



Psicólogo residente em foco: as repercussões psíquicas de atendimentos em UTI

*Psychology resident in focus: the psychic
repercussions of ICU care*

Fernanda Leite FERREIRA¹  

Caio Cezar Sangioni CERATT¹  

¹ Universidade Federal do Paraná – UFPR, Complexo Hospital de Clínicas – CHC, Unidade de Saúde Mental – USME. Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência:

Fernanda Leite Ferreira
fernandalf@outlook.com

Recebido: 12 fev. 2025

Revisado: 08 jun. 2025

Aprovado: 18 jun. 2025

Como citar (APA):

Ferreira, F. L., & Ceratt, C. C. S.
(2025). Psicólogo residente em
foco: as repercussões psíquicas
de atendimentos em UTI.
Revista da SBPH, 28, e027.
<https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.812>.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver
conflito de interesses.



Resumo

Este artigo investiga as repercussões psíquicas vivenciadas por psicólogos residentes após atendimentos em um hospital terciário no Sul do Brasil. A motivação surgiu da experiência pessoal da pesquisadora como residente, ao perceber sintomas como pensamentos recorrentes sobre os atendimentos, insônia, sonhos perturbadores, dores físicas, ansiedade e angústia. A partir dessa vivência, surgiu a pergunta central: existe uma relação entre essas repercussões e a dificuldade no manejo clínico? Para responder a essa questão, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco residentes de psicologia. Os critérios de inclusão foram ter realizado ao menos um atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e o de exclusão foi estar em processo de análise pessoal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital. A análise dos dados seguiu o método clínico-qualitativo fundamentado na psicanálise. Os resultados se organizaram em três categorias principais. A primeira aborda os efeitos do ambiente da UTI, destacando a presença intensa de tecnologia, a fragilidade dos pacientes, o ritmo acelerado e o volume de demandas como elementos que geram angústia nos residentes. A segunda categoria refere-se aos sentimentos de identificação, ressaltando a predominância das dimensões do Imaginário e do Real, o que dificulta a sustentação do desejo do analista e a articulação com o Simbólico. A terceira e última categoria aponta a solidão como um sentimento marcante entre os residentes e um traço da contemporaneidade. Como consideração final, o estudo sugere a importância da criação de espaços institucionais de acolhimento no ambiente da residência, como supervisões em grupo e momentos de pausa formalizados, que possam favorecer a reflexão coletiva, o compartilhamento de experiências e a elaboração dos afetos mobilizados nos atendimentos em UTI.

Descritores: Internato e residência; Psicanálise; Unidades de terapia intensiva.

Abstract

This article investigates the psychological repercussions experienced by resident psychologists after treatment at a tertiary hospital in southern Brazil. The motivation arose from the researcher's personal experience as a resident, noticing symptoms such as recurring thoughts about care, insomnia, disturbing dreams, physical pain, anxiety, and distress. From this experience, the central question emerged: is there a relationship between these repercussions and difficulties in clinical management? To answer this question, semi-structured interviews were conducted with five psychology residents. The inclusion criteria were having performed at least one treatment in an Intensive Care Unit (ICU), and the exclusion criteria were being in the process of personal analysis. The research was approved by the hospital's Research Ethics Committee. Data analysis followed a clinical-qualitative method grounded in psychoanalysis. The results were organized into three main categories. The first addresses the effects of the ICU environment, highlighting the intense presence of technology, the fragility of patients, the accelerated pace, and the volume of demands as factors that generate distress in residents. The second category refers to feelings of identification, highlighting the predominance of the Imaginary and Real dimensions, which hinders the maintenance of the analyst's desire and the connection with the Symbolic. The third and final category highlights loneliness as a prominent feeling among residents and a contemporary trait. As a final consideration, the study suggests the importance of creating institutional spaces of support within the residency environment, such as group supervisions and formalized breaks, which can foster collective reflection, the sharing of experiences, and the elaboration of the emotions mobilized during ICU care.

Descriptors: Internship and residency; Psychoanalysis; Intensive care unit.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um tópico frequente entre os residentes multiprofissionais. Sabe-se que é na residência que muitos profissionais vivenciam sua primeira experiência no mundo do trabalho. No que se refere à psicologia inserida nesse âmbito, este trabalho almeja colocar em evidência a sobrecarga emocional, os desafios éticos e o desgaste subjetivo vivenciados por psicólogos residentes que atuam em contextos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Desse modo, torna-se importante a contribuição desta pesquisa, devido ao aspecto singular que a caracteriza: a subjetividade dos psicólogos residentes em assistência hospitalar diante dos atendimentos realizados na UTI.

