

Atuação em Urgência e Emergência a partir da Psicologia Junguiana¹

Rebecca Holanda Arrais¹

¹Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Tuanne Freire Monteiro²

²Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

Resumo: Este artigo é um relato de experiência cujo objetivo é refletir sobre a atuação de uma psicóloga no contexto da urgência e emergência no hospital a partir da psicologia junguiana. Utilizou-se como método o recurso da sistematização da experiência, que consiste em sua interpretação crítica, cujo foco é o ordenamento e a reconstrução das experiências para explicitar a lógica do processo vivido. Por meio da reflexão de situações clínicas foi possível proporcionar um lugar para a subjetividade diante do disruptivo e da objetividade institucional do hospital. Teoricamente, o texto descreve as experiências de atendimento hospitalar, espaço em que urge o inesperado e o desconhecido. Aposta-se no simbolismo como movimento da psique para lidar com aquilo que o sujeito ainda não pode nomear, significar, incluindo a vulnerabilidade, as perdas e a questão da morte e do luto, este entendido como a ruptura de um vínculo. Dessa forma, a psicologia analítica se volta para como a entrada no hospital e a fugacidade do contexto de urgência e emergência afetam a psique dos sujeitos atendidos e de que forma esse psiquismo reage às vivências disruptivas e inesperadas.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar, Urgência, Emergência, Psicologia junguiana.

The Practice in an Emergency Service based on Jungian Psychology

Abstract: This work is an experience report whose objective is to reflect on the role of a psychologist in the context of urgency and emergency in the hospital from the perspective of Jungian psychology. The resource of systematization of the experience was used as method, which consists of a critical interpretation, whose focus is the ordering and reconstruction of experiences to explain the logic of the process experienced. With the reflection of clinical situations, it was possible to provide a place for subjectivity in the face of the disruptive and the institutional objectivity of the hospital. Theoretically, the text describes the experience of entry in a hospital, a place in which the unexpected and the unknown are faced. We believe on symbolism as a movement of the psyche to deal with what the patient cannot yet name or give a meaning, including vulnerability, losses, and the issue of death and grief, this last one understood as the rupture of a link. Thus, analytical psychology will focus on how the entry in a hospital and the fleetingness of the emergency context affect the psyche of the patients and how this psyche reacts to the disruptive and unexpected experiences.

Keywords: Hospital psychology, Urgency, Emergency, Jungian psychology.

La Práctica en la Urgencia y Emergencia desde la Psicología Junguiana

Resumen: Este reporte de experiencia pretende reflejar sobre el papel de una psicóloga en el contexto de urgencia y emergencia en el hospital desde la perspectiva de la psicología junguiana. El método utilizado fue el recurso de sistematización de la experiencia, que consiste en una

¹ Artigo produzido como Trabalho de Conclusão de Residência.

interpretación crítica, cuyo enfoque es el ordenamiento y reconstrucción de experiencias para explicar la lógica del proceso vivido. A partir del reflejo de situaciones clínicas se logró dar lugar a la subjetividad frente a la objetividad institucional del hospital. Teóricamente se describen las vivencias en la atención hospitalaria, un espacio donde se encuentra lo inesperado y lo desconocido. Se considera el simbolismo como un movimiento de la psique para lidiar con lo que el sujeto aún no puede nombrar, incluidas la vulnerabilidad, las pérdidas y el tema de la muerte y el dolor, este último comprendido como un quiebre del vínculo. De esta manera, la psicología analítica se centrará en cómo la admisión al hospital y la fugacidad del contexto de emergencia afectan la psique de los sujetos atendidos y cómo esta psique reacciona a estas experiencias disruptivas e inesperadas.

Palabras clave: Psicología hospitalaria, Urgencia, Emergencia, Psicología junguiana.

Introdução

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar se configura como uma temática que evoca diversas discussões sobre o papel da psicologia em uma realidade institucional. O trabalho do psicólogo hospitalar teria como objetivo auxiliar o paciente a passar pela experiência do adoecimento, voltando-se para os aspectos psicológicos em torno desse processo, dando, assim, lugar à subjetividade, em um ambiente no qual predomina, muitas vezes, o modelo biomédico, bem como as técnicas e a verticalização da assistência. Os aspectos psicológicos seriam as manifestações da subjetividade humana diante da doença, tais como os desejos, os sonhos, as fantasias, os pensamentos, os conflitos, entre outros (Simonetti, 2016).

Dentre os locais em que o psicólogo pode atuar dentro do ambiente hospitalar está o setor de emergência, que, em geral, funciona como porta de entrada na instituição, bem como onde são atendidas as intercorrências clínicas do hospital. Os serviços de emergência, ou pronto-socorro, são voltados para o atendimento, diagnóstico e tratamento de pacientes acidentados ou acometidos por mal súbito com ou sem risco iminente de morte, tendo funcionamento ininterrupto, dispendo de serviços de alta complexidade e leitos de observação para garantir assistência qualificada à demanda (Macedo & D’Innocenzo, 2019). Configuram-se como uma verdadeira sala de espera de diversas questões e problemas sociais (Romano, 2007). O trabalho neste setor é caracterizado pela necessidade constante de decisões imediatas, eficazes e eficientes, exigindo agilidade e prontidão de conhecimentos uma vez que se está sempre à espera do desconhecido.

