

**WINNICOTTI E O DESAFIO DO ATENDIMENTO A PACIENTES
IDOSOS EM ESTADO CONFUSIONAL
WINNICOTT AND THE CHALLENGE IN CARE OF ELDERLY
PATIENTS WITH CONFUSIONAL STATE**

Marcos Roberto Fontoni¹✉, Walter Lisboa Oliveira^{1,2} & Catalina Naomi Kaneta¹

¹Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, Brasil; ²Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

RESUMO- A experiência de internação hospitalar costuma ser um período difícil para o paciente, seus familiares e equipe, o que pode se agravar ainda mais quando há ocorrência de quadros confusionais. A alta incidência desses quadros, especialmente o delírium, em pacientes idosos internados, é um desafio a toda a equipe hospitalar multiprofissional. O cuidado com esses se torna desgastante devido às dificuldades com a prevenção, manejo e tratamento, além de tornar os custos da internação ainda maiores. O objetivo desta pesquisa é apresentar as dificuldades na abordagem a pacientes com quadros confusionais e discutir intervenções clínicas que se adequam a essa realidade. A pesquisa foi realizada a partir de atendimentos psicológicos em enfermaria de um hospital ortopédico com pacientes idosos vítimas de fraturas ósseas que evoluíram, após a internação, para estado confusional. Os resultados sugerem que a abordagem do psicólogo deve ocorrer de forma específica a fim de acolher, dar suporte e auxiliar, se possível, os pacientes a retomarem o contato com a realidade, tal como se observa na Psicanálise Winnicotiana, não podendo esta atuação se dar de maneira genérica.

Palavras-chave - Winnicott, Delírium, idoso, hospital, estado confusional, holding.

ABSTRACT- The experience of hospitalization is often a difficult time for the patient, family and staff, which can worsen when there is occurrence of confusion states period. The high incidence of these paintings, especially delirium in hospitalized elderly patients is a challenge to the whole multidisciplinary hospital staff. The care of these becomes exhausting due to difficulties with the prevention, management and treatment, in addition to making even greater hospitalization costs. This research aims to show the difficulties in approaching patients with confusion states and discuss clinical interventions that fit this reality. The survey was conducted from psychological treatment in an orthopedic hospital ward with elderly patients suffering from bone fractures that developed after hospitalization to confusional state. The results suggest that the psychologist's approach should be given specifically to welcome, support and assist, if possible, patients to resume contact with reality, as seen in Winnicott's Psychoanalysis and this action cannot be given generically.

Key- words - Winnicott, delirium, elderly, hospital, confusional state, holding.

✉ Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, Brasil. Rua Raimundo Correia, 695. Mauá, São Paulo. Brasil. Telef.: +55-11-96313-3386. E-mail: mrfontoni@me.com

Recebido em 17 de Dezembro de 2013/ Aceite em 25 de Setembro de 2014

O termo "estado confusional" é utilizado neste trabalho para descrever o comprometimento de funções cognitivas apresentado pelos sujeitos deste estudo. Porém o quadro deste tipo mais recorrente é a Síndrome Confusional Aguda (SCA), ou simplesmente *delirium* (Francis, 1993; Inouye, Rushing, Foreman, Palmer, & Pompei, 1998). *Delirium* é uma desordem neuropsiquiátrica caracterizada por perturbações na atenção, percepção, consciência e memória (Inouye et al., 1990). É geralmente reversível e pode ser consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, causada por uso de drogas mesmo em concentração terapêutica, exposição a toxinas ou a combinação destes fatores. Hoje, este é um dos problemas de saúde mental mais comuns em idosos internados. A presença deste mal aumenta os custos e tempo de internação, além de estar associado a um maior número de mortes durante e após a hospitalização (Coulson & Almeida, 2002). Estudo recente mostrou que o *delirium* é uma das precondições que levam à mortalidade (Silva, Jerussalmy, Farfel, Curiati, & Jacob-Filho, 2009), sendo que o problema se estende para fora do âmbito hospitalar, pois 52% dos pacientes continuam com os sintomas após a alta hospitalar (Rockwood, 1993). Em estudo citado pelo Ministério da Saúde, 6,1% dos pacientes apresentavam *delirium* e não foram diagnosticados, sendo um dos fatores iatrogênicos mais relatados (Motta, 2001). Assim, torna-se responsabilidade de toda a equipe a contenção do *delirium* oferecendo o melhor tratamento aos pacientes, reduzindo a mortalidade e custos de internação.