A ideia desta investigação foi motivada pela experiência pessoal da pesquisadora como psicóloga residente. Durante essa prática, observaram-se repercussões psíquicas associadas a atendimentos considerados difíceis pela autora da pesquisa. As repercussões notadas se caracterizaram por pensamentos recorrentes sobre o atendimento, insônia, sonhos, dor de cabeça, dores musculares, ansiedade e angústia. Por sua vez, os atendimentos foram considerados de difícil manejo quando havia ausência de palavras ou impossibilidade de ampliar o discurso do paciente e/ou familiar.

Diante disso, surgiu a questão: há uma relação entre essas repercussões psíquicas e a dificuldade no manejo dos atendimentos? Para melhor compreender essa relação, foi necessário verificar se ela também se estabelecia em outros psicólogos residentes. Com essa interrogação, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro composto por 10 perguntas. Posteriormente, foram analisadas por meio do método clínico-qualitativo, cujo prisma teórico tem como base a psicanálise.

Para ilustrar o escopo desta pesquisa, resgata-se o trabalho de Sofio (2014), no qual a autora relata sua experiência em uma UTI. Ela evidencia sentimentos de impotência e fragilidade diante do desamparo intrínseco a esse meio, os quais marcam sua identificação com o paciente. Desse modo, recorrer ao ensinamento da teoria não era suficiente para dar conta do corpo a corpo na UTI (Sofio, 2014). Nota-se, com isso, que o conhecimento técnico e protocolar não é suficiente para dar conta do fazer psicológico. Lacan (1966/1998) deixa isso nítido ao afirmar que a tendência universalizante da ciência exclui o sujeito desejante; todavia, não se pode esquecer que, sem esse sujeito, não há ciência.

A escuta nesse local difere daquela realizada no setting analítico tradicional, pois é permeada por uma série de crenças, expectativas e tensões a respeito da vida e da morte, que podem estar tanto explícitas quanto implícitas nas falas de pacientes, familiares e profissionais. Como os atendimentos também são realizados dentro do espaço físico da UTI, eles são marcados e atravessados pela dinâmica do setor e por toda sua estrutura. Considera-se, neste trabalho, que as características desse ambiente influenciam a condução do atendimento e a dificuldade de seu manejo, as quais reverberam subjetivamente no profissional *a posteriori*. Para ilustrar as possíveis origens dessas dificuldades, compreende-se importante detalhar um pouco mais esse cenário.

O aspecto visual e sonoro da UTI chama atenção pela quantidade de aparelhos, com seus *bips* altos e rítmicos, marcando a urgência de um tempo que não passa — tanto para aqueles que vivem momentos de angústia quanto para quem os escuta. Outro elemento é a prevalência de pacientes dependentes de ventilação mecânica invasiva, por meio de tubo orotraqueal (TOT) ou de traqueostomia, o que dificulta a possibilidade de expressão verbal, além dos diversos outros dispositivos invasivos e procedimentos necessários para a vigilância biológica e administração medicamentosa.

Miranda et al. (2021) referem-se a esse setor como local onde o paciente, em estado grave de saúde, é submetido a cuidados intensivos e monitoramento 24 horas, com assistência plena realizada por aparelhos — muitas vezes em contexto de intubação ou traqueostomia — e por uma equipe profissional, voltada à tentativa de restaurar a saúde. Nesse período, o enfermo permanece restrito ao leito e privado de aspectos importantes de sua autonomia, bem como de elementos cotidianos que constituem sua identidade. As autoras ainda pontuam acerca das influências do ambiente sobre a saúde mental do paciente, destacando que a UTI se constitui como um ambiente fechado e austero. Ressaltam, assim, a presença constante de luz artificial, a falta de privacidade, a alteração dos ciclos circadianos, o desconforto e as privações sensorio-motoras como elementos importantes que impactam a saúde do paciente.

Esses elementos são aqui apontados porque, embora o principal afetado pelo ambiente seja o paciente, o profissional da escuta também sofre o impacto de estar imerso nesse cenário e de se colocar aberto a escutar os efeitos do setor (sua dinâmica e estrutura) sobre o paciente e os familiares. Como não foram encontrados trabalhos específicos que abordem o impacto do ambiente de UTI no profissional da psicologia, optou-se por trazer a literatura sobre o impacto no paciente, entendendo que há uma proximidade perceptiva, considerando os resultados deste trabalho.