Estar em um hospital atualiza vivências passadas, sinaliza para a realidade da morte, inicia a

incapacidade de cuidar de si mesmo, afastando o indivíduo de tudo que era e fazia antes da hospitalização, o que provoca medo e dor. Na emergência, todos esses sentimentos e reflexões são multiplicados por uma constante imprecisa, resultante da introdução abrupta em um ambiente adverso, sob o qual o indivíduo é exposto ao próprio sofrimento e ao do outro (Romano, 2007).

Na perspectiva da psicologia, as situações de emergência se caracterizam por momentos em que o indivíduo está em meio a várias sensações cruas e intensas e não encontra meios de utilizar a simbolização como forma de enfrentamento. Um dos objetivos do psicólogo hospitalar é restaurar a simbolização, porquanto, é na produção de um espaço criativo que se cria a possibilidade de buscar dar conta do insuportável, do impossível (Simonetti, 2016).

Dessa forma, o trabalho do psicólogo no hospital implica em se deparar, frequentemente, com o inusitado, ou seja, o imprevisível. Seu lugar não é físico, mas volta-se para um espaço e um tempo atitudinais: é o da escuta despretensiosa e sem julgamentos, disponível e debruçada ao outro que clama por atenção e cuidado e que sofre por algo e para algo que demanda sentido (Silva, 2012). No atendimento na emergência inserimos uma pausa para escutar e acolher o sofrimento, estabelecendo um tempo de significação nesse espaço em que nada parece poder esperar.

Quanto aos agravos à saúde atendidos no contexto emergencial, temos as causas externas, as quais correspondem aos acidentes e violências, e são as demandas do hospital em que a experiência ocorreu. Violência pode ser entendida como evento representado por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasiona danos físicos, emocionais, morais ou espirituais a si próprios ou a outros. Os acidentes compreendem

eventos não intencionais (incidente é um termo mais abrangente que envolve atos intencionais e não intencionais) e evitáveis que causam lesões físicas ou emocionais, ocorrendo no meio doméstico ou em outros ambientes sociais (Brasil, 2018).

As causas externas aparecem como um grande problema de saúde pública no Brasil, uma vez que são a terceira causa de morbimortalidade na população geral e a primeira na população da ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos. Tais condições podem gerar lesões permanentes, longos períodos de internação e transformações nas rotinas e modos de vida dos usuários, ocorrendo, em sua maioria, de forma abrupta, o que provoca sofrimentos de diversas ordens (Brasil, 2018). Assim, a psicologia procura atuar no acolhimento desses sujeitos em sua singularidade, trabalhando suas questões de forma empática, respeitando sua alteridade.

A psicologia analítica, no contexto hospitalar, busca resgatar a dimensão simbólica do processo de adoecimento/hospitalização, enfatizando que a doença não se limita apenas a um corpo a reparar, mas engloba, no cuidado prestado ao paciente, seus sonhos, fantasias e medos relacionados à experiência de perda da condição de saúde e institucionalização no hospital (Silva, 2012). Resgata a dimensão subjetiva do cuidado ao considerar que, na dinâmica relacional, o psicólogo é um sistema psíquico o qual entra em interação com outro sistema psíquico, ao atuar sobre outra pessoa, vivenciando junto ao paciente um processo evolutivo individual (Jung, 1935/2009).

Sobre os estudos que abordam a atuação do psicólogo no hospital a partir da psicologia junguiana, Silva (2011) destaca que há uma quantidade significativa de produções que discutem temas relacionados à psicossomática do paciente e instrumentos e técnicas para atendê-lo em seu leito. Contudo, poucos trabalhos discutem o lugar do psicólogo no hospital sob este referencial teórico. Quanto à atuação na emergência, são escassas as produções sobre esse tema, tendo sido encontrado somente um trabalho de Silva (2015). Em sua pesquisa, ela enfatiza a importância de se desenvolver e divulgar trabalhos que, a partir de um campo interacional de atuação, expressem conhecimentos teóricos de maneira dinâmica e vivencial.

Considerando a atuação profissional na urgência, este artigo surge como um relato da experiência de uma psicóloga residente da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE), na ênfase de Urgência e Emergência, em um

hospital da cidade de Fortaleza. Por se configurar como um serviço especializado no cuidado ao trauma (queimaduras, intoxicação exógena, traumatismo cranioencefálico, traumatismo raquimedular, fraturas expostas, perfuração por arma de fogo, entre outros), este hospital tem como demanda as causas externas.

Este artigo tem o objetivo de refletir sobre a atuação de uma psicóloga no contexto da urgência e emergência no hospital a partir da psicologia junguiana. O enfoque deste relato é a descrição das situações clínicas que ocorreram no período da vivência da residência e a articulação teórica com a psicologia de Jung. Este relato parte da experiência da psicóloga residente durante seu primeiro rodízio da residência no setor de emergência de um hospital de trauma em Fortaleza, no período de 16 de abril a 4 de novembro de 2018.

Método

A sistematização de experiências, por meio do seu relato, busca compreender e tratar o qualitativo que se encontra em cada experiência particular, permitindo se apropriar e dar conta dela, possibilitando compartilhar com os outros o aprendido. A sistematização seria a interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir de seu ordenamento e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido. Tal movimento permite ordenar conhecimentos desordenados e percepções dispersas que surgiram no decorrer da experiência. Busca-se compartilhar criticamente os resultados que surgiram da interpretação dos processos e colocar para reflexão coletiva as contribuições e aprendizados provenientes da experiência vivida por cada um em particular. É importante ressaltar que a prática não se restringe a um conjunto de atividades, mas também seria uma maneira de viver nossa cotidianidade, com toda a nossa subjetividade, incluindo o que sentimos, pensamos, queremos e sonhamos (Holliday, 2006).