Sendo a internação por si só uma experiência difícil, esta se torna ainda mais complicada quando associada a estes estados confusionais. Um estudo com crianças e adolescentes, (Gomes, Queiroz, Bezerra, & Souza, 2012), mostra que a hospitalização é percebida como uma experiência estressante. Alguns relatam que o hospital é como uma prisão e há queixas de tristeza, saudade de casa, falta dos amigos/irmãos/parentes e impossibilidade de brincar. Os procedimentos da internação-restrição ao leito, medicação, procedimentos, etc., para tratamento da patologia aguda, no caso deste estudo a fratura óssea - levam a um declínio funcional como problemas associados a confusão e até mesmo depressão (Fried, 1994). No caso de adultos e idosos, em pesquisa com pacientes de UTI, destaca-se ainda a existência de feridas narcísicas, vivência de angústia de castração e de morte, desamparo, distância da família, quando em condições de internação ou quadro clínico complicado (Oliveira, 2011).

Nestas condições de intenso sofrimento emocional perante a internação, percebemos que há, além do já explorado pela Psicologia hospitalar, um campo para o desenvolvimento e pesquisa da Psicanálise, como mostram estudos sobre sua aplicabilidade no hospital (Machado & Chatelard, 2013). Percebemos em nossa prática que o atendimento psicanalítico a pacientes em estado confusional não poderia se dar da mesma forma que em outros pacientes com orientação e percepção preservadas, visto que naqueles o discurso, como nos pacientes psicóticos, se encontra com o sentido comprometido.

Postas as condições acima, a presente pesquisa surgiu da percepção da dificuldade de atendimento a idosos internados em um hospital ortopédico que apresentavam quadros confusionais. Esta experiência elucidou também as dificuldades do restante da equipe em lidar com a situação. Assim, notou-se a importância de falar e estudar sobre este tema, principalmente através da constatação, também realizada por outros autores (Ely et al., 2004), de que os profissionais da saúde nem sempre têm aporte teórico necessário. Estes estados confusionais são frequentes e existem métodos de avaliação e diagnóstico de tais episódios, como mostram vários estudos (Kennedy, Nakase-Thompson, Nick, & Sherer, 2003; Trzepacz, Baker, & Greenhouse, 1988).

Assim, tendo uma patologia que pode ser corretamente diagnosticada, é indiscutível a necessidade de atentar para seu tratamento e prevenção. Nessas circunstâncias, a escolha do viés psicanalítico de Winnicott se deu devido a um interesse pessoal especial à teoria do amadurecimento humano, e também por ter encontrado elementos nesta que deram suporte à prática clínica com estes pacientes.

O objetivo desta pesquisa foi de elucidar como poderia ser feito o atendimento psicológico a estes pacientes específicos, tomando como base a teoria Winnicottiana.

MÉTODOS

Participantes

Foram selecionados quatro casos clínicos atendidos durante estágio supervisionado que evidenciam os aspectos do paciente enfermo com quadro confusional e as atuações do psicoterapeuta. Os pacientes receberam nomes fictícios de Bete, Geralda, Isabel e Joana, tendo, respectivamente, 78, 82, 83 e 84 anos de idade. Todas estavam internadas em enfermaria de hospital ortopédico. O motivo da internação ambulatorial das quatro foi fratura no fêmur devido à queda de própria altura e infecções decorrentes de complicações pós-cirúrgicas.

