com o intuito de obter conhecimento, discutir os casos e auxiliar, afim de facilitar a compreensão dos atendimentos e com isso obtermos as melhores estratégias para o andamento do processo terapêutico.

O embasamento teórico para a realização dos atendimentos será na abordagem psicodinâmica, que, através da técnica psicanalítica, segundo Eksterman (1973) é a busca de sentido, significados, que caracteriza a dinâmica do funcionamento mental. Esta abordagem terapêutica enfatiza a crença de que o nosso comportamento é determinado por processos mentais inconscientes e que estes processos na maioria das vezes são constituídos durante a infância. Com isso, ela tem o objetivo de dar auxílio aos pacientes para que eles possam compreender melhor os significados e os sintomas que estão sendo manifestados, fazendo que a partir disso o sujeito possa encontrar alternativas para lidar com seu sofrimento psíquico.

A Psicologia da Saúde é considerada uma modalidade onde o psicólogo visa o cuidado dentro do ambiente hospitalar. Possui focos e objetivos e é vista como o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. Não se trata apenas de doenças com razões psíquicas, mas de todos os aspectos psicológicos de qualquer doença e de todos os fatores que interferem nesse processo de saúde/doença (SIMONETTI, 2004).

A psicologia Hospitalar, é tida como uma área específica na Psicologia Brasileira. Lida de forma direta com o sofrimento do sujeito em torno da hospitalização e de todos os sentimentos vivenciados nesse processo. Dessa forma, é de fundamental importância que o Psicólogo compreenda o indivíduo e junto a ele e sua família, busque as melhores intervenções para ajudá-lo a enfrentar essa fase, dando o devido apoio e suporte, para ajudar na minimização do seu sofrimento nesse processo tão doloroso (CAMON, 1984).

3.1 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO

O Hospital Ruy Pereira é uma instituição de caráter público, e é considerado o único hospital do Estado do Rio Grande do Norte referência em diabetes e problemas vasculares. Ao todo, a unidade dispõe de 86 leitos distribuídos no 1º, 2º e 3º pavimento e mais 08 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dessa forma, o hospital é porta fechada, ou seja, não conta com o serviço de pronto socorro, os pacientes geralmente são encaminhados de outros hospitais. O hospital também conta com alguns leitos de ortopedia, onde algumas cirurgias dessa área também são realizadas. A equipe de trabalho que compõe o Hospital Dr. Ruy Pereira Dos Santos é composta desde a direção e coordenação do contexto médico, assim como também funcionários que formam a parte administrativas ou técnica, auxiliar de serviços gerais, segurança, recepcionistas, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, cirurgiões dentistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

Como muitos hospitais de caráter público também possui suas limitações e as vezes é comum existir a falta de medicamentos e materiais específicos para os pacientes. Além disso, a falta de uma boa estrutura também influencia bastante para a melhoria dos atendimentos dentro do hospital. Trabalhar dentro de um hospital requer muita dedicação do profissional, visto que é um ambiente onde o estresse e as situações de emergências são constantes. Devido a esse fato, as dificuldades de convivência são bem comuns, visto que, trabalhar em equipe nem sempre é fácil, pois são pessoas diferentes, com pensamentos opostos e com isso, em certas situações acaba acontecendo algum tipo de atrito, seja em relação a equipe ou entre a equipe e os próprios pacientes e acompanhantes. Dessa forma, seria interessante realizar intervenções afim de promover a harmonização do ambiente hospitalar, como por exemplos, rodas de conversas ou palestras educativas.

3.2 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA

A prática do estágio profissionalizante ocorreu no período de março a novembro de 2017. Os atendimentos foram realizados em uma carga horária de 16 horas semanais, distribuídas em quatro dias, no turno matutino e vespertino. As intervenções foram feitas nos andares do hospital, leitos divididos no 1º, 2º e 3º pavimento e alguns casos específicos foram atendidos na sala de psicologia. Os

atendimentos iam sendo realizados de acordo com as solicitações feitas para o serviço de Psicologia, podendo ser de curta ou longa duração, dependendo das demandas existentes no momento. Os públicos alvos eram adultos e idosos, as idades variavam de 35 a 95 anos. A maioria tinha problemas vasculares ou eram diabéticos. Os atendimentos também eram feitos com os familiares e acompanhantes dos pacientes.