Holliday (2006) demonstra que o processo de sistematização de experiências é composto por cinco tempos: 1) o ponto de partida (ter participado e registrado a experiência); 2) as perguntas iniciais (objetivo e definição do objeto); 3) a recuperação do processo vivido (reconstruir a história, ordenar e classificar a informação); 4) a reflexão de fundo (analisar, sintetizar e interpretar criticamente o processo); e 5) o ponto de chegada (formular conclusões e comunicar a aprendizagem).

A emergência do hospital, local da experiência, comporta: o acolhimento; uma sala de reanimação (sala vermelha) para pacientes em condição de instabilidade e gravidade; uma sala de suporte avançado semelhante à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (sala laranja); uma sala de medicação; um consultório médico; uma sala de suporte intermediário (observação 3); e o corredor (observação 1). O acolhimento é a porta de entrada do hospital, onde é realizada a classificação de risco dos usuários e o direcionamento ao setor de atendimento. A reanimação é a unidade responsável pela estabilização do quadro clínico dos pacientes, sejam eles recém-admitidos no hospital ou aqueles das unidades de internação que demandem atendimento emergencial. Após a estabilização, o paciente pode ser encaminhado para a sala laranja, que se caracteriza por ser uma unidade fechada semelhante à UTI ou, se estiver estável, pode ir para o corredor para ficar mais tempo de observação, ser avaliado por alguma especialidade e, caso haja necessidade de cirurgia, aguardará vaga para alguma enfermaria. O hospital dispõe de enfermarias especializadas em trauma ortopédico, neurologia, cirurgia geral, bucomaxilofacial, centro de tratamento de queimados e UTI.

O registro da experiência ocorreu por meio de um diário de campo, cujas anotações foram iniciadas no começo do rodízio no setor de emergência, no mês de abril de 2018. A perspectiva teórica que orientou o trabalho, bem como a abordagem clínica dos atendimentos foi a psicologia analítica. As reflexões sobre as experiências serão pautadas em autores que trabalham com a psicologia junguiana, entre eles, Silva (2011, 2012, 2015), Freitas (2010) e Oliveira (2012), e, primordialmente, em textos do Jung.

Na organização da experiência relatada, optou-se pela explicitação de situações clínicas (breves relatos de situações clínicas típicas) vivenciadas pela residente durante o período que passou no setor, correspondente a sete meses. Foi dado enfoque às repercussões psíquicas ocasionadas pelas perdas abruptas, uma vez que esta é uma temática que perpassa as situações observadas de forma constante e significativa no contexto da experiência em questão.

Por se tratar de uma reflexão teórica suscitada a partir da experiência profissional, o trabalho segue a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução define que não serão avaliadas pelo Sistema CEP/Conep as pesquisas que objetivam

aprofundamento teórico de situações que surgem de forma espontânea e contingencial na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar as pessoas envolvidas.

A experiência de atuação na urgência e emergência: um pouco do que se pôde encontrar

A experiência de atuação na emergência de um hospital de trauma proporciona contato com um público diverso e exige que o profissional tenha flexibilidade e agilidade para lidar com o imprevisível. No cotidiano, os atendimentos psicológicos podem ser realizados por busca ativa de pacientes, por solicitação da equipe ou a pedido do próprio paciente. Por receber, em especial, vítimas das chamadas causas externas, o setor de urgência e emergência admite indivíduos que estavam, muitas vezes, com boas condições de saúde e independência e foram arrancados de seu cotidiano por um acidente ou foram vítimas de violência. Como coloca Simonetti (2016), perde-se, de forma abrupta e inesperada, saúde, autonomia, tempo, dinheiro e muitas outras coisas, quando não a própria vida.

Tal contexto coloca o profissional diante de experiências de intenso sofrimento humano, disruptivas, traumáticas, em seu sentido psicológico. O trauma psíquico aponta para as experiências irrepresentáveis, para as quais o sujeito ainda não possui recursos simbólicos para lidar com o que lhe aconteceu (Kupermann, 2016).

Entrar em um hospital como vítima de acidente ou violência inaugura o contato com diversos aspectos da realidade, do mundo e, muitas vezes, de si mesmo até então desconhecidos, ou seja, inconscientes para o paciente. O indivíduo, ao mesmo tempo em que perde sua rotina, encontra a dor, a fragilidade do corpo, os procedimentos invasivos, o medo de morrer e reencontra dores e feridas antigas que podem retornar nesse momento de vulnerabilidade. O trabalho de significação pode possibilitar, como apontado por Freitas (2010), que o paciente se reorganize e consiga se sustentar diante daquilo que não conhecia, ampliando sua consciência. Procura-se trabalhar, além da dor do paciente, a angústia e o sofrimento dos familiares e, por vezes, da própria equipe, facilitando os relacionamentos entre a tríade paciente-família-equipe.