Material

O estado confusional agudo foi caracterizado mediante observação clínica dos sintomas, seguindo os critérios de diagnóstico diferencial do DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). O material foi coletado através de dois instrumentos de registro de atividades que eram discutidos e supervisionados pelo professor responsável:

Diário de Campo – Ao fim de cada dia de estágio, foi elaborado um diário no qual era descrita a rotina, impressões e principais fatos ocorridos.

Relatórios de Atendimento – Cada atendimento era transcrito em relatório, contendo a descrição de principais momentos da intervenção terapêutica e falas mais marcantes de paciente e terapeuta.

Procedimento

Foram realizados atendimentos de interconsulta psicológica em hospital ortopédico. Durante estes percebeu-se a incidência dos quadros confusionais nos pacientes idosos e conseqüentemente o questionamento sobre como trabalhar com tais casos. Após os

atendimentos, a experiência era redigida em relatórios e discutida em supervisão. Foram feitos recortes dos relatórios de quatro casos selecionados, e estes, por sua vez foram categorizados de acordo com elementos da teoria Psicanalítica com viés Winnicottiano.

Foi feita busca na base de dados da Scielo usando os termos: hospital and Winnicott, Winnicott and delirium, Winnicott and elderly, hospital and elderly, delirium and elderly. Foram escolhidos para o levantamento bibliográfico artigos que trouxessem dados relevantes à caracterização do estado confusional, bem como estudos, tratamentos e intervenções psicológicas já existentes com tais quadros. Após esta revisão bibliográfica foi realizada análise dos atendimentos clínicos com base na teoria de Winnicott.

As questões éticas foram trabalhadas de acordo com as leis e regulamentações vigentes. Os nomes dos pacientes e de seus familiares que aparecem foram alterados a fim de preservar a privacidade e garantir o sigilo. Atentou-se para a Resolução n.º. 196 de 10 de outubro de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a Declaração de Helsinki e o Código de Ética Profissional do Psicólogo (2014).

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados a partir de relatos e vinhetas extraídas dos casos atendidos e são expostos em duas categorias: “*Caracterização do quadro clínico*” e “*Atuações do Psicoterapeuta*”. Na primeira categoria, apresentaremos brevemente os aspectos que evidenciam o funcionamento mental dos pacientes para na segunda, apresentarmos as intervenções do Psicoterapeuta, assim como dificuldades e desafios neste tipo de prática clínica hospitalar.

Caracterização do quadro clínico

Os pacientes atendidos apresentavam distúrbio na atenção e na consciência, baixa na memória e confusão, sendo todos sintomas agudos conforme apresentaremos a seguir. Tais características correspondem aos critérios diagnósticos de síndrome confusional aguda do DSM-V. O primeiro aspecto é o distúrbio na atenção e na consciência, sendo este último caracterizado por reduzida orientação ambiental - seja ela espacial ou temporal.

"Pergunto a Bete se sabe onde está, ela diz que está em um prédio comercial perto de sua casa. Digo a ela que eu achava que ali era um hospital. Ela nega e diz que ali é uma loja de carros e que no terceiro andar fica o apresentador de televisão Jô Soares" [Relato do Pesquisador sobre a Bete].

O discurso dos pacientes ou mesmo gestos, demonstram algum nível de confusão mental. Baixa na memória e atenção são características dos quadros de confusão mental, também inscritos no primeiro critério de diagnóstico do DSM-IV.

"Em pelo menos três momentos da sessão me cumprimenta na mão, talvez se esqueça que já me cumprimentou" [Pesquisador sobre Joana].

"...não se recorda de mim, sendo necessário que eu me apresente novamente como estagiário de psicologia e que eu já tinha vindo visitá-la outras

vezes" [Pesquisador sobre Joana].

"A paciente fala sobre esta macarronada várias vezes durante a sessão, não complementando o que já dissera, mas contando novamente como se não se lembrasse que já tinha falado aquilo" [Pesquisador sobre Joana].