Além disso, uma vez na semana acontecia uma supervisão com a psicóloga e os estagiários, com o intuito de obter conhecimento, discutir os casos e auxiliar, afim de facilitar a compreensão dos atendimentos e com isso obtermos as melhores estratégias para o andamento do processo terapêutico. Pois, dentro do Hospital, o principal objetivo do Psicólogo é acolher o indivíduo nesse momento tão delicado e doloroso, buscando as melhores intervenções para ajudá-lo a enfrentar essa fase.

O trabalho retrata um estudo de caso descritivo. Trata-se dos relatos de algumas sessões psicoterápicas realizadas durante o estágio profissionalizante nos leitos do órgão de caráter público, Hospital Ruy Pereira dos Santos.

O estudo de caso foi baseado nos atendimentos feitos com o paciente R.G.C, 65 anos, casado, aposentado, 03 filhos. Paciente muito abatido com sua situação de saúde, trouxe em seu discurso a angústia diante de uma possível amputação do MIE, visto que já havia passado por isso uma vez (paciente já tinha o MID amputado) e tinha medo de ficar inválido e não conseguir mais voltar a sua rotina normal.

Aparentemente inseguro com toda a situação que estava vivenciando, não queria aceitar de nenhuma forma a possibilidade dessa amputação e com isso, passou também a resistir aos cuidados médicos dentro do hospital. Sempre relatava o quanto era difícil ficar hospitalizado e trazia em seu discurso a falta que sentia de sua família, pois ninguém tinha disponibilidade de ficar acompanhado ele no hospital e sua esposa estava impossibilitada de ir, pois tinha feito uma cirurgia e isso era mais um motivo que o deixava bastante preocupado. No decorrer do processo de hospitalização, também foram realizados atendimentos com sua cuidadora, que muitas vezes trazia a dificuldade do relacionamento com R.G.C, pois ele era muito apegado a ela e sempre que ela precisava ir embora, ele fazia chantagens emocionais com medo de ficar sozinho e ser abandonado.

Os atendimentos são embasados na psicoterapia breve de apoio, com o intuito de dar o auxílio necessário para que R.G.C se reestabeleça nesse momento

delicado, entendendo sua subjetividade, necessidades e dificuldades. Além de ajudar na minimização do sofrimento no processo de hospitalização.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 APRESENTAÇÃO: dados do paciente

Nome: R.G.C

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Ocupação: Aposentado

Idade: 65 anos

03 filhos

Causa da internação: Pé diabético

Acompanhante: Cuidadora

Procedência de encaminhamento: Paciente encaminhado do Hospital Walfredo Gurgel.

4.2 DEMANDA

O atendimento para o paciente R.G.C foi solicitado pela equipe do Serviço Social, pois o mesmo estava bastante abalado devido ao fato de que talvez fosse preciso realizar procedimento cirúrgico para amputação de sua perna (o paciente já tinha uma perna amputada).

4.3 ATENDIMENTOS

4.3.1 Primeiro contato

O paciente foi bastante receptivo ao primeiro atendimento. Consciente e bem orientado, relatou que estava aguardando um exame e não estava se sentindo bem, pois não queria aceitar o fato de que talvez fosse preciso amputar sua perna. “Eu estou bem. Quer dizer, sinto um pouco de dor só..., mas não tem para que cortar minha perna não.” (sic).

Com isso, nota-se que R.G.C estava em um processo de negação a sua situação de saúde, segundo Fongaro e Sebastiani (1996) é normal que isso ocorra após o diagnóstico da doença ou insucesso de tratamento. Ou seja, o indivíduo procura ter o mínimo de contato possível com a realidade da doença e geralmente é acompanhado de muita ansiedade e angústia. Mesmo com toda sua tristeza, dizia que aos poucos tentava entender e por mais difícil que fosse essa realidade, ele não deveria “trocar a perna pela vida” (sic). R.G.C contou um pouco da sua história, de tudo que gostava de fazer e também falou sobre sua doença (Diabetes Mellitus- DM) e do quanto sua vida mudou depois dela. O mesmo já havia passado um tempo internado e já enfrentou uma amputação suprapatelar MIE.