Na sala vermelha, enquanto o paciente é estabilizado pela equipe, tem algum familiar, amigo,

companheiro do outro lado da porta que está angustiado e precisa ser acolhido, orientado. Na sala laranja, enquanto o paciente está entubado e dorme, tem uma família que sofre com o prognóstico e que pode ter dificuldades para compreender a linguagem técnica utilizada pela equipe médica e de enfermagem. Quando o paciente que estava sedado e em ventilação acorda, ele o faz sobressaltado, desorientado, confuso, sem saber, não raro, o que aconteceu, onde ele está, quanto tempo passou e como será sua vida após a internação.

Busca-se funcionar como testemunha do sofrimento, auxiliando na elaboração da dor e dos lutos que estão em jogo, permitindo a produção de sentidos para vivências disruptivas e traumáticas (Kupermann, 2016). Pretende-se propiciar um tempo para a palavra em situações de desestabilização psíquica. É importante salientar que a urgência psíquica pode surgir em qualquer espaço do hospital, representando o momento em que algo se torna insuportável, remetendo a um limite que requer intervenção imediata (Azevedo, 2018). Contudo, neste artigo, optou-se por abordar a emergência como espaço de atendimento e lugar onde também surgem muitas demandas psíquicas.

Dentre as demandas de atendimento para a psicologia na emergência do hospital estão as tentativas de suicídio. Entendido como ato intencional de acabar com a própria vida, o suicídio encontra-se entre as 10 principais causas de óbito no mundo, atingindo principalmente jovens, sendo o Brasil o oitavo país em números absolutos de suicídios entre os estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), com média de 24 suicídios por dia. O Sistema de Informação Hospitalar brasileiro registrou que as tentativas de suicídio foram responsáveis por 153.061 das internações de pessoas com idade de 10 anos ou mais no período de 1998 a 2014, colocando esse evento como uma das principais causas de hospitalização e atendimento nos serviços de urgência e emergência (Bahia, Avanci, Pinto, & Minayo, 2017).

Ao se deter um pouco na busca de compreender o suicídio, percebe-se que as razões que levam ao ato são tão variadas como o próprio número de pessoas que recorrem a essa alternativa. Por ser um fenômeno complexo, é resultante da interação de uma série de fatores, parte deles inconscientes. Assim, cada tentativa de suicídio tem uma escrita particular naquela história de vida, uma singularidade. Contudo, algo

que perpassa os sujeitos que buscam essa alternativa é o sofrimento. Encontra-se, muitas vezes, um intenso sofrimento e a ambivalência entre o desejo de viver e morrer (Zana & Kovács, 2013).

O psicólogo é solicitado pela equipe para ouvir os apelos de dor e de angústia que falam de certa insuportabilidade de existir, remetendo para o caráter arquetípico do suicídio como um atravessamento que pode acometer qualquer ser humano. O atendimento pode proporcionar um primeiro espaço para reimaginar a morte e o corpo, e evidenciar o que não pode mais ser mantido nos moldes em que se encontra (Oliveira, 2012). Assim, é realizado o atendimento psicológico com o paciente e com seus familiares. Caso necessário, o paciente é encaminhado para os equipamentos de cuidado em saúde mental, a fim de ser acompanhado após a alta hospitalar.

Na perspectiva da psicologia analítica, o que se evidencia nas tentativas de suicídio é que uma morte (transformação) deva acontecer, mas não fisicamente. O contato com a morte pode conduzir a um amadurecimento psíquico para o indivíduo por levá-lo a reflexões que não está acostumado. A alma busca, nas tentativas de suicídio, um novo significado para a vida, um mergulho em si mesmo. Para cada indivíduo será necessário um simbolismo diferente, pois cada um vai organizar sua problemática de maneira particular. Ao buscar uma saída para o conflito que lhe faz sofrer, o sujeito pode perceber a morte como a única saída. Ao trabalhar esse conflito em uma perspectiva simbólica, a morte aparece como necessidade de transformação de aspectos de sua vida, isto é, como uma possibilidade de renascimento (Sena & Franco, 2017).

A experiência de atendimento no corredor do hospital coloca o profissional diante de um espaço fluido em que os lugares não são fixos, não há rotinas predeterminadas, e os pacientes ficam em macas de forma que nunca se sabe ao certo o que ou quem se pode encontrar nesse espaço. Faz-se necessário equilibrar o senso de urgência que perpassa o local com a tranquilidade requerida para a escuta do paciente. É um contexto que exige flexibilidade e até mesmo criatividade para buscar resoluções rápidas nesse lugar onde nada parece poder esperar e no qual rapidamente as situações podem sair do controle, ou seja, um paciente pode cair da maca, outro vir a complicar clinicamente e ir para reanimação, enquanto outro se desorganiza e grita de dor.

As perdas e a morte no contexto de urgência e emergência

As perdas materiais ou simbólicas são uma constante no cotidiano dos pacientes no hospital: perdem a rotina de vida antes do acidente ou violência sofrida, a integridade do corpo, (amputações, queimaduras), a funcionalidade de forma temporária (fraturas de membros) ou permanente (traumatismo raquimedular, amputações), entes queridos (acidentes com familiares ou amigos envolvidos), bem como se tem o afastamento de casa, do trabalho, entre outros. Assim, há o luto de forma marcante, entendido como um processo multidimensional de enfrentamento e reorganização diante de uma perda, além da vivência consciente da morte de um ente querido (Kovács, 2009). É a ruptura de um vínculo de forma irreversível quando se trata de uma perda, uma morte concreta, como a de uma pessoa amada.