Um diagnóstico diferencial do *delirium* para a demência é o fato de que o primeiro é agudo, ou seja, tem início com a internação e cessa no final desta, sendo este o segundo critério de diagnóstico do DSM-V. Em alguns casos, os sintomas podem se estender além da internação, caracterizando quadros mais graves que geralmente culminam na morte do paciente.

"A filha de Joana, diz que em casa esta não apresenta confusões, complementando ainda que o médico disse que talvez isso se devia à medicação" [Pesquisador sobre Joana].

"...diz que a mãe sempre fora um pouco confusa em casa mas que a situação se agravou no hospital" [Pesquisador sobre Bete].

Outro sintoma do quadro confusional são as alucinações ou ilusões visuais. Estas ocorrem, geralmente, em ambientes escuro se, também geralmente, sem implicação pessoal, ou seja, o paciente descreve assistir aos fenômenos e não fazer parte deles como na Esquizofrenia (Dalgalarrondo, 2008).

"De noite minha cama começa a flutuar e vai para um lugar que não conheço. E Está cheio de pedras e tem um abismo que me dá muito medo, mas consigo passar voando pelo abismo. Depois minha cama vai para um viaduto e parece que vai cair de lá de cima [...] fico com muito medo e começo a chamar socorro" (SIC) [Isabel].

Outro aspecto recorrente é o pensamento ilógico e desorganização do discurso, fazendo com que o paciente fique difícil de ser compreendido, pois suas ideias articulam frouxamente (Dalgalarrondo, 2008). A paciente da vinheta a seguir, por exemplo, interrompia o que me contava dizendo ter sede e, em outros momentos, falava sobre um exame de mapeamento de retina.

"Enquanto contava algo apontava no meio do discurso que estava com sede, fazendo isso deixando as frases sem nexos. Reclama ainda de dor na perna e no pé. Mais tarde na sessão fala de um exame que fez há algum tempo, um "mapeamento de retina" e, da mesma forma como falou sobre a sede, colocou em vários momentos de seu discurso que faria, precisaria ou que fez este exame" [Pesquisador sobre Bete].

Atuações do Psicoterapeuta

Como podemos perceber, estes pacientes possuem características recorrentes como a falta de atenção e orientação que dificultam o uso da interpretação clássica psicanalítica. Freud já havia enfatizado que o uso da transferência deve sempre levar em conta todos os aspectos do

tratamento e não ao ato interpretativo em si, ou seja, somente do discurso, compreendendo que o trabalho interpretativo deve estar a serviço do paciente, originando-se dele e sendo destinado a ele (Freud, 1996). Portanto, devemos considerar para além do discurso até mesmo nos neuróticos, e nos casos onde o discurso não pode ser interpretado, a atuação levaria em conta algo que esteja a serviço do paciente. Neste sentido, encontramos em Winnicott o conceito de manejo, que designa um conjunto de elementos que, algumas vezes, ultrapassam os limites da análise convencional, e aos quais o analista deve atentar a fim de proporcionar ao paciente um ambiente de acolhimento ou *holding* adequados (Winnicott, 1954).

Winnicott observa que estes casos, em suma, não podem usufruir da ajuda prestada pela técnica tradicional, em que o material trazido pelo paciente é compreendido e interpretado pelo analista.

“...é provável que a consistência do analista seja o fator mais importante (ou mais importante do que as interpretações), porque o paciente não experimentou tal consistência no cuidado materno na infância, e se tiver de utilizar essa consistência terá que encontrá-la pela primeira vez no comportamento do analista. Isso pareceria ser a base para a pesquisa do problema do que o analista pode fazer no tratamento da esquizofrenia e outras psicoses”(Winnicott, 1983, pp. 207–17).

A noção de *holding* na teoria Winnicottiana é de extrema importância para o manejo clínico e é compreendida como sustentação, significa oferecer um ambiente/ *setting* que sustente e permita o processo de integração do sujeito. O *setting*, a atenção dada pelo analista, mais o trabalho interpretativo, nem sempre possível em pacientes psicóticos e até mesmo nos neuróticos, criam um ambiente de suporte ao paciente (Abram, 2000).