Além disso, trouxe em seu discurso, o medo, o receio e a ansiedade que tinha diante dessa situação, pois apesar de já ter passado por esse processo uma vez, temia não resistir a cirurgia. Segundo Silva e Nakata (2005), o indivíduo quando é acometido por uma doença, encontra-se muito vulnerável diante dessa situação de saúde/doença. Dessa forma, é normal enfrentar variados sentimentos e emoções no processo de internação, principalmente quando é preciso passar por algum procedimento cirúrgico.

4.3.2 A falta que a família faz

No decorrer dos atendimentos, R.G.C continuava extremamente ansioso e tenso com o procedimento cirúrgico. De acordo com Sebastiani e Maia (2005) um paciente que é submetido a uma cirurgia sente-se fragilizado e se depara com inúmeras dúvidas e incertezas. Principalmente sobre o pós cirúrgico, o medo de sentir dor, da morte, da mutilação em si e de se tornar uma pessoa inválida. Além disso, é normal que o indivíduo seja acometido por todas essas emoções, visto que

o sujeito está diante de uma situação delicada e precisa entregar seu corpo aos cuidados dos profissionais.

R.G.C trazia novamente em seu discurso o medo que tinha de não resistir a cirurgia, pois sentia-se muito frágil e abatido. Além de todos os sentimentos que vivenciava, estava muito triste pelo fato de que sua esposa estava cirurgiada e não podia ficar no hospital como sua acompanhante. Começou a falar um pouco sobre sua família, dos almoços de domingo, do baralho que gostava de jogar com seus amigos da rua e se emocionou bastante. Em sua fala, a tristeza era perceptível ao dizer o quanto era difícil ficar longe de seus entes queridos nesse momento tão doloroso, visto que ninguém tinha disponibilidade para ficar com ele no hospital. De acordo com Andreoli (2008) a dinâmica familiar se altera na situação de hospitalização, gerando estresses psíquicos e necessidade de adaptação à nova rotina. É de extrema importância que o paciente tenha sua família ao lado durante o período que estiver internado, pois é essencial o apoio dos entes queridos nessa fase difícil. Porém, muitas vezes existe a dificuldade de conseguir conciliar a rotina do hospital com a rotina diária, fazendo com que muitos pacientes não tenham a presença constante de seus familiares.

“Eu estou passando por esse momento de angustia e não tenho ninguém para conversar e desabafar além de você doutora. É muito ruim ficar aqui nesse hospital com a solidão” (sic) disse R.G.C, muito choroso e pedindo para encerrar o atendimento, pois não estava se sentindo bem.

4.3.3 Tentando aceitar a cirurgia

Ainda não tinha passado no seu leito, quando a enfermagem solicitou atendimento para R.G.C com urgência. Chegando lá, me deparei com o paciente chorando muito. Ao notar minha presença, disse “Doutora, eu não aguento mais ficar aqui. Estou vivendo um pesadelo.” (sic). O atendimento foi feito com a utilização da Psicoterapia Breve de Apoio, segundo (Fiorini, 2013) a PBD visa diminuir a ansiedade do paciente em momentos de crise, independentemente de sua origem.

Logo depois, quando já estava mais calmo R.G.C voltou a conversar e relatou que não estava conseguindo dormir durante a noite e que não parava de pensar na sua cirurgia e em como será sua vida depois, pois teme não conseguir fazer mais nada e ter que depender dos outros para tudo.

4.3.4 Resistindo aos cuidados do hospital:

Já era por volta da tarde, quando passei em seu leito para realizar o atendimento. Ao entrar, notei que R.G.C estava sujo, pois não tinha tomado banho e segundo sua cuidadora, já tinha tentado de várias formas, mas ele não queria tomar banho e nem se alimentar.

Quando comecei o atendimento, ele resistiu e disse que não queria falar nada. Respeitei e disse que voltaria em outro momento. Saindo do seu leito, escuto um grito, era R.G.C me chamando “Doutora, na verdade, eu tenho muito o que falar sim.” (sic). Muito choroso, disse que não queria fazer mais nada dentro do hospital, porque não aguentava mais. “Eles querem fazer um novo acesso em mim, eu não aguento mais ser furado.” (sic). Com isso, visando acalmar o paciente diante desse processo, o atendimento foi focado em suas angústias diante da hospitalização.

