

Percepção do profissional de saúde sobre o atendimento de pacientes com quadros de somatização no Serviço de Emergência Hospitalar

Health professional's perception about the care of patients with somatization disorder in a hospital Emergency Service

GABRIELE HONSCHA GOMES¹, SIMONE MEDIANEIRA SCREMIN²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção do profissional da emergência sobre o atendimento a pacientes com quadros de somatização. **Métodos:** Estudo exploratório descritivo, com metodologia qualitativa, realizado por meio de entrevistas com dez profissionais que faziam parte da equipe multiprofissional de um Serviço de Emergência. **Resultados:** A percepção do profissional foi atravessada por estigmatização e rechaço a esses pacientes; dificuldades de manejo e sentimentos de despreparo e frustração. **Conclusão:** Pontua-se a necessidade de um olhar crítico e interdisciplinar sobre a chegada desses pacientes à Emergência e como a compreensão clínica deve ser ampliada e contextualizada de forma biopsicossocial. Ressalta-se a importância de proporcionar um cuidado integrado, no qual os membros da equipe multiprofissional se ocupem desse paciente de forma conjunta.

Descritores: Transtornos somatoformes; Serviço hospitalar de emergência; Assistência integral à saúde

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of emergency professionals about the care of patients with somatization conditions. **Methods:** A descriptive exploratory study, with a qualitative methodology, carried out through interviews with ten professionals who were part of the multidisciplinary team of an Emergency Service. **Results:** The professional's perception is crossed by stigmatization and rejection of these patients, management difficulties and feelings of unpreparedness and frustration. **Conclusion:** We highlight the need for a critical and interdisciplinary look at the arrival of these patients in the Emergency Room and how the clinical understanding should be expanded and contextualized in a biopsychosocial way, as well the importance of providing an integrated care in which the members of the multidisciplinary team take care of this patient together.

Keywords: Somatization disorder; Emergency service, hospital; Comprehensive health care

Recebido: 4/4/2023 • Aceito: 6/9/2023

Autor correspondente:

Gabriele Honscha Gomes
E-mail: gabrielehgomes@gmail.com

Fonte de financiamento: não houve.

Conflito de interesses: não houve.

Como citar: Gomes GH, Scremin SM. Percepção do profissional de saúde sobre o atendimento de pacientes com quadros de somatização no Serviço de Emergência Hospitalar. JBMEDE. 2023;3(3):e23017.

Gabriele Honscha Gomes: <https://orcid.org/0000-0002-0076-3951> • Simone Medianeira Scremin: <https://orcid.org/0000-0003-0191-5635>

DOI: 10.54143/jbmede.v3i2.117

2763-776X © 2022 Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited (CC BY).



INTRODUÇÃO

A psicossomática é o campo de estudo das relações entre processos sociais, psíquicos e biológicos, no qual se compreende que o desenvolvimento do adoecimento não ocorre de forma isolada, mas em consonância com a história e o contexto biopsicossocial do sujeito.¹ Franz Alexander,² principal teorizador da Medicina Psicossomática, identifica que todo processo de adoecer é, em maior ou menor parte, determinado por fatores psicossociais e, desse modo, psicossomático. Essa concepção parte da quebra do modelo biomédico, uniaxial e linear, ainda muito utilizado nas formações em saúde.³ Já diferente do conceito de psicossomática, pois o conceito de somatização deve ser compreendido, segundo Lipowski,⁴ como sintomas físicos que não são justificados por achados anatomoclinicos e são associados a um potencial sofrimento emocional e/ou transtornos mentais.

Tomando como ancoragem teórica neste artigo a psicanálise, faz-se necessária a diferenciação entre histeria e somatização. A psicanálise se constrói, inicialmente, a partir do estudo de pacientes com quadros denominados por Freud como quadros histéricos. Enquanto a histeria consiste em uma expressão simbólica do conflito psíquico, a somatização não é uma tentativa de expressão, mas, por si só, a expressão do conflito.¹ O sintoma somático não partiria de uma conversão da angústia em sintoma, mas de um afeto que não encontra representação em palavra e é expresso diretamente no corpo, rompendo a cadeia simbólica de significantes e não trazendo a percepção de angústia.⁵ O conflito psíquico e o tensionamento decorrente não encontram escoamento via psiquismo e culminam por transbordar e escoar via corpo. Esse processo, ocorrendo de forma crônica, dá origem aos quadros de somatização.⁶

Existem divergências no campo psicanalítico a respeito da natureza desse fenômeno, contudo, percebe-se um consenso sobre os sujeitos que apresentam tais quadros terem um maior comprometimento da capacidade de simbolização, apresentando maior dificuldade na elaboração psíquica

dos conflitos.⁶ Assinala-se a importância de não tomar a psicossomática e os componentes psicossociais do adoecimento em uma relação de causalidade, frisando que componentes psicossociais, bioquímicos e fisiológicos coexistem e operam em conjunto no adoecer, de forma multicausal.¹

Esses pacientes têm como característica a busca frequente por tratamentos e diagnósticos médicos, fazendo com que sejam pacientes frequentes de Serviços de Emergência.⁶ O atendimento a esses pacientes em um contexto no qual a saúde é ainda tomada majoritariamente por um modelo biomédico torna-se um desafio.⁷ Em estudo sobre o cuidado em saúde mental nas emergências hospitalares,⁸ os autores inserem a terminologia do “foco míope”, ao referirem o objetivo do atendimento em Serviços de Emergência, no qual sendo o foco o sintoma orgânico e este visto como real. Tudo aquilo que está para além é visto como algo externo à função do profissional, ou melhor, tudo que está para além do orgânico não é visto.