Winnicott(1984), sobre suas “Consultas Terapêuticas”, serve-nos à realidade da Psicologia no ambiente hospitalar. O autor chama atenção para a necessidade de o psicoterapeuta aproveitar o primeiro encontro e procurar fazer pelo paciente o que for possível já nesse momento.

Dessa forma, nossa prática foi conduzida pensando no que poderia ser feito por aqueles pacientes que sofriam emocionalmente por estarem confusos ou que geravam este sofrimento em seus familiares pelo mesmo motivo. Observamos que modelos de intervenção mais voltados à escuta, acolhimento psicológico e manejo, como em pacientes psicóticos, além da orientação aos familiares e à equipe, trouxeram resultados positivos no que diz respeito a uma melhor adaptação do paciente e sua família, assim como em uma melhor condução dos casos por parte da equipe de saúde.

No momento da internação, é comum que muitos pacientes, mostrem-se fragilizados emocionalmente revivendo inclusive episódios anteriores à internação, demandando, portanto, um devido acolhimento psicológico(Oliveira, 2011).

"Conta que seu irmão era piloto de avião de pequeno porte e morreu em um acidente. Finaliza dizendo que não é fácil (SIC). Eu digo a ela que realmente não é fácil" [Pesquisador sobre Bete].

Esta paciente relatou um momento difícil anterior à internação, exemplificando a reedição de conflitos anteriores. Neste momento o papel do psicoterapeuta foi de apenas, e não

pouco importante, acolher e validar o sofrimento trazido pelo doente. Em outro momento, esta mesma paciente me faz um questionamento, que apesar de apresentar características de confusão mental pareceu uma pergunta de razoável nível de auto consciência, e da mesma forma o psicoterapeuta acolheu o questionamento a fim de reduzir o conflito gerado à paciente por tal dúvida.

"Em certo momento, Bete me questiona se acho que ela tem "minhoca na cabeça" (SIC), pois as pessoas dizem que ela tem. Pergunto a ela que se ela tiver "minhoca na cabeça" qual o problema" [Pesquisador sobre Bete].

Nessas situações, persistimos com o objetivo terapêutico de priorizar o acolhimento e o suporte psicológico, uma vez que diante do contexto hospitalar e da fragilidade emocional dos pacientes, a interpretação pode ser intrusiva e desestruturante (Oliveira & Rodrigues, 2014). O trecho abaixo demonstra como isso foi feito no momento em que a paciente Isabel conta suas visões noturnas (como visto nas caracterizações do quadro clínico).

"Digo a ela que "visões" noturnas mostram que ela está com medo, medo de algo desconhecido, estranho e talvez perigoso como os lugares que ela diz ir nestes momentos" [Pesquisador sobre Isabel].

Legitimar o sentimento vivido pela paciente, neste caso, trouxe um efeito tranquilizador, diminuindo a ansiedade e favorecendo o vínculo, conforme visto nos atendimentos seguintes. Outra forma de realizar o *holding* pode ser também através do silêncio do analista, como coloca Safra:

O analista deve ser silêncio para acolher a singularidade do paciente. Mas ele deve ser também objeto interventor, pois se for só silêncio convidará o analisando a cair em um precipício ao qual ele não está preparado (Safra, 2009, pp. 75–82).

Neste sentido, o trecho a seguir mostra como o psicoterapeuta pôde manter a sustentação do paciente em um momento em que este não quer mais falar, intervindo após alguns instantes, no momento certo, para que o paciente não "caia" neste precipício ao qual não está preparado.

"Pergunto se ela ainda quer dizer mais alguma coisa e ela diz que não quer falar mais nada porque está cansada, virando o rosto demonstrando estar exausta. Fico em silêncio por um minuto e finalizo a sessão dizendo que voltarei toda semana para vê-la se ela quisesse" [Pesquisador sobre Isabel].