Uma das rupturas que o paciente pode experimentar é a perda do mundo presumido, conceito proposto pelo psiquiatra britânico Colin Murray Parkes. Tudo que consideramos garantido faz parte do mundo presumido. Aí estão incluídas nossas concepções sobre nossos pais e nós mesmos, nossa habilidade para lidar com o perigo, a proteção que podemos esperar dos outros e as incontáveis cognições de que depende nosso senso de significado e propósito de vida. As crenças pessoais anteriores ao trauma são questionadas pela experiência vivida, e o indivíduo se vê obrigado a reavaliar sua visão de mundo (Greggio, Marras, Maso, & Oliveira, 2015).

O adoecimento e a hospitalização podem trazer à tona não apenas as perdas do agora, mas também fazem o paciente reviver diversas perdas vivenciadas em seu passado, as quais se atualizam no momento de dor e sofrimento presentes. Desta forma, as perdas do agora podem reavivar os complexos, os quais “mostram ao indivíduo os problemas não resolvidos, o lugar onde sofrem, ao menos provisoriamente, uma derrota, onde existe algo que ele não pode esquecer ou superar, enfim, o ponto fraco, no sentido mais amplo da palavra” (Jung, 1921/2012, § 990).

Por meio do experimento de associação de palavras, Jung se depara com os complexos, os quais apontam para a impossibilidade de compreender os processos psíquicos de forma isolada. Os complexos seriam manifestações vitais da psique, configurando-se o próprio eu (ego) como um grande complexo, mas podem se referir também a aspectos parciais da

psique que se dissociaram a partir de uma situação traumática, um choque emocional. A constelação do complexo acontece quando uma situação exterior desencadeia um processo psíquico de aglutinação e atualização de determinados conteúdos. A expressão “está constelado . . . indica que o indivíduo adotou uma atitude preparatória e de expectativa com base na qual reagirá de forma inteiramente definida” (Jung, 1934/2000a, § 198).

Deste modo, os pacientes trazem à tona, ao vivenciarem a perda de um ente querido ou a partir da própria condição de adoecimento e dor, outras vivências dolorosas que enfrentaram ao longo da vida. Por exemplo, um paciente queimado chorava pela dor provocada por uma queimadura de grande extensão, mas também pela morte da mãe que ocorrera há dois anos, bem como pelo abandono paterno quando tinha oito anos de idade. No discurso dos pacientes, constelavam-se as perdas de figuras de referência, entre elas, os pais, os avós e os companheiros, abusos e violências sofridos em outros tempos de suas vidas e muitas outras dores que em seus cotidianos fora do hospital conseguiam não entrar em contato diretamente.

A psicologia é bastante solicitada para acompanhar pacientes em processo de luto ou durante a comunicação de notícias difíceis, como a perda de um ente querido no mesmo acidente que levou o paciente ao hospital, a provável amputação de membros, o diagnóstico de uma lesão permanente da medula, entre outros. Assim, a temática das perdas e da morte permeia o cotidiano dos pacientes e de seus familiares na emergência da instituição.

A morte, nas sociedades contemporâneas, vem sendo negada de todas as maneiras possíveis. Porém, observa-se que a todo instante os noticiários da televisão, os jornais e as rádios emitem notícias cuja temática central é a morte. Apesar de se estar cercado por essas notícias, a morte é abordada como algo distante e alheio à vida humana. Todavia, quanto mais se tenta negá-la, mais ela aparece, talvez para lembrar ao ego que por mais que ele negue, ou tente afastá-la, ele não é o senhor de tudo, e não pode superá-la. A morte vem lembrar de que existem aspectos da vida que não podem ser controlados pelo ego, pois o excedem. Ignorando o morrer, o homem nega um aspecto integral da vida humana (Santos, 2007).

A temática da morte toca o ser humano em seus limites mais extremos, ao colocar limites à nossa razão, controle, consciência e capacidade de

apreensão e percepção. Entretanto, pode-se configurar também como uma maior possibilidade de abertura, oportunizando a ampliação da consciência (Freitas, 2010). A morte é entendida, muitas vezes, como um fim, o ponto final que se coloca antes mesmo de se encerrar o período e depois dela só existem as recordações e os efeitos, ocasionados pela ausência, nos outros (Jung, 1934/2000b). Convive-se diariamente com a perspectiva da morte, posto que estamos sempre morrendo um pouco, porquanto toda grande mudança implica o sacrifício de algo para que uma nova perspectiva possa surgir. Ao considerar a morte como tabu, perde-se a oportunidade de elaborá-la criativamente, afastando-se, então, da conexão com a totalidade psíquica (Freitas, 2010).

Morte e vida interagem de forma antagônica, mas também sincrônica dentro do processo de desenvolvimento psíquico, podendo se articular criativamente, de forma complementar, apontando para o que deve ser mantido e o que deve ser modificado. (Byington, 2019). O arquétipo da morte está presente desde o nascimento, permeando toda a trajetória do ciclo vital de modo simbólico e subjetivo, construindo mais vida ao proporcionar espaço para o novo (Sena & Franco, 2017).