Os Serviços de Emergência são conhecidos por sua superlotação e entende-se que muitas das demandas atendidas não se configuram de fato como atendimentos de urgência e emergência. Em estudo realizado sobre os diagnósticos realizados em emergências hospitalares,⁹ muitos dos casos que sobrecarregam o serviço de alta complexidade são situações que poderiam ser atendidas pela rede de Atenção Primária. O transtorno somatoforme e o transtorno de somatização são encontrados em descrição de quadros clínicos apresentados por pacientes hiperutilizadores de Serviços de Emergência.¹⁰ Estes estudos discutem que a percepção dos pacientes de que seus sintomas são ameaçadores à vida é componente importante para o estabelecimento dessa realidade e deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde.

Esses pacientes não são vistos como importantes pelas equipes emergencistas,¹¹ e a falta de tempo é utilizada como justificativa para o profissional não conseguir prestar uma assistência empática a esses pacientes. Na literatura, encontram-se poucos estudos

que abordam a percepção dos profissionais da equipe multiprofissional de Serviços de Emergência sobre o atendimento desses pacientes, sendo os estudos encontrados mais focados na percepção médica.^{7,11,12} Além disso, observa-se lacuna na literatura nacional recente a respeito dessa temática.

O objetivo deste estudo consistiu em compreender a percepção do profissional da emergência sobre o atendimento a pacientes com quadros de somatização.

MÉTODO

O estudo foi construído a partir de um delineamento exploratório descritivo e amparado pela metodologia qualitativa. A pesquisa teve como cenário um Serviço de Emergência de um hospital-escola de alta complexidade na Região Sul do país, que recebia pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço consistia em uma emergência clínica referência para atendimento em acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio e contava com profissionais de áreas multiprofissionais. A coleta de dados foi realizada por entrevistas individuais com dez participantes, e a seleção deles foi feita por conveniência, a partir da divulgação da pesquisa por convites, de forma presencial e *on-line*.

A divulgação foi feita para todos os profissionais contratados que compunham a equipe multidisciplinar e tinham como local de atuação o Serviço de Emergência do hospital. Buscou-se contemplar a pluralidade de profissionais atuantes no serviço, realizando entrevistas com profissionais da medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia e serviço social. Profissões como fonoaudiólogo não constavam com profissional contratado que atuasse de forma exclusiva na emergência, e a psicologia não pode ser representada devido ao fato que a psicóloga contratada fazer parte da construção e da orientação deste estudo. Os participantes apresentavam idade entre 35 e 55 anos, tinham de 10 a 30 anos de formação e atuavam no Serviço de Emergência entre 3 e 30 anos. Apenas dois profissionais tinham formação específica como emergencistas.

Para fins de respeitar o sigilo e a privacidade garantidos com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não foi possível especificar ao longo dos resultados e da discussão qual a área de especialidade dos entrevistados, visto que muitas profissões contavam com apenas um contratado na emergência, e isso permitiria a identificação. Foi respeitado o critério de saturação de dados, suspendendo a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos apresentaram redundância ou repetição, bem como quando se concluiu que diversas áreas profissionais já tinham sido contempladas.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE 44023721.3.0000.5327). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado previamente às entrevistas, de forma *on-line*. Foi solicitado que os participantes preenchessem um breve questionário sociodemográfico com perguntas a respeito dos anos de formação, área de especialidade e tempo de trabalho no hospital. As entrevistas tiveram duração de, em média, 30 minutos cada e foram realizadas pela profissional residente em ambiente virtual em decorrência das normas de biossegurança impostas pela pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19). As entrevistas abordaram as seguintes questões: se o profissional lembrava de casos de somatização atendidos ao longo da trajetória de trabalho, como se dava o manejo desses casos, as dificuldades encontradas, a percepção diante desses atendimentos, a relação profissional-paciente e os sentimentos suscitados no profissional, a compreensão dos conceitos de psicossomática e somatização. Ao início do processo de entrevista, foi questionado aos participantes se existia familiaridade com a terminologia de somatização e psicossomática, bem como foi solicitado que o profissional descrevesse o que compreendia por esses conceitos. Caso a compreensão estivesse de acordo com a literatura apresentada e utilizada, a entrevista era seguida, caso contrário, era realizada breve explicação sobre o termo.

Com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Os dados coletados foram analisados com base na análise temática de conteúdo proposta por Minayo.¹³ O objetivo dessa forma de análise é especificar núcleos de sentido dentro dos relatos, e a significância se deu por meio da presença e da frequência de temas. Este processo de análise foi realizado nas três etapas propostas pela autora: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na análise das entrevistas, listaram-se três categorias principais a serem descritas: o profissional do Serviço de Emergência, o paciente e o serviço. Construíram-se, assim, três perspectivas que compõem as relações analisadas ao longo do estudo. Dentro de cada categoria foram delimitados eixos temáticos conforme as falas dos participantes se agruparam por sentido e temática.