Com relação à postura de escuta e acolhimento necessária ao terapeuta, Winnicott nos conta, de acordo com sua experiência clínica, que muitas das dificuldades encontradas pelos pacientes se devem ao fato de que ninguém, nunca os escutou inteligentemente.

Descobri, bem depressa, há 40 anos, que coletar as histórias de casos, tal como relatadas por mães é, por si só, uma psicoterapia, quando isso é bem feito (Winnicott, 1995, p. 136).

Houve momentos em que apenas ouviu-se o que o paciente dizia, mas sem entender o discurso, mesmo assim isso foi feito de forma que demonstrasse plena atenção ao interlocutor.

"Continua falando e não entendo o que diz, então deixei de tentar entender o discurso e passei apenas a estar presente atento à ela" [Pesquisador sobre Geralda].

Em referência ao manejo clínico, proposto por Winnicott, do analista ao paciente, Abram diz que "a atenção dispensada pelo analista, juntamente com o trabalho interpretativo, que criam o ambiente de *holding* que norteia as necessidades psicológicas e físicas do paciente. É apenas a partir do *doholding* que um espaço potencial pode ser concebido" (2000, p. 136). No caso abaixo, o intuito da fala do psicoterapeuta foi sustentar a paciente quanto à sua imagem física e como esta imagem era representada em sua psique, dando-a mais consistência sobre sua identidade.

"Continua falando sobre suas preocupações com a situação financeira em casa e neste momento observa que não está articulando as palavras como antes, dizendo que não está falando como ela mesma. Eu pontuo que apesar de ela estar falando diferente ela ainda é a Sra. Isabel. Ela sorri e diz que sou um amor, anjo enviado por Deus" [Pesquisador sobre Isabel].

Da mesma maneira que Winnicott fala da importância da introdução gradual da realidade ao bebê, que se dá pela desadaptação da mãe às suas necessidades, conforme aponta Dias, podemos pensá-lo em nossa prática clínica no hospital com estes pacientes com quadro confusional.

"Com o tempo, e na medida da capacidade maturacional crescente do bebê, a mãe suficientemente boa torna a adaptação cada vez menos absoluta e, deste modo, permite que ele, gradualmente, caminhe na direção da dependência relativa e, depois, rumo à independência" (Dias, 2013, p. 91)

Nos pacientes que apresentam desorientação espacial ou temporal, introduzir-lhes a realidade de forma abrupta pode ser intrusivo, não sendo, assim, produtor de melhor ano estado confusional como também pode desencadear ansiedade. Assim, em nossa prática procuramos os introduzir a realidade de forma gradual e sutil, buscando orientá-los no tempo e espaço.

Psicólogo: Mas, você sabe onde está? Bete: Sim, em um prédio comercial.

Psicólogo: Nossa, eu achava que estávamos em um hospital...

Bete: Não, aqui é uma loja de carros.

Conforme relato acima, nem sempre o paciente assimilará adequadamente a realidade apresentada pelo psicólogo. No entanto, optamos por essa abordagem mais sutil, procurando preservar o equilíbrio psíquico do paciente.

Concluindo os resultados, destacamos que, muitas vezes, a intervenção do psicólogo se dá também junto à equipe e familiares. Quanto à equipe, é importante que o psicoterapeuta os oriente sobre particularidades relevantes à cada paciente, como, por exemplo, o grau de consciência no tempo e espaço e compreensão do discurso dos cuidadores formais para que o

tratamentos e dê de forma adaptada. Aos familiares, cabe um acolhimento da angústia muitas vezes desencadeada pela percepção da desorientação do seu ente querido. A estes, cabem orientações a respeito do quadro clínico, muitas vezes encarado como definitivo, e outras intervenções que possam influenciá-los positivamente na vivência da internação.