Sofio (2014) concebe esse espaço como um campo simultaneamente atraente e violento, caracterizado pela dor, perda, sofrimento e constante estado de atenção. A autora ressalta as pressões hierárquicas sobre os profissionais, ligadas a sentimentos de onipotência e impotência, chegando a afirmar que há uma espécie de competição com a morte. A UTI, por ser um espaço permeado de sofrimento, angústia, indecisões, incertezas e ansiedades, constitui-se também como um desafio para o psicólogo residente que inicia seu percurso na saúde. Os silêncios durante os atendimentos surgem, em muitos casos, como marcas do desespero, do desamparo e da dor do paciente/familiar. Trata-se de um trabalho, por parte do psicólogo, delicado e sensível: tatear as possibilidades de abertura para a fala, para a expressão dos sentimentos e vivências e para a construção de uma narrativa.

É relevante mencionar que não se objetiva esgotar a temática com esta pesquisa, mas sim promover sua discussão e evidenciar a complexidade emocional que compõe o trabalho do psicólogo residente. Desse modo, este trabalho pode contribuir para práticas futuras, ao favorecer ao leitor a integração de informações acerca das dificuldades e possibilidades enfrentadas no cotidiano da residência. Visa-se, portanto, auxiliar no preparo técnico e emocional dos candidatos à residência em psicologia voltada à atenção hospitalar, que abarca o cenário da UTI.

METODOLOGIA

Este estudo, de natureza qualitativa e exploratória, tem como objetivo investigar as repercussões psíquicas dos atendimentos em UTIs por psicólogos residentes. Os participantes foram recrutados por conveniência, em grupos da rede social *WhatsApp* relacionados aos programas de residência de um hospital terciário no Sul do Brasil. O roteiro de entrevista foi composto por 10 perguntas que avaliavam a existência de relação entre repercussões psíquicas e a dificuldade nos manejos clínicos realizados. Foi previamente testado em uma entrevista piloto para verificar sua viabilidade.

A amostra foi composta por cinco voluntários e teve como critério de inclusão que o participante tivesse a experiência de pelo menos um acompanhamento de paciente em

UTI e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da amostra os profissionais que não estavam em processo de psicoterapia/análise pessoal. Essa exigência foi estabelecida para assegurar que os participantes dispusessem de um espaço de elaboração emocional após as entrevistas.

Como instrumento de coleta de dados foi usada a entrevista semiestruturada com o objetivo de proporcionar maior liberdade e naturalidade ao desenvolvimento das respostas por parte dos participantes. A entrevista foi gravada, com o consentimento do entrevistado, e posteriormente transcrita para uma melhor análise dos resultados. É importante mencionar a relação entrevistador-entrevistado, pois, apesar da diferença instituída pela natureza da pesquisa, o vínculo constituído devido ao compartilhamento da experiência da residência favoreceu uma maior naturalidade e abertura emocional por parte dos entrevistados. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAEE 76903024.2.0000.0096 em janeiro de 2024.

Para analisar o material coletado, foi utilizado o método clínico-qualitativo, criado por Egberto Ribeiro Turato (2013). Ele se constitui como método teórico-prático e concreto, que almeja atrelar a compreensão e a interpretação à concepção clínica da psicanálise. Visa interpretar os significados psicológicos e socioculturais emergentes em indivíduos envolvidos com os problemas de saúde, sejam eles pacientes ou profissionais. Ademais, é específico para o *setting* como campo das vivências relacionadas ao binômio saúde-doença e envolve tanto a compreensão quanto a intervenção (Marin et al., 2021).

No que se refere à estruturação dos resultados e consequente discussão, Marin et al. (2021) apontam que ela busca apresentar primeiramente o fenômeno – as repercussões psíquicas, no caso – para, em seguida, explorar a compreensão dos significados atribuídos a eles pelos sujeitos participantes da pesquisa, com vistas a uma interpretação possível por parte do pesquisador. Desse modo, na interpretação dos dados, priorizou-se a categorização de falas referentes às repercussões relacionadas ao ambiente/contexto de UTI, sentimentos de identificação e solidão, com a finalidade de melhor expor os significados atribuídos por cada um às repercussões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo psicólogos residentes, com idades entre 23 e 26 anos, recém-formados, com experiências prévias em estágios curriculares ou voluntários em diversas áreas da psicologia, da clínica à gestão. Apenas uma participante realizou estágio em psicologia hospitalar. O tempo de atuação na UTI variou entre seis meses com jornada diária de 12 horas e experiências pontuais de atendimento. Para ilustrar os principais elementos emergentes, foram selecionados nove trechos representativos, extraídos de um total de 44.