Categoria 1: o profissional do Serviço de Emergência

A primeira categoria engloba questões referentes ao profissional que atende os pacientes com quadros de somatização. Seus temas centrais são a percepção do profissional sobre o paciente, formas de manejo e sentimentos suscitados a partir desses atendimentos. A percepção do profissional aparece ancorada principalmente na estigmatização e no julgamento desses sujeitos, como exemplificado pelo trecho da entrevista a seguir:

A partir do momento que a equipe identifica essas questões, o paciente fica taxado e já existe um certo preconceito. Causando um rechaço na equipe. Ninguém quer atender, porque não é nada. Tá fingindo, tá se fazendo. (E4)

Esses pacientes também são vistos pela equipe de saúde como demandantes, tumultuadores do ambiente de trabalho e uma perda de tempo, já

que não apresentam questões clínicas consideradas reais por aqueles que o atendem:

A gente tenta se policiar, mas às vezes a gente mesmo assim se percebe fazendo isso e acaba tentando se livrar daquele paciente o mais rápido possível para não desperdiçar mais do nosso tempo precioso com aquela pessoa que de fato não precisaria de um socorro clínico. (E9)

A literatura versa e corrobora esses achados, nos quais os aspectos psicossociais muitas vezes não são vistos pela equipe de saúde como objeto de cuidado, o que faz com que os profissionais estigmatizem e tachem esse paciente como alguém que “não tem nada”.^{3,12,14} Tomando como ponto de partida o foco do atendimento de urgência ser restaurar a ordem orgânica do corpo físico, entende-se a formação de um estranhamento e o rechaço quando os profissionais se defrontam com uma forma de dor que diz para além de seu domínio e sua expectativa.⁸ A legitimação do sofrimento do outro, dentro desse contexto, é ameaçada e, muitas vezes, negligenciada.

O manejo utilizado pelos profissionais emergencistas indica a existência de abordagens distintas e permite a reflexão sobre como algumas se mostram mais eficazes do que outras. Muitos utilizaram em suas falas a palavra “convencimento”, indicando uma tentativa de convencer o paciente de que o problema pelo qual ele buscou atendimento não é um problema real:

A forma é tentar convencer essa pessoa, orientar essa pessoa que ela não está tendo aquilo, que aquilo não está acontecendo. (E1)

Pensando em formas mais associadas a estratégias de comunicação eficazes, temos a escuta e o acolhimento, bem como a utilização de dados concretos de exames clínicos que mostram ao paciente que, no aspecto orgânico, ele está bem

A estratégia não é chegar e dizer ‘tu não tem nada’, é se basear mais em fatos. ‘Bom, tu tem uma dor no peito, mas os teus exames estão normais, o coração está bem. (E2)

Em consenso com essa estratégia, os participantes médicos também citam a importância de sempre, primeiramente, descartar causas orgânicas que poderiam estar ocasionando aquele sintoma, como visualizado na fala de E2:

A gente tem como, não digo regra, mas primeiro descartar as coisas clínicas. Para o caso ficar como somatização, tem que ser descartado que isso realmente não seja clínico. (E2)

Estudos mostram que o primeiro ato do profissional médico é e deve ser, de fato, descartar possibilidades de causas orgânicas por trás do sintoma, utilizando-se de exames para uma melhor compreensão diagnóstica e sendo a somatização um diagnóstico de exclusão.^{7,15} Refletir sobre o manejo do profissional é levantar questões acerca da relação da díade profissional-paciente e como ela se dá no ambiente hospitalar. Em conferência intitulada de *O Nascimento do Hospital*, Foucault¹⁶ descreve o surgimento da instituição hospital e permite uma melhor compreensão sobre como e por que os hospitais são organizados e funcionam da maneira que conhecemos hoje. O autor pontua que é no final do século 18 que se concebe a figura do médico como aquele que tem o poder dentro da instituição de saúde e é a partir disso que o hospital passa a ser concebido como um instrumento de cura. Anteriormente, o hospital tinha a função de isolar e guardar os pobres e doentes, proporcionando um espaço afastado da sociedade no qual eles poderiam ficar até morrer.

Foucault¹⁶ ainda traz que a construção do hospital médico se dá a partir da transformação de poderes dentro da instituição, que deixa de ser gerida pelo religioso e passa ao saber médico. É nesse momento, também, que o sujeito doente ocupa o lugar de objeto do saber e da prática médica,

estabelecendo-se uma relação hierárquica entre médico e paciente, que se observa até hoje. A relação profissional-paciente é, assim, hierárquica e desigual, e o profissional da saúde ocupa um lugar de saber diante do sujeito. Para essa relação ser positiva e terapêutica, é necessário que tanto profissional quanto paciente construam em conjunto um modelo explicativo para determinado processo de adoecimento.¹⁷ Sabendo o lugar que o profissional de saúde ocupa no imaginário social e que esse paciente está em busca da legitimação do sofrimento, é essencial que esse profissional se ocupe de legitimar e acolher esse sofrimento, evitando que o paciente siga em busca desse olhar em outros serviços, ou até mesmo no mesmo serviço com constantes reinternações.^{3,17}

A legitimação social de alguns sofrimentos em detrimento de outros faz com que esses indivíduos utilizem estratégias para comprovar ao outro o seu sofrimento.¹⁸ Essas estratégias são parte importante das características do paciente somatizador, pois são indivíduos que se implicam em buscas incansáveis por comprovações orgânicas e concretas do adoecer, a partir da realização de múltiplos exames e consultas médicas, buscando reconhecimento e legitimidade de sua queixa e seu sofrer.