DISCUSSÃO

Como vimos, o *delirium* tem inúmeras implicações na internação como maior taxa de mortalidade associada, maiores custos e tempo de internação, piores prognósticos, sequelas e traumas. Assim verificou-se que a prevenção e tratamento do *delirium*, por ter um caráter orgânico e psicológico, é de responsabilidade de toda a equipe. Então é necessário que os cuidadores formais possam fazer o diagnóstico diferencial da patologia, ou seja, é preciso desenvolver esta competência em adição a outras já apontadas por Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, e Sousa (2011), tais como o autocuidado e a gestão do *stress* e sobrecarga emocional. O estudo de Inouye (1999) sugere que há fatores de predisposição à incidência de *delirium*, assim podemos propor a intervenção da equipe multiprofissional junto destes pacientes já no ingresso ao hospital a fim de evitar o aparecimento da patologia. O psicólogo, preventivamente, pode auxiliar os pacientes da faixa de risco a desenvolvimento do estado confusional com intervenções no sentido de orientá-los no tempo e espaço, verificando indícios de contradições ou equívocos na forma como o paciente entende o espaço hospitalar bem como sua dinâmica.

Uma vez instalado o *delirium*, o psicólogo deverá ter sua prática pautada nas necessidades do paciente, assim, não podemos aplicar qualquer abordagem nestes casos. Pessoa e Nácul mostram formas de auxiliar no tratamento destes casos:

"O tratamento do *delirium* pode incluir medidas como a flexibilização do horário de visitas para permitir maior interação com familiares e amigos, o uso de relógios e calendários no ambiente para permitir uma maior orientação de tempo, além de redução de ruídos e iluminação noturna com o objetivo de aumentar o conforto do paciente. É importante lembrar que a comunicação clara deve ser priorizada"(Pessoa & Nácul, 2006, p. 193).

As sugestões destes autores tiveram relevância em nossa prática, e gostaríamos de destacar a importância da clareza na comunicação com estes pacientes, mesmo que o exame de consciência tempo espacial não sugira desorientação no momento, pois brincadeiras ou frases podem ser mal interpretadas, conforme relatados por alguns pacientes, sendo fonte de angústia para aquele que já se encontra enfermo e fragilizado emocionalmente.

As intervenções tiveram a finalidade de proporcionar conforto, acolhimento e retomada gradual, se possível, do contato do paciente com a realidade, pois interpretações neste momento não teriam efeito, além de poderem desorganizá-lo psiquicamente, já que o paciente está debilitado e incapacitado cognitivamente de compreender discursos elaborados, mesmo que no momento do atendimento esteja em contato com o ambiente. Neste trabalho consideramos que o manejo nos atendimentos deveria ser feito de forma semelhante ao feito com pacientes psicóticos. Sobre estes, Winnicott (1954) fala da classificação dos diferentes

tipos de casos e destaca a importância do manejo aos pacientes que não puderam atingir certo grau de integração da personalidade, ou seja, nos casos de psicose. A integração é uma das quatro tarefas básicas, propostas por Winnicott, do ser que amadurece. A saber, são elas: integração, personalização, realização e constituição do si-mesmo como identidade. Porém, estas tarefas não são tidas como terminadas, mas são reconquistadas por toda a vida do sujeito, como coloca Dias:

"Elas terão um certo grau de resolução concernente a este estágio inicial; dessa resolução depende o estabelecimento das bases da personalidade e da saúde psíquica. Elas permanecem, contudo, como tarefas que, embora se complexifiquem nos estágios subsequentes, nunca serão completamente abandonadas" (Dias, 2013, p. 81).

Com base na colocação da autora supracitada, podemos levantar a hipótese que os pacientes com síndrome confusional aguda tiveram perda da integração, mesmo que por determinado período, porém seriam necessários estudos posteriores para verificar o caráter psicodinâmico destes pacientes e confirmar tal hipótese.