A identidade dos entrevistados foi preservada por meio de nomes fictícios. As expressões grifadas têm a finalidade de explicitar as repercussões psíquicas e/ou o seu elemento desencadeador, conforme a associação dos participantes. O material coletado foi disposto nas categorias: repercussões psíquicas relacionadas ao contexto de UTI, sentimentos de identificação e solidão, as quais trouxeram algumas nuances sobre como é, para o psicólogo residente, realizar atendimentos na UTI.

REPERCUSSÕES PSÍQUICAS RELACIONADAS AO CONTEXTO DA UTI

A primeira categoria reuniu as repercussões relacionadas aos aspectos concretos e abstratos do contexto da UTI. Os seis recortes expressam os afetos e sentimentos dos residentes diante da intensidade que esse ambiente comporta. Logo, apareceram o impacto causado pela quantidade de tecnologia envolvida no processo de manutenção da vida, a fragilidade dos pacientes, o ritmo acelerado do setor e o volume de demandas. A expressão da angústia chamou atenção em algumas falas, como a seguinte:

*“Ele foi entubado. E **aquela quantidade de aparelhos é uma coisa que me pega no peito, sabe?** [...] Às vezes acho que até parece que é até fácil de esquecer que ali é uma pessoa. [...] **Se você olhar por um certo ângulo, talvez até pareça um boneco**, assim. Um boneco hiper-realista, assim, sabe?” (Raquel, grifo nosso)*

A expressão “me pega no peito” remete à angústia, marcando a dificuldade em apenas presenciar a fragilidade da vida, que no local, pode ser representada pela quantidade de aparelhos no interior do box. Essa fala de Raquel ressoa com o conceito do infamiliar em Freud (1919/2019), ao expressar que, por um determinado ângulo, o corpo inerte no leito pode parecer um boneco. Esse estranhamento não se deve a uma confusão literal entre ser vivo e objeto, mas sim ao efeito perturbador de perceber a fragilidade da vida — algo que, no cotidiano, tende a ser recalcado. Na UTI, a materialidade da fragilidade humana torna-se inescapável, intensificando a angústia ao expor aquilo que o psiquismo, em geral, busca manter à distância: a certeza da morte.

Desse modo, a angústia e o estranhamento estão intimamente relacionados ao surgirem mediante situações que provocam alerta de perigo (Freud, 1926/2014). Não obstante, eles também surgem em situações nas quais o residente se percebe limitado ante a possibilidade de entendimento. É comum atendimentos a pacientes que estejam impossibilitados de falar em razão de intubação ou traqueostomia. Nesses casos, quando o paciente está com sedação reduzida, ou mesmo sem ela, e apresenta nível de consciência adequado, costuma-se utilizar a prancheta de comunicação, a escrita ou leitura labial. Porém, nem sempre esses recursos são possíveis, em razão de diversos fatores, como baixa força muscular do paciente para manuseio da caneta ou mesmo a recusa do recurso, tornando o entendimento difícil e o diálogo reduzido, como explicita Paula:

*“Eu acho que eu tenho uma dificuldade com os pacientes, assim, os intubados, ou traqueostomizados, [...] **é muito difícil de entender a fala deles**, [...] eles ficam mais angustiados, eu acho que isso causa uma **angústia em nós** também, porque a gente quer tentar entender e tentar ajudar.” (Paula, grifo nosso)*

Em Freud (1926/2014), entendemos que a angústia marca os limites das ações humanas ao confrontar o sujeito com sua impotência diante daquilo que não pode ser simbolizado. No contexto da UTI, essa impotência é intensificada pela impossibilidade de diálogo com pacientes intubados ou traqueostomizados, gerando

uma experiência de estranhamento e desconforto profundo. Convivendo com essa impossibilidade de comunicação fluida, o psicólogo encontra o desafio de sustentar sua presença, apostando que fragmentos de entendimento possam conter um pouco da angústia que o paciente enfrenta. O sentir-se afetado pelo estado dos pacientes foi presente tanto em Paula quanto em Júlia, de forma nítida. Ver os pacientes com suas capacidades motoras, cognitivas e sociais diminuindo evidencia o adoecimento e a suscetibilidade de qualquer um a decadência do corpo — uma das três fontes de mal-estar na cultura (Freud, 1930/2010).