Em trabalho sobre sintomas médicos inexplicáveis em Serviços de Emergência,¹⁹ foram observadas três formas de manejo utilizadas pelos profissionais para explicar os fenômenos somáticos aos pacientes: a rejeição (sentimentos são negados e ilegítimos), o conluio (o médico apenas concorda com as crenças do paciente) e o empoderamento (é dada uma explicação psicofisiológica, o paciente não é culpado e é oferecido um encaminhamento para profissional que possa ajudá-lo de forma mais adequada). Essa terceira forma vai ao encontro do que alguns profissionais verbalizaram durante as entrevistas, dizendo que buscam utilizar os exames realizados para mostrar ao paciente, de forma mais concreta, que, organicamente, não tem nada de errado e que, a partir desse diálogo contínuo, é possível investigar e introduzir a pergunta sobre um componente psíquico no sintoma.

Essa estratégia aparece como mais adaptativa e de acordo com uma comunicação efetiva e assertiva, distinta daquela que se propõe a convencer o paciente de que ele não tem problema. A queixa existe e se faz presente; existe um pedido de ajuda e de escuta, restando ao profissional a necessidade de manejar essas situações de forma adequada.

Em pesquisa com médicos que atuam em hospitais, constata-se que esses atendimentos foram considerados exaustivos e desafiantes. Os profissionais se dividiram nos que referiram não considerar como sua função esses atendimentos e aqueles que tomavam como importante a construção e a manutenção do vínculo com os pacientes, assegurando que a queixa era ouvida e validada.¹² Nesse mesmo estudo, observou-se que a aprendizagem a respeito das formas de manejo se dava majoritariamente pela observação de pares com mais experiência e pelo processo de tentativa e erro, não existindo formação formal a respeito desses casos. Essas características de aprendizagem também foram assinaladas em estudo com médicos em formação.¹⁴

Finalizando essa categoria, os sentimentos citados pelos profissionais como suscitados foram majoritariamente considerados como negativos. Foi utilizado o conceito de contratransferência negativa em diversas entrevistas. O termo contratransferência consiste, na psicanálise, como reações inconscientes do analista em relação ao analisando e se trata de um fenômeno normal e esperado no processo terapêutico, podendo ser visto como um instrumento de análise.²⁰

Então geralmente a gente também se sente enganado, digamos que foi desperdiçado o nosso tempo, sabendo que tem outros pacientes também. Então existe uma contratransferência muito ruim, eu acredito que na maior parte desses pacientes. (E9)

Também aparece o sentimento de despreparo, como se percebe no relato de E3:

Mas é complicado, eu acho que a gente precisa de um preparo maior para saber o que fazer. (E3)

O sentimento de impotência diante desses casos também aparece nos relatos:

É, tem uma impotência. Às vezes, ao mesmo tempo que eu tento conversar eu sei que tem outros pacientes esperando por outras condutas. (E5)

Os sentimentos suscitados nos profissionais serem classificados como sentimentos negativos é visto também na literatura acerca dessa temática. Os estudos focam sobretudo no desamparo e no sentimento de despreparo percebido pelos profissionais médicos, indicando que não existe formação teórico-técnica que os habilite a manejar esses casos de forma adequada e tecnicamente amparada.^{7,12,14} Quando o profissional se defronta com aquilo que desconhece, os sentimentos repercutidos são de medo e incapacidade técnica, culminando em estado de angústia.⁸ O não saber também é considerado desorganizador para a identidade do profissional médico, muito sustentada por um lugar de conhecimento protocolar e controle sobre as situações vivenciadas.¹¹

Retomamos Foucault,¹⁶ ao assinalar novamente o lugar de poder e de saber ocupados pelo profissional médico nas instituições de saúde, tornando possível compreender estados de angústia e sentimentos negativos suscitados a partir de pacientes para os quais o saber médico não encontra as respostas necessárias. Questiona-se, a partir disso, o quanto o modelo de formação de profissionais de saúde atual, biomédico, é eficaz na compreensão desse sujeito complexo que se coloca diante do profissional e como o sentimento de despreparo indica uma lacuna nesta formação.