R.G.C ainda estava muito agressivo e irritado, quando chorou e disse “O médico me prometeu que eu não ia precisar tirar mais uma perna de jeito nenhum, ele disse isso com todas as letras, eu confiei nele. Isso me dá muita raiva, eu acreditei nele.” (sic). Diante dessa fala, pode-se observar a sua revolta, que na visão de Fongaro e Sebastiani (1996) nesse estado é notável a postura agressiva do paciente, além da raiva e outras manifestações que podem aparecer no processo de tratamento e hospitalização. Além disso, observa-se que toda essa agressão e raiva está diretamente ligada ao fato de sua potência frente ao mundo que neste momento está sendo atacada pela perda da saúde e da autonomia.

4.3.5 Aguardando o exame

Com uma oscilação de humor muito grande, R.G.C vinha tendo recaídas no seu processo de aceitação com a possibilidade de amputação da perna. Ainda aguardando o exame, estava bastante impaciente com a demora, visto que já havia sido desmarcado várias vezes.

R.G.C trazia bastante em seu discurso o fato de não aguentar mais ficar no Hospital e queria ir embora para casa. Com isso, junto ao Serviço Social, foi decidido que R.G.C poderia esperar seu exame em casa.

4.5.6 Retorno ao Hospital

Depois de alguns dias em casa aguardando o exame, R.G.C retornou para o hospital, já com o resultado e a cirurgia marcada. Muito abatido, porém mais tranquilo, falou com muita tristeza “É Doutora, não teve jeito... Vou ter mesmo que amputar minha perna e aceitar essa dura realidade.” (sic).

Observa-se que nesse momento o paciente está no estado de aceitação, que de acordo com Fongaro e Sebastiani (1996) é quando o sujeito passa a compreender as possibilidades frente a doença, hospitalização, tratamento e vida. Nessa fase, o indivíduo encontra-se mais tranquilo, com o nível baixo de ansiedade e já consegue falar sobre a doença.

O atendimento foi feito através da Psicoterapia Breve de Apoio, com o intuito de minimizar os sintomas de angustia e medo. Além disso, foi utilizada a técnica de Relaxamento Progressivo para que R.G.C ficasse mais tranquilo antes do procedimento cirúrgico. Segundo (Cruz, 2016) é uma técnica muito útil para pacientes que estão tensos e ansiosos.

4.5.7 Pós cirúrgico e alta

Após a cirurgia o paciente por questões de cuidados e observação, precisou ficar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ao chegar na UTI, me deparei com R.G.C muito triste e sentindo dor. Trouxe no atendimento o quanto estava sendo difícil passar por isso, mas que já estava mais conformado e sabia que tinha sido para o seu melhor. Falou um pouco sobre sua família e da saudade que estava de casa. Deu uma pausa, ficou pensativo e voltou a falar do seu medo de não conseguir fazer mais nada do que fazia antes.

Depois de um tempo falando sobre sua rotina e de como seria depois que saísse do hospital, disse “A gente acha que depois da cirurgia vai se livrar totalmente da dor, mas não, ela fica. É uma dor tão grande, dói no osso. Eu continuo achando que minha perna está aqui, sinto ela.” (sic). Segundo Souza Filho, Oliveira e Garcia (2016) é comum que após passar por uma cirurgia de amputação de um membro, o indivíduo se depare com um membro fantasma. Ou seja, tem a sensação de que o membro ainda existe e a dor ainda é manifestada. A dor fantasma é relacionada a fatores psíquicos e fisiológicos. É considerado um quadro de

reorganização e mudança no sistema somatossensorial. Ou seja, mesmo com a cirurgia de amputação, R.G.C reclamava de ainda está sentindo a perna e muita dor.

Além disso, o fato de estar na UTI influenciava bastante para que ficasse mais abalado e triste, visto que não estava conseguindo dormir por causa do barulho dos aparelhos, o ambiente o incomodava e o deixava com medo. De acordo com Pregnotatto e Agostinho (2010) nem sempre os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão sedados e impossibilitados de se comunicar e o fato de ficar acordados em um ambiente diferente, com barulhos dos aparelhos, situações de emergências, onde as visitas são restritas e com isso, acaba ficando longe dos familiares. Todos esses fatores, influenciam para que o sujeito se sinta inseguro diante desse processo.