Concluimos que é tarefa do psicoterapeuta auxiliar estes pacientes dando-lhes suporte e sustentação (*holding*) neste período de crise para que esta experiência seja o menos traumática possível, e também para que, se for o momento, estes pacientes possam estar "vivos" no momento de sua morte, ou seja, possam estar conscientes de si mesmos e do mundo ao redor durante este processo, como coloca Winnicott em frase autobiográfica: "Oh, Deus! Possa eu estar vivo no momento de minha morte" (Winnicott, 1989, p. 3).

REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12, 119–129.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2014). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: Author.
- Coulson, B. S., & Almeida, O. P. (2002). Delirium: moving beyond the clinical diagnosis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 28–33. doi:10.1590/S1516-44462002000500007
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dias, E. O. (2013). *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWW.
- Ely, E. W., Stephens, R. K., Jackson, J. C., Thomason, J. W. W., Truman, B., Gordon, S., ... Bernard, G. R. (2004). Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare

- professionals. *Critical Care Medicine*, 32, 106–12. doi:10.1097/01.CCM.0000098033.94737.84
- Francis, J. (1993). Delirium in older patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 40, 829.
- Freud, S. (1996). *Construções em análise: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 271–287). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1937).
- Fried, L. P. (1994). Frailty. In W. R. Hazzard, J. B. Jeffrey, J. G. Ouslander, M. E. Tinetti, S. Studenski, K. P. High, & S. Asthana (Eds.), *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (3rd ed., pp. 1487–1502). McGraw-Hill Professional.
- Gomes, I. L. V., Queiroz, M. V. O., Bezerra, L. L. A. L., & Souza, N. P. G. (2012). A Hospitalização no Olhar de Crianças e Adolescentes: Sentimentos e Experiências Vivenciadas. *Cogitare Enfermagem*, 17, 703–709. doi:10.5380/ce.v17i4.30378
- Inouye, S. K. (1999). Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 10, 393–400. doi:10.1159/000017177
- Inouye, S. K., Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M., & Pompei, P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 234–242. doi:10.1046/j.1525-1497.1998.00073.x
- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113, 941–948. doi:10.7326/0003-4819-113-12-941
- Kennedy, R. E., Nakase-Thompson, R., Nick, T. G., & Sherer, M. (2003). Use of the cognitive test for delirium in patients with traumatic brain injury. *Psychosomatics*, 44, 283–289. doi:10.1176/appi.psy.44.4.283
- Machado, M. D. V., & Chatelard, D. S. (2013). A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 16, 135–150.
- Motta, L. B. da (2001). Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. *Textos Sobre Envelhecimento*, 3, 47–77.
- Oliveira, W. L. (2011). *Investigação psicológica de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva* (Dissertação de Mestrado não publicado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26042012-134318/pt-br.php>
- Oliveira, W. L., & Rodrigues, A. L. (2014). Sobre a prática psicanalítica em enfermarias hospitalares. *Estudos de Psicanálise*, 41, 157–166.
- Pessoa, R. F., & Nácul, F. E. (2006). Delirium em Pacientes Críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18, 190–195.
- Rockwood, K. (1993). The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium. *Journal of Gerontology*, 48, 162–166. doi:10.1093/geronj/48.4.M162
- Safra, G. (2009). Dimensões do silêncio: a constituição do si mesmo e perspectivas clínicas. *Cadernos de Psicanálise*, 31, 75–82.

- Silva, T. J. A., Jerussalmy, C. S., Farfel, J. M., Curiati, J. A. E., & Jacob-Filho, W. (2009). Predictors of in-hospital mortality among older patients. *Clinics*, *64*, 613–618. doi:10.1590/S1807-59322009000700002
- Trzepacz, P. T., Baker, R. W., & Greenhouse, J. (1988). A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Research*, *23*, 89–97. doi:10.1016/0165-1781(88)90037-6
- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Setting Analítico. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 374–394). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 207–17). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1989). Sum: eu sou. In *Tudo Começa em Casa* (p. 3). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1995). Variedades de Psicoterapia. In D. Winnicott. *Privação e delinquência*. (pp.1-9). São Paulo: Martins Fontes.