*“E até uma coisa que eu ando me questionando é **o quanto a gente é afetado por ver os nossos pacientes decaindo fisicamente**, [...] o que a gente vê, não só o que a gente escuta, né? [...] a gente vê junto com a família, a gente escuta aquela família que vê a pessoa [o paciente] meio que se perdendo do normal, do que era considerado normal no anterior, do que ela era pra aquelas pessoas, né?” (Júlia, grifo nosso)*

Esse recorte e o seguinte foram selecionados por exporem o caráter abstrato da configuração do setor. O contato com a realidade que se impõe aos pacientes e as famílias é singular e depende de fatores determinantes e condicionantes da saúde (Presidência da República [PR], 1990). A experiência da morte é complexa, sendo profundamente marcada por fatores subjetivos, sociais e econômicos. Em famílias vulneráveis, a perda de uma figura central, como a matriarca, pode ser vivida como uma catástrofe que extrapola o luto individual, afetando a estabilidade do grupo familiar e influenciando o enfrentamento da perda. Essa questão contribui para a complexidade da angústia vivida pelos residentes ao presenciarem essas dinâmicas.

Outro ponto bastante ressaltado foi o tempo. Na UTI, predomina um ritmo frenético, onde a ação é urgente devido à iminência da morte. As demandas chegam ao psicólogo no mesmo compasso.

*“E daí essa questão dessa dimensão do tempo, a **concretude da morte** é muito mais presente na UTI. A pressa para compreender coisas, a urgência de entendimento de coisas é outra, assim... Na UTI, **a gente é atropelado** com mais frequência, eu ia dizer isso.” (Paula, grifo nosso)*

O tempo acelerado da UTI impõe ao residente um enfrentamento constante com a urgência do Real, marcado pela iminência da morte. Esse confronto escapa à lógica simbólica e coloca o sujeito diante de sua impotência, intensificando a angústia (Freud, 1926/2014). Para lidar com essa carga emocional e com o volume de demandas, a mecanização pode surgir como uma estratégia defensiva. Contudo, essa postura aliena o profissional de sua prática, ao mesmo tempo em que potencializa sintomas como ansiedade, irregularidade do sono e angústia, como ressalta Magda a seguir:

“[...] eu percebi assim, conforme foi passando o tempo, com o volume de atendimentos, com essa necessidade de cobrir o serviço, de que muitas vezes a escuta acaba sendo mais automática. O trabalho acaba sendo mais automático. [...] a gente tem que dar conta de um contingente de pessoas que estão fragilizadas [...]. Então, a minha afetação, ela ocorreu. Eu percebi que o sono ficou mais irregular, que teve momentos de ansiedade [...] Mas eu acho que a questão principal que me afeta [...] é a questão da angústia.” (Magda, grifo nosso)

A mecanização, embora compreensível como defesa diante da sobrecarga emocional, pode dificultar a criação de um espaço de escuta qualificada. Na prática psicanalítica, a presença do desejo do analista como operador é fundamental para sustentar a fala do paciente e permitir a elaboração de suas vivências (Lacan, 1964/1985). Ao se tornar “automática”, a escuta corre o risco de desumanizar a relação e fragilizar o vínculo terapêutico.

SENTIMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nessa categoria, é investigado o que mobiliza a angústia mais profundamente. Foram verificados sentimentos ligados à estrutura egóica, conforme explicita Paula:

*“Que daí era um misto da **sensação de impotência**, né, do tipo... [...] **sufocada, assim... eu só queria sair**, [...] Tipo... daqui de dentro do hospital, tipo, sair de perto dessa questão, **quase fugir**. [...] **Desconforto, angústia**. Esses foram mais porque, porque é isso, foi um contato muito **chocante**, com um sofrimento muito vívido, muito imediato. [...] Era literalmente sustentar o sofrimento. [...] Tipo, familiares gritavam, não aceitavam a perda. Então, a mãe do paciente, ela se desorganizava mesmo, entre horas oscilava, **achando que ele não tinha falecido**.” (Paula, grifo nosso)*

A impotência relatada por Paula pode ser entendida como um confronto com o limite do narcisismo, no qual o ego é incapaz de sustentar a ilusão de onipotência. Esse confronto ativa a angústia de castração (Freud, 1926/2014), especialmente em situações de sofrimento intenso, como o luto. Isso implica na dificuldade em sustentar o sofrimento expresso pela família, conforme também evidencia Clara no seguinte trecho:

*“Tem alguns atendimentos que eu percebo que me fazem parar pra pensar, assim, um pouco em experiências pessoais que eu já tive com familiares adoecidos também em contexto de UTI [...]. [...] já aconteceu, assim, que nesses momentos **eu me emociono**, percebo que talvez me dê um **nó na garganta**, assim, de **vontade de chorar**.” (Clara, grifo nosso)*

No caso de Clara, a projeção narcísica exemplifica como o sofrimento do outro pode ativar experiências inconscientes do analista, mobilizando intensamente sua

contratransferência. Segundo Veloso (2023), Lacan considera a contratransferência como sentimentos despertados no analista por sua relação com o analisante, criticando intervenções baseadas nela. Para ele, tais intervenções conduzem à adaptação do ego do analisante, e não a escuta do sujeito. Como medida para isso, ele ressalta a análise pessoal do analista como balizador ético, lugar onde pode surgir o desejo do analista, o operador de uma análise (Veloso, 2023).