Categoria 2: o paciente

Essa categoria consiste em temáticas relativas ao paciente com quadro de somatização, comportando os eixos de como o paciente se apresenta no Serviço de Emergência e por que esses pacientes chegam à emergência. As principais apresentações e sintomas relatados por esses pacientes, segundo

os profissionais entrevistados, foram dor no peito e falta de ar:

As queixas são muitas, acho que o mais frequente é dor no peito e falta de ar. Daí a gente vê que a pessoa chega com aquela respiração ofegante, mas sem alterar os sinais vitais, a dor no peito geralmente não é compatível. (E2)

Existe uma limitação da literatura atual em demonstrar como esses pacientes se apresentam nos Serviços de Saúde, já que os estudos encontrados são antigos. Em estudo²¹ realizado em 1991 sobre sinais e sintomas de somatização mais prevalentes em um hospital universitário, observou-se que os sintomas mais apresentados foram dor, ansiedade, dispnéia, tontura e parestesias. A presença desses sintomas, em outro estudo, foi associada com maior incapacidade; uso frequente de Serviços de Saúde e elevados custos com saúde; sofrimento psíquico e transtornos psiquiátricos.²²

Em relação às impressões dos entrevistados sobre os motivos pelos quais esses pacientes recorrem ao Serviço de Emergência de um hospital de alta complexidade, temos a compreensão de que ele acessa o serviço por estar experienciando sintomas associados a quadros de patologias consideradas graves e ameaçadoras à vida

Porque ele tem um sintoma físico né, então ele vai procurar a emergência. Ele não pensa que seja a cabeça dele, ele sente de verdade. Eu acho que a gente entender isso já muda um pouquinho nosso olhar. (E3)

Esses relatos são consonantes com estudos^{10,23} que indicam que a percepção do sujeito sobre a gravidade e a urgência de seu sintoma é parte essencial da construção e da compreensão do paciente com somatização, que deve ser levada a sério e considerada pelo profissional assistente.

Outro motivo é o lugar que o serviço hospitalar ocupa no imaginário da população, como a via de mais fácil acesso ao atendimento em saúde e onde

todos os problemas de saúde são resolvidos, entendendo a rede pública de Atenção Primária em Saúde como um recurso que, muitas vezes, não é acessível e não responde às expectativas dos sujeitos que buscam atendimento:

Acho que a população vê o hospital como uma referência. E uma questão cultural, que o hospital vai ter a solução para tudo. Não tem aquele entendimento de rede. As pessoas têm uma ideia de que no hospital, por ser um atendimento especializado, é onde está o atendimento de qualidade. (E4)

Foucault¹⁶ explana como a construção e a transformação do hospital fazem com que essa instituição seja vista como um lugar de cura e resolução de problemas. Esse lugar social que o hospital ocupa é decorrente de décadas de construções sócio-históricas que culminam na solidificação do hospital como recurso de cura diante dos sujeitos com demandas de saúde.

Para além disso, é importante tensionar a reflexão sobre esses pacientes não serem de Serviços de Emergência, característica contemplada nas entrevistas com os profissionais. Retomamos o fato de que esse paciente chega relatando sintomas agudos compatíveis com quadros clínicos graves e percebe esses sintomas como uma ameaça à vida. Em pesquisas^{23,24} sobre os motivos que levam um sujeito a Serviços de Emergência, são abordadas a complexidade e a multiplicidade de fatores que fazem com que essa busca por atendimento seja feita, como a sensação de gravidade do sintoma, tecnologias disponíveis, resolutividade, acolhida, condições de acesso e agilidade no atendimento. Tomamos essa questão como complexa e dinâmica, não existindo resposta fácil e resolução diretiva que permita modificar esse cenário.

Compreendendo que os sintomas físicos, então, estariam operando como uma fonte de comunicação de um sofrimento psíquico, pode-se ampliar a discussão sobre o motivo pelo qual é necessária uma comunicação alternativa para esse

sofrimento. Pontua-se que tanto paciente como profissional estão inseridos em uma cultura biomédica, e, nesse contexto, o sofrimento psíquico não é valorizado e nem reconhecido como real, sendo o sofrimento orgânico aquele que recebe o olhar, a atenção e o cuidado.¹⁷

Dessa forma, o paciente busca, inconscientemente, comunicar de uma forma que será ouvido, que sua queixa será legitimada e reconhecida. Utilizando a terminologia sobre o foco míope existente no profissional de saúde de emergências,⁸ podemos associar que o sintoma físico é aquele que está dentro do foco, ao passo que o sofrimento psíquico é externo e, sendo externo, é inexistente. É importante, nesse momento, pontuar a não intenção consciente do paciente em desenvolver sintomas físicos, mas eles sendo resultados de processos psíquicos inconscientes. As palavras “simulação”, “enganar” e “fazer de conta” utilizadas pelos profissionais entrevistados indicam ainda uma percepção de ato intencional por parte do paciente, o que contribui para a contratransferência negativa identificada por eles.