Ao abordar a questão das etapas da vida humana, Jung (1930/2000c) aponta a temática do desenvolvimento da consciência, o qual ocorre a partir da polarização de opostos, da vivência do conflito. Ele se utiliza da metáfora do sol para exemplificar esse processo: de manhã, o sol se eleva do mar do inconsciente e olha para a vastidão do mundo que se torna mais amplo na medida em que ele se eleva. O sol descobrirá sua significação nessa extensão cada vez maior de seu campo de ação produzida pela ascensão, orientando-se para seus objetivos. Ao meio-dia, o sol começa a declinar, e este declínio implica uma inversão em seus valores e ideais cultivados pela manhã. O sol torna-se, então, contraditório consigo mesmo, começando a recolher dentro de si seus próprios raios em vez de emití-los. A luz e o calor vão diminuindo até se extinguirem.

Na infância, a partir das primeiras percepções, a criança começa a desenvolver ilhas de consciência, fragmentos que, aos poucos, vão se organizando em um campo e constituindo um centro, ou seja, o ego. Na metanóia, metade da vida, o ego que se estruturou e se fortaleceu no início da vida adulta começa a se voltar para os aspectos que ainda não desenvolveu em seu psiquismo. A partir da metanóia, apenas

quem estiver disposto a morrer simbolicamente em vida permanece vivo. No momento em que o ego admite a morte, constela-se a vida nas profundezas do inconsciente.

Aqueles modelos e ideais que foram utilizados e que funcionaram até este momento da vida já não servem mais. Um sacrifício das perspectivas pessoais é necessário a cada avanço, e isso é vivido pelo indivíduo como uma morte (Freitas, 2010). Tal movimento é importante nos casos de tentativa de suicídio quando precisamos possibilitar o deslocamento para uma perspectiva simbólica, como aponta Oliveira (2012), da voz que diz “eu quero morrer” para “o que em mim precisa morrer ou se transformar para que eu consiga seguir vivendo”. Este momento pode ocorrer na passagem da vida adulta para a velhice, como da infância para a vida adulta, coincidindo com episódios de tentativa de suicídio em jovens.

Os problemas remetem o indivíduo a um estado de orfandade, no qual se sente abandonado pela natureza e é obrigado a se tornar consciente. Cada problema, ou seja, uma situação nova que exige adaptação ou mudança, implica a possibilidade de ampliar nossa consciência, mas também aponta para a necessidade de se desprender de qualquer traço de infantilismo, ou unilateralidade. Em geral, procura-se espontaneamente evitar os problemas negando sua existência. Almeja-se uma vida simples, segura e tranquila, e, por isso, os problemas são tabus (Jung, 1930/2000c). Desejam-se certezas e não dúvidas; resultados e não experimentos. Contudo, a dissolução das dúvidas só advém da ampliação da consciência, processo que não ocorre sem sofrimento, uma vez que nosso ego insiste em se apegar ao que é conhecido, mesmo que não lhe sirva mais.

O homem esquece sempre de novo que alguma coisa que foi boa uma vez, não permanece boa para sempre. Mas percorre ainda por muito tempo, os antigos caminhos que já foram bons, mesmo que já tenham se tornado ruins, e só com imenso sacrifício e inaudito esforço consegue conformar-se com o fato de que o bom outrora, talvez hoje esteja velho e já não seja bom (Jung, 1921/2012, § 311).

No contexto da urgência, há aqueles indivíduos que estavam saudáveis alguns instantes antes de um acidente e vêm a óbito na sala vermelha alguns

momentos após sua chegada ao hospital, tendo seus familiares que lidarem com uma perda imediata. Sob determinado aspecto, como aponta Freitas (2010), a morte é uma terrível brutalidade, pois no lugar da pessoa amada resta o silêncio. Sempre que a consciência vivencia uma crise, confrontando-se com algo desconhecido, o inconsciente produz modelos arquetípicos que aparecem projetados. Por isso, atentar para os aspectos simbólicos nas experiências disruptivas se faz necessário, posto que são eles que podem dar condições ao indivíduo de lidar com o insuportável e o irrepresentável.

Quanto ao processo simbólico para lidar com o disruptivo, o conceito de símbolo desempenha um papel central na teoria de Jung (1926/2000d), sendo compreendido como a melhor expressão para algo desconhecido e que ainda não pode ser nomeado, configurando-se como uma abertura para significações.

Por símbolo não entendo uma alegoria ou um mero sinal, mas uma imagem que descreve da melhor maneira possível a natureza do espírito obscuramente pressentida. Um símbolo não define nem explica. Ele aponta para fora de si, para um significado obscuramente pressentido, que escapa ainda à nossa compreensão e não poderia ser expresso adequadamente nas palavras de nossa linguagem atual (§ 644).

Pode-se falar de função simbólica quando se trata de configurações que impõem à consciência um trabalho de significação. Um símbolo só é vivo quando capta o sujeito como um todo, engajando-o em todas as suas funções. Seria gerador e promotor de vida, operacionalizando a participação do inconsciente. Encarna a natureza projetiva da psique, colocando em ação os significados e apontando para algo que existe apenas em potência (Jung, 1926/2000d). Assim, é importante direcionar a consciência do paciente para determinados aspectos conflitantes de sua vivência para que possa ampliá-la e voltar o sujeito para o trabalho de significação das experiências que ainda não consegue representar psiquicamente.