Importante notar que o relato de Clara evidencia o registro Imaginário situado por Lacan (1954-1955/1985) como referente às relações especulares, por meio das quais o ego se constitui. Isso mostra que, na UTI, conforme diz Sofio (2014), predomina um corpo a corpo que a teoria por si só não dá conta. Ainda seguindo essa vertente, Júlia traz a dificuldade como relacionada a si mesma, ao sentimento de identificação do qual é difícil se desvencilhar.

*“E eu acho que uma **dificuldade assim, mais relacionada a mim mesma**, eu. Acho... Que talvez **com esses pacientes mais novos** mesmo, sabe? [...] Teve um caso assim, de um **paciente jovem**, que me marcou ao ponto de **sonhar** com ele. [...] fiquei com mais **medo** de ficar doente [...]. Fiquei com mais medo da minha família ficar doente porque **a gente vê muito o que acontece aqui**.”*
(Júlia, grifo nosso)

Temos nesse relato, um objeto nitidamente definido: o adoecer. Ele é objeto do medo que surge diante de um paciente jovem — assim como a psicóloga — ser acometido e debilitado rapidamente pela doença. Ela explicita:

“a gente vê muito o que acontece aqui”.

Importante destacar essa frase, pois ela se referia, na verdade, à frequência com que se recebe adoecimentos repentinos e graves na UTI. Porém, ela usa a expressão “vê muito o que”. O que se vê muito na UTI são corpos inertes, quase sem vida, sendo sustentados por máquinas. Vê-se muito a iminência da morte.

Júlia nos permite identificar outro ponto importante. Aqui, ressalta-se o Real: a impossibilidade de circunscrever totalmente as vivências no campo do simbólico — isso inclui a morte. Esta, Lacan (1964/1985) situa no Simbólico, justamente por entender que é a insuficiência simbólica que permite a emergência do sujeito. Ele inclui o corpo no registro do Imaginário, a vida no Real e a morte no Simbólico. Os relatos mostram uma prevalência do Imaginário e do Real no contexto de UTI, sendo o desafio do psicólogo residente atuar visando o Simbólico.

SOLIDÃO

Por fim, na última categoria encontrada, foi selecionado o relato de Paula por representar um sentimento comum entre os pares residentes, evidenciando sua complexidade:

*“Daí foi um período mais difícil [o início da residência], foi até o período que eu voltei pra minha análise [...] nesses primeiros seis meses, assim, que eu acho que foi um misto de muita coisa. [...] mudança de cidade, começar uma rotina muito intensa e nova, mas também o fato de estar numa UTI sozinha, **eu senti o peso, o cansaço de muitas dúvidas** [...] Tipo, às vezes você vai sabendo ou não sabendo o que tá fazendo. Senti mais **medo**, mais **insegurança** [...]”* (Paula, grifo nosso)

A solidão relatada por Paula não se limita a uma experiência de isolamento físico, mas revela um confronto com o Real da experiência hospitalar. A sensação de “não saber o que está fazendo” reflete uma angústia diante da falta de um referencial simbólico estável, acentuada pelo deslocamento geográfico e pelo impacto emocional do trabalho na UTI. Nesse contexto, a solidão pode ser entendida não apenas como ausência de companhia, mas como um estado psíquico de suspensão, em que a rede de significações que sustentava o sujeito se vê enfraquecida.

Apesar da solidão remeter ao desamparo estrutural do sujeito, na contemporaneidade essa solidão adquire contornos mais intensos, à medida que o discurso do capitalista promove uma cultura de hiperprodutividade e de laços sociais frágeis (Soler, 2016). No contexto da residência, essa lógica se expressa na pressão por desempenho, que pode desestimular o compartilhamento de angústias e fortalecer a sensação de isolamento entre os residentes. Soler (2016) adverte sobre a proliferação de queixas clínicas referentes a solidão, explicando que a densidade histórica e cultural que o laço social implica se esvazia, predominando a desconfiança, a decepção e o desencantamento, os quais são promovidos pelo discurso do capitalista.