Após um dia na UTI em observação, R.G.C retornou para o leito, onde foi recebido pelos seus familiares e logo depois, recebeu alta. Estava mais animado e conformado com sua situação, trazia em seu discurso que sabia o quanto seria difícil se adaptar, mas estava confiante de que iria conseguir, pois sabia que teria o apoio da família e dos amigos e o pior (a cirurgia) já tinha passado.

4.5.8 CONCLUSÃO DO CASO

Pode-se observar que no processo de hospitalização, o indivíduo vivencia diversos sentimentos e emoções, pois é um momento marcado por muitas mudanças na vida do sujeito. Com isso, o psicólogo tem como objetivo auxiliar o paciente em seu processo de adoecimento, visando diminuir o sofrimento provocado por esse processo de internação, dando o apoio e auxílio necessário, não só ao sujeito, mas também a sua família. Além disso, é de extrema importância que o psicólogo compreenda o sujeito em sua integralidade, considerando tudo aquilo que ele traz.

Os atendimentos de R.G.C foram embasados na abordagem Psicodinâmica e suas técnicas que na visão de (CHIATTONE, 2011) com um perfil emergencial e focal, a intervenção pode ser feita pela psicoterapia breve de apoio ou psicoterapia de emergência. Visando dar suporte ao indivíduo em momentos de crises. Ou seja, é um processo que requer uma percepção rápida e maior atenção diante da situação específica para a área de maior urgência. Além disso, busca a reabilitação

harmônica em ação preventiva a possíveis sequelas decorrentes da doença ou da hospitalização.

Com isso, pode-se concluir que mesmo diante das dificuldades do processo de saúde/doença e hospitalização, o paciente R.G.C conseguiu, dentro do seu tempo, se reestabelecer nesse momento delicado, aceitando sua realidade diante do adoecimento e entendendo sua subjetividade, necessidades e dificuldades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dos atendimentos com ênfase no idoso e seus problemas com doenças vasculares e diabetes em um hospital de caráter público, foi uma grande experiência, pois me permitiu enxergar novas possibilidades. É uma grande responsabilidade assumir esse papel, pois além de conviver com os pacientes, é essencial fazer um trabalho junto a toda equipe do hospital. Cada ser humano é carregado de subjetividade e compreender o idoso e todas as suas dificuldades diante da hospitalização, fatores emocionais, sociais e psíquicos é um grande desafio. Foi de extrema importância poder vivenciar todos esses atendimentos, pois cada um, da sua forma, me proporcionou grandes lições. Poder acompanhar suas descobertas e conquistas, que diante de um processo tão desgastante, foi sem dúvidas, os momentos mais gratificantes. Assim como a internação para os pacientes é um momento repleto de sentimentos e emoções, para nós, que trabalhamos e nos dedicamos para ver o auto crescimento de cada um, também é, e com certeza, todos os conhecimentos adquiridos foram essenciais para meu crescimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliane Carnot de. O psicólogo no hospital geral. **Psicol. cienc. prof.** v. 20, n. 3, p. 24-27, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000300005>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

ANDREOLI, Paola Bruno de Araujo. Intervenção Psicológica na Clínica Cirúrgica. In: ANDREOLI, Paola B. de Araujo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008.

AZEVEDO, Maria Alice S. B. de. **Psicoterapia dinâmica breve: saúde mental Comunitária**. 2. ed. São Carlos: Rima, 2004.

BRAIER, Eduardo Alberto. **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial ao Diabetes Mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2002.

BUENO, Débora Santos; BATISTA, Camila Ribeiro; THOMAZELLI, Fulvio Clemo Santos. **Amputação de membros inferiores em pacientes diabéticos – qual é o controle dos fatores de risco?**. 2016. Curso de Acadêmica de Medicina e Mestre em Ciências Médicas, Universidade Regional de Blumenau (FURB). Porto Alegre, 2016.

CALVETTI, Prislá Ücker; MULLER, Marisa Campio; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 706-717, dez. 2007.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami et al. (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 1984.

CARVALHO, José André. **Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação**. 2. ed. Barueri: Manole, 2003.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.

CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

EIZIRIK, Cláudio Laks et al. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ESTIVALET, Elizabeth. Psicanálise e instituição hospitalar. **Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, 2000.

EKSTERMAN, A. (1973) – **Aspectos Psicossomáticos na Colite Ulcerativa**, Comum. ao VII Congr. da Ass. Med. Bras., a publicar.