É importante ressaltar que o paciente também é fruto dessa cultura biomédica e, portanto, ele também tem uma expectativa de que o médico encontrará uma causa física para seu sofrimento, será medicado de acordo e o sintoma eliminado.⁷ Essa problematização e discussão não é uma questão individual de determinados profissionais ou determinadas categorias profissionais, mas uma problemática coletiva e social, que deve ser abordada dessa forma.⁸ O adoecimento deve ser avaliado dentro de um contexto histórico e social específico, partindo do pressuposto de que o adoecer se constrói e se transforma em função da cultura e das tendências médicas em vigor no momento.²⁵ Em estudo na América Latina, por exemplo, concluiu-se que os quadros de somatização estão associados a fatores sociais, sofrimento psicossocial vinculado a situações de pobreza, baixa escolaridade, condições de trabalho precárias e vivências de violência.²⁶

Categoria 3: o serviço de emergência

A terceira categoria consiste no Serviço de Emergência, questões que atravessam esse espaço e elucidam características importantes sobre os atendimentos em um contexto mais amplo. Essa categoria aborda as dificuldades, os desfechos e as equipes. Em relação às dificuldades verbalizadas pelos profissionais, a ambiência, a superlotação e a sobrecarga de demandas aparecem como principais. Em relação à ambiência, foi relatado que a principal dificuldade quando se pensa na escuta, no diálogo e no acolhimento a esse paciente é em questão ao espaço físico no qual se dá o atendimento:

Eu me incomodo muito com a ambiência ali, a gente não tem sigilo, um lugar privado, sem que precise deslocar a pessoa. (E1)

O conceito de ambiência é definido pelo Ministério da Saúde como “o tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”.²⁷ Observa-se, pelas falas dos participantes, que existe uma problemática importante em relação ao espaço de atendimento no Serviço de Emergência, sendo considerado um dos maiores impeditivos para uma melhor assistência a esses pacientes. No documento do Ministério da Saúde, ambiência é definida como um espaço que deve visar ao conforto e ter como focos principais a privacidade e a individualidade do sujeito.

É importante associar a essa reflexão as formas como a ambiência proporciona, ou não, espaços que favoreçam a comunicação efetiva e acolhedora. A ambiência opera como possível mecanismo de manejo desses atendimentos e facilitadora de um atendimento mais humanizado e integral. O primeiro ponto do protocolo de comunicação SPIKES é justamente em relação ao *setting*, ambiente, no qual ocorre a conversa – SPIKES consiste em um protocolo de comunicação de notícias difíceis em ambiente hospitalar e é uma sigla

referente a *setting* (ambiente); *perception* (percepção); *invite* (convite); *knowledge transfer* (transferência de conhecimento); *emotions* (emoções) e *summary, strategies and support* (resumo, estratégias e suporte). O ambiente deve ser privativo e acolhedor, e o profissional deve ir para a conversa sem pressa, respeitando o tempo necessário do paciente e dessa comunicação.²⁸

A superlotação e a sobrecarga de trabalho são características importantes de Serviços de Emergência e operam como obstáculo para o profissional, fazendo com que ele não sinta que tem tempo para um paciente que demanda mais, ocasionando a percepção negativa que se têm sobre esse tipo de situação:

O pessoal não tende a ser muito tolerante, por motivos óbvios. A gente não tem uma unidade com 10 pessoas, mas uma unidade com 80 pessoas. (E6)

As dificuldades do atendimento a pacientes com quadros de somatização aparecem na literatura majoritariamente na percepção de falta de tempo,^{11,12,14} a qual, contudo, precisa ser avaliada com um olhar crítico, para buscar compreender o que significa esse tempo a mais dedicado a esses pacientes. Deve-se questionar se o sentimento de tempo “gasto” com esses atendimentos é percebido dessa forma por se tratar de uma queixa considerada pelos profissionais como alheia ao seu trabalho, no cenário em que se o foco também compreendesse o ser humano na sua integralidade junto de suas questões psicossociais seria considerado perder tempo?

Tensionando essa temática, discute-se que essa escuta não diz ao tempo do relógio, estrutura do serviço ou tecnologia disponível, mas sobre como se compreende o adoecimento do sujeito.¹¹ No momento em que o adoecimento é compreendido apenas como uma questão orgânica que pode ser consertada a partir de protocolos e intervenções, tudo que está para além disso não é visto como objeto de cuidado do profissional. O “gasto” de

tempo deveria ser visto como um investimento que tem como objetivo evitar reinternações.¹⁹ É a partir desse manejo que se evitam reinternações e fenômenos como *doctor-shopping*, descrito como a ida do paciente a diversos profissionais e serviços de saúde em busca de um profissional que consiga atender e acolher sua queixa¹⁹ – “gastar” tempo com o paciente pode ser equivalente a economizar tempo futuro e a proporcionar um atendimento humanizado e efetivo.

Em relação aos desfechos desses atendimentos, percebe-se uma dificuldade no encaminhamento desses pacientes para atendimento na rede de Atenção Primária, principalmente no que consiste nos atendimentos psicológicos:

Outra coisa que eu sinto falta é saber para onde encaminhar. Bom, a gente identificou que esse paciente precisa de acompanhamento, e aí? Se encaminha para onde? (E2).

Os encaminhamentos para outros profissionais são parte integrante do manejo médico nos casos de pacientes com somatização, podendo ser para equipes de psiquiatria, psicologia, clínico geral e fisioterapia.⁷ Esses encaminhamentos são dependentes da convicção e dos valores do médico assistente, não sendo protocolados.⁷ Além disso, mostra que muitas das orientações são prescritivas a partir do que o profissional considera que ajudará o paciente e não tomam como parte desse processo decisório a subjetividade e a individualidade do sujeito. A literatura pouco aborda as dificuldades existentes nesse encaminhamento em decorrência da fragilidade da Rede de Atenção à Saúde Primária no SUS e também para a rede de saúde mental especializada.