A função do psicólogo residente na UTI, ao envolver a escuta do sofrimento extremo de pacientes e familiares, pode amplificar essa experiência de solidão. Ao ocupar o lugar de escuta e contenção para o outro, não tem lugar para elaborar sua própria angústia. Esse fenômeno, embora seja social, conforme explicitado acima, reforça a importância não só de espaços de supervisão e análise pessoal, como também de discussões entre pares, onde a solidão possa ser simbolizada e elaborada no discurso.

Mediante o explanado nos resultados, foi possível notar aspectos marcantes da prática psicológica do residente em UTI. Destacou-se, dentre os afetos contratransferenciais, a angústia. Sofio (2014) pontua que, na UTI, se dá um “corpo a corpo”, com intuito de enfatizar o caráter visceral do contato que se estabelece e que transcende a teoria. Como os residentes ressaltam em seus relatos, é no corpo que eles sentem as repercussões dos seus atendimentos. Para Freud (1926/2014), o corpo é o local onde os pensamentos e afetos conscientes e inconscientes se processam; ele é a sede do eu (1923-1925/2011) e, por conseguinte, da angústia (1926/2014).

Freud (1926/2014) descreve a angústia como um sinal de alerta diante de uma ameaça real ou simbólica. O medo da castração, enquanto limite simbólico às exigências pulsionais, está relacionado ao medo da morte, que é percebido como uma ameaça concreta à existência. Na UTI, a constante iminência da morte traz à tona essa angústia, manifestando-se no corpo como dificuldade de tradução em palavras e sensações físicas de opressão. O caráter visceral do trabalho na UTI é evidenciado pelas manifestações corporais relatadas pelos residentes, como dificuldade respiratória e sensação de pressão no peito. Esses sintomas traduzem o impacto da angústia, que escapa à simbolização e

se manifesta no corpo como uma forma de dar vazão ao excesso pulsional provocado pela percepção da iminência da morte.

Ademais, elaborando a relação entre estranhamento e angústia, como suscitada na fala de Raquel, foi possível pensar a UTI a partir dos registros psíquicos do Real, Simbólico e Imaginário (Lacan, 1964/1985). Nela, constatamos a preponderância do Imaginário, expressa nas representações e fantasias singulares de cada um diante da morte e da vida. O Real, por sua vez, é representado pela ausência de sentido que causa estranhamento e angústia, como bem explicitou Raquel. Por fim, o simbólico, caracterizado pela relação discursiva entre os significantes expressos na fala, favorece a elaboração do vivido, por sua vinculação às leis que regem a estruturação da linguagem e do laço social (Lacan, 1964/1985).

A sensação de estranhamento referida por Raquel, ao dizer que por um certo ângulo, o paciente sujeito às máquinas pode ser visto como um “boneco hiper-realista”, evoca o olhar como objeto a, aquilo que escapa à simbolização, mas se impõe ao sujeito. Sobre isso, Lacan (1964/1985) desenvolve ao elucidar acerca da anamorfose, que é uma imagem distorcida de modo que só é possível vê-la a partir de uma determinada perspectiva. A anamorfose denota a dimensão inconsciente presente no olhar, à medida que surge e desaparece da visão, fazendo-se evanescente. Segundo Lacan (1964/1985, p. 76) “O olhar só se nos apresenta na forma de uma estranha contingência, simbólica do que encontramos no horizonte e como ponto de chegada de nossa experiência, isto é, a falta constitutiva da angústia de castração”

Nessa passagem, o autor aponta o olhar em sua relação com a castração como aquilo que mostra ao sujeito sua condição de incompletude, defronta-o com o vazio existencial — em outras palavras, com a condição de objeto a. Esse objeto se apresenta, segundo Quinet (2004), como inassimilável à ordem significativa, ilógico, não podendo ser apreendido pela razão. É aquele que, diante do vazio, coloca o sujeito de dois modos: tanto como sujeito desejante — por causar atração, curiosidade e fascínio —, quanto como sujeito confrontado com a dimensão do gozo, ao não querer saber sobre a sua verdade constituinte, que é a castração. Desse modo, desperta estranhamento e horror.