FIGHERA, Jossiele; VIERO, Eliani Venturini. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2017.

FONGARO, Maria Lúcia Hares; SEBASTIANI, Ricardo Werner. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami - (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996. p. 5-55.

FRYKBERG, R.G. et al. **Diabetic foot disorders: a clinical practice guideline**. Journal of Foot and Ankle Surg, v.39. 2000.

GABBARD, Glen O.. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. Porto Alegre: Abdr, 2006.

GRILO, Inês Rua da Silva Teles. **Dor no amputado**. 2012. 54 f. Dissertação (Mestrado – Medicina) – Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, 2012.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes et al (Org.). **Psicoterapias breves: nos diferentes estágios evolutivos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LUCAS, Lúcia Percília Pereira; BARICHELO, Elizabeth; ZUFFI, Fernanda Bonato. **A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação**. 2010. 3 f. Curso de Enfermagem, Uftm, Mg, 2010.

LUCCIA, Nelson de; IMAMURA, Marta; CALVIMONTES, Romelio Cristian Peña. **Amputações e a doença vascular periférica**. 2004. Curso de Professor de Cirurgia Vascular, Departamento de Cirurgia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2004.

LUSTOSA, Maria Alice. A Psicoterapia breve no Hospital Geral. **Rev. SBPH**, 2010, v.13, n. 2, p. 259-269, 2010. Acesso em: 20 jun. 2017.

MACEDO, Monica Medeiros Kother; CARRASCO, Leanira Kesseli (Orgs.). **(Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivana Jann; LISBOA, Márcia Lucrécia. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 28-35, mar. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2017.

MORAIS, Wlândia Lima de; GARCIA, Ana Maria Parente. **Diabetes melitus, v. 1: a vivência do cliente frente à amputação**. 2007. Crato – CE: Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, 2007.

MARTINS, Sueli. (2003, janeiro/junho.) Processo Grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia & sociedade**. Vol. 15 nº1

OLIVEIRA, Eliane Caldas do Nascimento. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 30-41, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2017.

PEREIRA, Ricardo A. F./ Psicologia/ UNIFRA; ALVES, Mariana S./ Psicologia/ UNIFRA; SALES, Filipe/ Psicologia/ UNIFRA; CARVALHO, Isis A. de/ Psicologia/ UNIFRA; CEZNE, Graziela O. M./ Psicologia/ UNIFRA; ORIENTADOR: CEZNE, Graziela O. M./ Psicologia/ UNIFRA.

PREGNOLATTO, Ana Paula Ferrari; AGOSTINHO, Valéria Batista Menezes. O psicólogo na unidade de terapia intensiva - adulto. In: BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010. Cap. 10. p. 139-151.

PRESTON, John; VARZOS, Nicolette; LIEBERT, Douglas. **Psicoterapia Breve**. São Paulo: Paulinas, 2001.

SALOME, Geraldo Magela; BLANES, Leila; FERREIRA, Lydia Masako. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 38, n. 5, p. 327-333, 2011. Disponível em: <>. Acesso em: 22 out. 2017.

SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira et al. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3007-3014, 2013. Acesso em: 22 jun. 2017.

SANTOS, Claudia Tavares dos; SEBASTIANI, Ricardo Werner. Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami -. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996. p. 147-176.

Silva, Waldine Viana da; Nakata, Sumie. **Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2005, 58. Acesso em 22 de out de 2017

SIMONETTI, Alfredo. Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença. In: SIMONETTI, Alfredo et al. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 8-195.

SOUZA FILHO, Luiz Fernando Martins de; OLIVEIRA, Jordana Campos Martins de; GARCIA, Ana Cristina Ferreira. **Tratamento da dor Fantasma em Pacientes Submetidos à Amputação: Revisão de Abordagens Clínicas e de Reabilitação**. 2016. 6., UEG, Goiânia/go, 2016.

TEIXEIRA, M.J.; IMAMURA, M.; CALVIMONTES, R. C. P. Dor fantasma e no coto de amputação. **Rev. Med.**, São Paulo, 1999.

VIEIRA, Michele Cruz. **Equipe de saúde e Psicologia**. 2011. Curso de Psicologia, USP, São Paulo, 2011.