Na temática das equipes que atuam no Serviço de Emergência, a psicologia aparece como a principal equipe acionada quando os profissionais se deparam com quadros de somatização. Os gatilhos que fazem com que os profissionais desse estudo acionem a Psicologia consistem em, principalmente, na sensação de que não irão conseguir

dar conta dos casos sozinhos, quando a demanda emocional não fica clara para o profissional e quando o paciente se coloca de forma muito resistente ou com um sofrimento psíquico muito intenso. Para exemplificar, o relato de E8:

Quando a pessoa insiste muito, não está compreendendo a parte médica que tu tá mostrando que não tem nada. Isso também me é um sinal de que eu vou chamar a psicologia para entrar junto e a gente conseguir fazer uma abordagem melhor. (E8)

O papel da psicologia, nesse cenário, dá-se a partir da compreensão de que esses pacientes apresentam uma necessidade de relações próximas e contínuas, que possam minimizar a intensidade das angústias e ameaças de desintegração. Diante da dissociação existente entre o conteúdo inconsciente e o sintoma físico, torna-se necessário um processo sensível de reconstrução histórica e integração das questões psíquicas e somáticas.³⁰ Esse processo de tratamento não é possível ser plenamente desenvolvido nos poucos dias ou horas em que o paciente se encontra no Serviço de Emergência, caso em que seria impreterível o encaminhamento e a existência de uma rede de saúde mental que desse conta e acolhesse esses sujeitos.

Os participantes citam, também, de uma forma crítica, a necessidade de envolver a equipe da Emergência de forma integrada nesses casos, no sentido de todos compreenderem, de forma teórica e prática, esse diagnóstico e atendimentos:

Eu acho que tem que ter uma valorização maior dessa área, no sentido de que as pessoas entendam o quanto importante é a gente saber sobre isso. É educação permanente, sabe? Só que envolvendo a todos, a equipe médica, enfermagem. Que a gente fala equipe multi e as pessoas meio que excluem a equipe médica. Então eu acho que capacitação, educação permanente com relação a isso. (E4).

É escassa a literatura a respeito do trabalho da equipe multiprofissional com pacientes com quadros de somatização em Serviços de Emergência. As pesquisas citadas neste trabalho são majoritariamente em relação à percepção e à atuação médica. A importância de uma abordagem multiprofissional nesse manejo é decorrente da compreensão de que essa abordagem proporciona uma comunicação coesa entre os membros da equipe e facilita que o paciente confie e compreenda o diagnóstico, bem como consiga aderir aos tratamentos e os encaminhamentos propostos.³⁰

Unindo o que foi descrito a respeito do sentimento de despreparo dos profissionais com falas de entrevistados sobre a necessidade de abordar essa temática de forma teórica e técnica nos espaços de formação, entende-se que trata-se de uma lacuna importante no ensino em saúde de todas as especialidades e profissões. É imperativo que o processo de atendimento e encaminhamento seja realizado pelos membros da equipe multiprofissional de forma integrada, promovendo cuidado integral com a compreensão de que é um paciente da instituição e do sistema de saúde como um todo, não apenas da equipe de psicologia ou do hospital de alta complexidade. É importante compreender como os serviços de saúde se organizam e quais as lógicas e culturas que se atravessam nesse contexto, pois assim se tem uma visão dos modos de adoecer e de cuidar que são produzidos na sociedade e, a partir disso, podem-se promover mudanças.⁸

Este estudo tem limitações, principalmente referentes à caracterização da amostra e à impossibilidade de especificar as especialidades dos participantes ao longo da pesquisa, fato que poderia suscitar outras discussões e considerações a respeito das relações entre áreas profissionais na emergência. Ainda, a amostra selecionada por conveniência indica que os profissionais que demonstraram interesse em participar já tinham alguma afinidade ou interesse por essa temática.

CONCLUSÃO

Observou-se que existem três atravessamentos, que permitem uma melhor compreensão do contexto estudado, sendo eles referentes aos profissionais, aos pacientes e ao serviço. Os profissionais têm postura de maior estigmatização e julgamento em relação a esses pacientes, indicando dificuldades de manejo e compreensão dos quadros. O manejo aparece como profissional dependente; identificam-se profissionais com mais facilidade em abordar componentes psicossociais dos adoecimentos e outros que apresentam maior resistência e acabam por buscar convencer o paciente de que ele não “tem nada”. Atender pacientes com esses sintomas ocasiona sentimentos negativos nos profissionais, principalmente o despreparo, a impotência e a frustração. A dificuldade de manejo, portanto, relaciona-se aos sentimentos de despreparo e de impotência, nos quais a lacuna na formação teórica e prática deixa o profissional em um estado de angústia e evitação desses casos.

Ao discutir sobre os pacientes e as características do Serviço de Emergência, é importante ressaltar a necessidade de um olhar crítico e interdisciplinar, pontuando e investigando o contexto sociocultural no qual esses pacientes vivem e o papel ocupado pela saúde e pela saúde mental. Nota-se que, muitas vezes, a Rede de Atenção Primária não consegue dar conta da demanda existente e nem identificar pacientes com características de queixas de somatização, fazendo com que muitos pacientes não encontrem atendimento com a rapidez e a resolutividade desejada, culminando no deslocamento para Serviços de Emergência e contribuindo para a superlotação do serviço.