Quando o homem está diante de uma tarefa difícil, isto é, aquilo que ainda não consegue realizar com os meios à sua disposição, pode-se surgir um movimento retrógrado da libido, isto é, uma regressão. Jung (1921/2012) destaca que “a libido se retrai diante do problema, introverte-se e reativa no inconsciente

um análogo mais ou mesmo primitivo da situação consciente juntamente com o caminho primitivo de adaptação” (§ 312).

A energia psíquica pode apresentar um movimento progressivo ou regressivo. A progressão da libido se voltaria para a adaptação do indivíduo ao ambiente externo, enquanto a sua regressão seria o processo de adaptação a seu próprio mundo interior. Ambos os processos seriam complementares uma vez que o homem não pode se adaptar ao mundo se não estiver em consonância consigo mesmo (Jung, 1948/2010).

O sofrimento mobiliza energia psíquica favorável à ação arquetípica e à reorganização da personalidade. Se em um luto por um ente querido se consegue elaborar para além do sofrido desligamento de sua presença física em sua vida, a vivência da morte é suscitada em si mesmo, podendo deixar morrer o que na personalidade não serve mais (Freitas, 2010). Tal processo demanda um tempo que nem sempre se dispõe no hospital. Faz-se, entretanto, o acolhimento e escuta nesse momento de dor e, a depender da demanda, o encaminhamento para o atendimento psicológico fora da instituição.

Considerando a inserção da psicóloga residente no ambiente de urgência e emergência, em sua experiência, foi possível se deparar com situações de intenso sofrimento de indivíduos que se acidentaram ou foram vítimas de violência, incluindo a perpetrada contra si mesmo, autoprovocada, como nas tentativas de suicídio. Nesse contexto, irrompem muitas questões em sujeitos que, em alguns casos, foram arrancados de seu cotidiano e obrigados a lidar com aquilo que escapa ao planejamento, aquilo que dói e desorganiza. Há também o encontro com feridas e dores antigas, com aquilo que ainda não foi desenvolvido em si mesmo. Para muitos, é o primeiro encontro com a escuta psicológica! Ou seja, com um espaço de escuta e de legitimação do sofrimento diante de tudo que se perde e de tudo de novo e desconhecido que se pode encontrar na hospitalização.

Considerações Finais

Em uma primeira aproximação, entrar em um contexto de atendimento de urgência e emergência é estar diante de uma experiência que se configura como um caos: há muitos pacientes, mas não se sabe quantos, existem muitas queixas distintas, os lugares não são fixos. Com o tempo, passa a se perceber certa organização no caos: pacientes neurológicos

ficam em sala de observação específica, os mais instáveis ficam próximos ao posto de enfermagem, entre outros. O momento do atendimento é o do aqui-agora, do instante. Um grande desafio é organizar as demandas e solicitações, mas, com o tempo, vai-se vislumbrando formas de fazer, considerando que um mesmo paciente durante sua estadia no hospital pode apresentar vários momentos e movimentos psíquicos, vivenciando tanto organização/desorganização e esperança/frustração quanto ilusão/desilusão.

Ser vítima de um acidente ou violência é se ver inserido em um contexto completamente diferente do seu cotidiano de forma abrupta, a demandar ao psiquismo a mobilização de vários recursos diante do inesperado. É o encontro com a vulnerabilidade, com a dor, bem como a ruptura com a sensação de segurança de que estamos protegidos e que teremos bastante tempo para realizar o que pretendemos. Há, em alguns indivíduos, o encontro com aquilo que em si mesmo precisa morrer para que se continue vivo.

Estar no hospital proporciona o encontro com a perda e com a morte, a qual se configura como um extremo para o ego, precisando o sujeito mobilizar outros recursos para lidar com aquilo que se apresenta como um limite, mas que pode ser oportunidade para o seu desenvolvimento psíquico.

Dessa forma, a psicologia junguiana se volta para de que maneira a entrada no hospital e a fugacidade do contexto de urgência e emergência afetam a psique dos sujeitos atendidos e de que forma esse psiquismo reage a essas vivências disruptivas, objetivando, como aponta Silva (2015), transitar entre a subjetividade do usuário e objetividade do contexto institucional. Ao dar espaço para os aspectos simbólicos que o encontro com o desconhecido pode mobilizar na psique, proporcionamos aos sujeitos atendidos a possibilidade de lidar com experiências dolorosas e, a princípio, irrepresentáveis psiquicamente, voltando à consciência para um trabalho de integração de aspectos do mundo e de si mesmo que estavam inconscientes.