Nesse sentido, o trabalho na UTI envolve sustentar a presença do analista diante das dificuldades que ela convoca em cada um. Suportar o sofrimento, conseguindo se presentificar como alteridade, possibilitando um espaço seguro e aberto para escuta e reconhecimento do vivenciado, é fundamental. Isso porque a forma como o acontecimento é incluído — ou mesmo excluído — do campo de relações do sujeito influi e determina o seu caráter traumático (Moretto, 2019). A presença desejante do analista é continente ao sofrimento, marca o espaço da fala do sujeito e possibilita o escoamento do excesso pulsional — da dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados explanados, as repercussões psíquicas estão relacionadas a uma dificuldade emocional em vivenciar os atendimentos. Sustentar a presença do analista diante do sofrimento visceral, da fragilidade da vida, do próprio encontro com a castração é um desafio por si só. Contudo, no contexto explorado nesta pesquisa, esse desafio ainda é agravado pela lógica neoliberal, que conforme elocubrado, tensiona a vivência dos atendimentos, fomentando a fragilidade do laço com o outro e favorecendo o sentimento de solidão. Ainda nesse raciocínio, fatores como a exaustão provocada pela carga horária extensa e a pressão institucional por produtividade —

que trata os atendimentos psicológicos como um mero quantitativo — contribuem para a desumanização da prática psicológica, ao desconsiderar o tempo necessário para a escuta subjetiva e a elaboração emocional.

Nesse contexto, o psicólogo residente é pressionado a atender demandas de forma quantitativa, o que intensifica a angústia e o isolamento, prejudicando sua capacidade de sustentar uma posição analítica no ambiente da UTI. Desse modo, a criação de espaços coletivos, como supervisões regulares em grupo e/ou momentos de pausa formalizados dentro da rotina hospitalar, destinados à reflexão e ao diálogo com os pares, poderia reduzir a sensação de solidão e promover a ressignificação das vivências e elaboração dos afetos mobilizados na UTI.

Entende-se que tal movimento, além de tornar a prática menos solitária, poderia fazer frente à lógica produtivista que afeta não só o psicólogo residente, mas todos os trabalhadores sejam eles da saúde ou não. Por fim, reconhecer os efeitos psíquicos da atuação em contextos de urgência e morte é fundamental não apenas para a formação ética dos psicólogos residentes, mas também para a construção de práticas clínicas mais humanizadas e sustentáveis.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: FLF, CCSC; **coleta de dados:** FLF; **análise dos dados:** FLF; **redação do manuscrito:** FLF; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** CCSC.

REFERÊNCIAS

- Freud, S. (2010). *O mal-estar na civilização* (Obras completas, Vol. 18, O mal-estar na civilização, pp. 13–122). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (2011). *O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos: 1923-1925* (P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado entre 1923 e 1925).
- Freud, S. (2014). *Inibição, sintoma e angústia*. (Obras completas, Vol. 17, Inibição, sintoma e angústia, pp. 13–123). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2019). *O infamiliar [Das Unheimliche]* (E. Chaves, P. H. Tavares, & R. Freitas, Trans., Edição comemorativa bilíngue (1919-2019)). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1919).
- Lacan, J. (1985). *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (Seminário, Lv. 2, M. S. L. Ribeiro, Trad.). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado entre 1954-1955).
- Lacan, J. (1985). *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (Seminário, Lv. 11). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (1998). *Escritos* (Ciência e verdade, pp. 869-892). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).
- Marin, A. H., Schaefer, M. P., Lima, M., Rolim, K. I., Fava, D. C., & Feijó, L. P. (2021). Delineamentos de pesquisa em psicologia clínica: classificação e aplicabilidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, e221647. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221647>.
- Miranda, L. M., Nogueira, M. G. A., & Alves, I. D. O. L. (2021). Aspectos psíquicos do paciente internado na uti de um hospital geral: a importância da psicologia hospitalar no manejo e cuidado. *Revista Científica Mais Pontal*, 1(1), 22–31. Recuperado em 07 de julho de 2025, de <https://revistas.facmais.edu.br/index.php/maispontal/article/view/3>.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.

Presidência da República (BR). (1990). *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 07 de julho de 2025, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Quinet, A. (2004). *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise* (2a ed.). Jorge Zahar.

Sofio, F. (2014). *Psicanálise na UTI: morte, vida e possíveis da interpretação*. Escuta.

Soler, C. (2016). *O que faz laço?* (E. Sporiti, Trad.). Escuta.

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (6a ed.). Editora Vozes.

Veloso, S. S. (2023). A crítica de Lacan ao conceito de contratransferência entre 1953 e 1961 e possíveis aproximações entre suas construções e a perspectiva inglesa sobre este fenômeno clínico [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório Institucional. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-30082023-153915/>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Mabel Krieger

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