Os processos de adoecimento devem ser olhados como complexos, e as atuações nos serviços de saúde também, frisando que são questões multifatoriais e não respondem a explicações e lógicas de causalidade unilaterais. Deve-se discutir com o objetivo de tensionar a participação da equipe multiprofissional como um todo, implicando os diversos campos de saber nesse cuidado e a construção de possibilidades.

Percebe-se uma necessidade de olhar para a questão do paciente com somatização em Serviços de Emergência e as repercussões desses atendimentos nos profissionais. Observou-se lacuna importante na literatura recente sobre o tema, principalmente em relação a trabalhos recentes e que indiquem dados epidemiológicos sobre esses atendimentos, visto que é essencial a noção de quantificação para uma investigação do real impacto desses atendimentos para os Serviços de Saúde e outros dados que poderiam elucidar mais características a respeito dessa realidade. Igualmente, é relevante promover estudos que tenham como foco a equipe multiprofissional como um todo, para além do eixo entre medicina e enfermagem. Por fim, sugere-se a importância de ter como parte da formação de profissionais emergencistas questões teóricas e práticas a respeito dessa população, buscando proporcionar uma assistência mais integral, humanizada e especializada.

Referências

1. Rodrigues AL, Campos EM, Pardini F. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. In: Rodrigues AL. Psicologia da saúde-hospitalar: abordagem psicossomática. São Paulo: Manole; 2020. p. 2-23.
2. Alexander F. Medicina psicossomática: princípios e aplicações. Porto Alegre: A. Médicos; 1989.
3. Vieira LS, Macêdo MA. A interação biopsicossocial no processo de somatização: interface com a saúde pública. ID on line Revista de Psicologia. 2019;13(45):1-17.
4. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
5. Lanius M. “Na areia da carne”: por uma clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 2020;23(1):75-83.
6. Valente GB, Rodrigues AL. A questão da simbolização na psicossomática. In: Rodrigues AL. Psicologia da saúde-hospitalar: abordagem psicossomática. São Paulo: Manole; 2020. p. 49-63
7. Alves VL, Lima DD. Percepção e enfrentamento do psicossomático na relação médico-paciente. *Psic: Teor e Pesq*. 2016;32(6).
8. Paulon SM, Chaves AG, Leite AL, Nogueira CS, Castro DD, Pereira LC, et al. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. *Revista Polis e Psique*. 2012;2(3):73.
9. Avanzi MP, Silva CR. Diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adultos de um hospital universitário. *Rev Ciênc Méd*. 2005;14(2):175-85.
10. Acosta AM, Lima MA. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf*. 2013;15(2):564-73.
11. Luccia TP, Luccia DP. O atendimento da crise psicogênica nos prontos-socorros. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(4):567-73.
12. Warner A, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. How do hospital doctors manage patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study of physicians. *JR Soc Med*. 2017;110(2):65-72.

13. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Yon K, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ Open*. 2015;5(12).
15. Mazutti A, Mendonça D, Bergamo FC, Oliveira GA, Danizeli J. A compreensão de médicos e psicólogos da cidade de Maringá sobre o tema Psicossomática. *Revista Uningá*. 2011;29(1).
16. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M, Machado R, org. *Microssímbolo do poder*. 28 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2014. p. 171-89.
17. Fortes SL, Tófoli LF, Baptista CM. Somatização hoje. In: Mello Filho J, Burd M. *Psicossomática hoje*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 546-63.
18. Canesqui AM. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(2):409-16.
19. Stephenson DT, Price JR. Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2006;23(8):595-600.
20. Eizirik CL, Lewkowicz S. Contratransferência. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, orgs. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 310-24.
21. Voigt F, Menta SM. Sinais e sintomas psicogênicos na emergência do Hospital Universitário-UFSC [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Santa Catarina; 1991
22. Tófoli LF. Investigação categorial e dimensional sobre sintomas físicos e síndromes somatoformes na população geral [Tese de Doutorado em Psiquiatria]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
23. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, Lima SB. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos. *Saúde (Santa Maria)*. 2015;41(1):195-200.
24. Zorzanelli RT. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. *Psicologia em Estudo*. 2011;16(1):25-31.
25. Casarotto MS, Budó ML, Weiller TH, Simon BS. "Eu fui ao posto mais próximo...": livre demanda do pronto socorro de um hospital universitário. *R Pesq: Cuid Fundam Online*. 2012;4(3):2712-21.
26. Tófoli LF, Andrade LH, Fortes S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. *Braz. J. Psychiatry*. 2011;33(1):s59-s69.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Ambiência*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2023 Jul 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf
28. Pizzo VR. Comunicação na UTI: como torná-la efetiva. In: Padilha RQ. *UTI humanizada, cuidados com o paciente, a família e a equipe*. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 43-53.
29. Santos Filho OC. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. In: Mello Filho J, Burd M. *Psicossomática hoje*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 481-91.
30. Anderson JR, Nakhate V, Stephen CD, Perez DL. Functional (psychogenic) neurological disorders: assessment and acute management in the emergency department. *Semin Neurol*. 2019;39(1):102-14.