Referências


- Azevedo, E. (2018). Da pressa à urgência do sujeito: Psicanálise e urgência subjetiva. *Analytica*, 7(13), 208-217. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v7n13/06.pdf>
- Bahia, C. A., Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Minayo, M. C. (2017). Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: Perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2841-2850. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
- Brasil. (2018). *Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf
- Byington, C. A. B. (2019). O arquétipo da vida e da morte: Um estudo da psicologia simbólica. *Junguiana*, 37(1), 175-200. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252019000100008&lng=pt&tlng=pt
- Freitas, L.V. (2010). O ser humano: Entre a vida e a morte. Visão da Psicologia Analítica. In M. J. Kovács (Org.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 113-144). Casa do Psicólogo.
- Gregio, C., Marras, C. M. O., Maso, J. S., & Oliveira, S. R. (2015). Saúde mental em emergências e transtorno de estresse pós-traumático. In M. H. P. Franco (Org.), *A intervenção psicológica em emergências: Fundamentos para a prática* (pp. 259-298). Summus.
- Holliday, O. J. (2006). *Para sistematizar experiências*. Ministério do Meio Ambiente.
- Jung, C. G. (2000a). *Considerações gerais sobre a teoria dos complexos*. Obras Completas de C. G. Jung. Volume 8. Parte 2: A natureza da psique. Vozes (Trabalho original publicado em 1934).
- Jung, C. G. (2000b). *A alma e a morte*. Obras Completas de C. G. Jung. Volume 8. Parte 2: A natureza da psique. Vozes (Trabalho original publicado em 1934).
- Jung, C. G. (2000c). *As etapas da vida humana*. Obras Completas de C. G. Jung. Volume 8. Parte 2: A natureza da psique. Vozes (Trabalho original publicado em 1930).
- Jung, C. G. (2000d). *Espírito e vida*. Obras Completas de C. G. Jung. Volume 8. Parte 2: A natureza da psique. Vozes (Trabalho original publicado em 1926).
- Jung, C. G. (2009). *A Prática da psicoterapia: Contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência*. Obras Completas de C. G. Jung. Volume 16. Parte 1. Vozes (Trabalho original publicado em 1935).

- Jung, C. G. (2010). *A Energia Psíquica*. Obras Completas de C. G. Jung. Volume 8. Parte 1. Vozes (Trabalho original publicado em 1948).
- Jung, C. G. (2012) *Tipos Psicológicos*. Obras Completas de C. G. Jung. Volume 6. Vozes (Trabalho original publicado em 1921).
- Kovács, M. K. (2009). Perdas e processos de luto. In F. S. Santos (Org.), *A arte de morrer: Visões plurais* (pp. 217-238). Comenius.
- Kupermann, D. (2016). Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na psicologia hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 19(1), 6-20. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100002
- Macedo, G. P. O. S., & D'Innocenzo, M. (2019). A satisfação dos familiares sobre o fluxo de atendimento no pronto-socorropediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2)435-441. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0388>
- Oliveira, S. R. (2012). O suicídio e os apelos da alma: Reflexões sobre o suicídio na clínica junguiana com pacientes adolescentes. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 103-110. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/15.pdf
- Romano, B. (2007). Potencialidade dos locais físicos do hospital em desencadear reações psíquicas. In B. Romano, *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais* (pp. 45-70). Casa do Psicólogo.
- Santos, F. S. (2007). Perspectivas histórico-culturais da morte. In F. S. Santos (Org.), *A arte de morrer: Visões plurais* (pp. 13-25). Comenius.
- Sena, T. S., & Franco, A. (2017). O suicídio no atendimento clínico junguiano. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 6(3), 221-225. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v6i3.1566>
- Silva, S. C. (2011). *Cuidando de ser psicólogo no hospital: Uma cartografia de experiências da construção de um lugar, contadas sob a inspiração da psicologia analítica de C. G. Jung* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-20072011-145143/publico/correasilva_me.pdf
- Silva, S. C. (2012). Vamos brincar de falar sério? O jogo de areia como recurso expressivo no trabalho de prontat-escuta psicológica em enfermaria pediátrica. In F. A. Bilotta, & S. Amorin (Orgs.), *A psicologia junguiana entra no hospital: Diálogos entre corpo e psique* (pp. 13-31). Vetor.
- Silva, S. C. (2015). O lugar do psicólogo no contexto de urgência e emergência. In S. C. Silva. Anais do V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo. *Blucher Medical Proceedings*, 1(6), 26-30. <http://pdf.blucher.com.br.s3.amazonaws.com/medicalproceedings/5jphmcl/005.pdf>
- Simonetti, A. (2016). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença*. Casa do Psicólogo.
- Zana, A. R. O., & Kovács, M. J. (2013). O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 897-921. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Rebecca Holanda Arrais

Doutoranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Residência em Cancerologia pelo Instituto do Câncer do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em Psicologia em Saúde pelo Conselho de Psicologia, São Paulo – SP. Brasil.


E-mail: rebecca.arrais@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9744-3163>

Tuane Freire Monteiro

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Urgência e Emergência pela Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Especialista em Psicologia da Saúde pelo Conselho de Psicologia. Psicóloga Hospitalar no Instituto Doutor José Frota (IJF). Fortaleza – CE. Brasil.

E-mail: tuannemonteiro@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5127-6985>

Endereço para envio de correspondência:

Rua Doutor Branquinho, 2220, Centro. CEP: 62850-000. Cascavel – CE. Brasil.

Recebido 26/03/2021

Reformulado 03/11/2021

Aceito 30/11/2021

Received 03/26/2021

Reformulated 11/03/2021

Approved 11/30/2021

Recibido 26/03/2021

Reformulado 03/11/2021

Aceptado 30/11/2021

Como citar: Arrais, R. H. & Monteiro, T.F. (2023). Atuação em urgência e emergência a partir da psicologia junguiana. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003250311>

How to cite: Arrais, R. H. & Monteiro, T.F. (2023). The Practice in an Emergency Service based on Jungian Psychology. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003250311>

Cómo citar: Arrais, R. H. & Monteiro, T.F. (2023). La Práctica en la Urgencia y Emergencia desde la Psicología Junguiana. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003250311>