

Atuação Multiprofissional na Unidade de Emergência Cardiológica

Glória Heloíse Perez*

(In: *Sílvia Maria Cury Ismael. (Org.). A Prática Psicológica e sua Interface com as Doenças. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005*)

O impacto psicológico do adoecer: De repente, adoecer-se!

A vivência de uma situação de emergência traz para o sujeito uma situação de ruptura, de descontinuidade do ser, do não saber sobre si e sobre o próprio corpo, do se defrontar com a possibilidade de morte. A vivência do impacto do inesperado e o defrontar-se com a possibilidade de morte, que caracteriza a situação emergencial, lança o sujeito no estado inicial da condição humana, o desamparo. Revela-se a precariedade da condição humana, sua fragilidade, sua vulnerabilidade, sua incompletude, sua finitude (Moura, 1996).

Assim, a passagem por uma Unidade de Emergência impõe ao sujeito a presentificação do desamparo humano, denuncia-se a ilusão de completude e de eternidade, afirmando-se a finitude (Silva, 2003).

Diante de uma situação de crise, uma situação-limite como é a hospitalização numa Unidade de Emergência, a capacidade adaptativa do sujeito é colocada à prova. Quadros de desorganização psíquica podem ser gerados. Atualizam-se ansiedades e conflitos primitivos, núcleos psicóticos podem ser ativados. Defesas são mobilizadas, que serão mais ou menos adaptativas, de acordo com as possibilidades daquela economia psíquica. Nesse movimento psíquico podem repetir-se padrões adaptativos ou defensivos anteriores, ou seja, padrões de estados egóicos primitivos ou iniciais, desamparados ou dependentes.

O ego é convocado a lidar com uma situação de dependência, de dor, de possibilidade de morte, revivendo estados iniciais desamparados e dependentes. E da mesma forma que na tenra infância, um *ambiente* que atenda essas necessidades egóicas, favorecerá a superação desta crise. Considera-se aqui ambiente no sentido winnicottiano (1960), que refere-se ao ambiente afetivo, constituído tanto pelas condições físicas como pelo contato humano presentes no

* Psicóloga chefe do Ambulatório e Unidade de Emergência do Instituto do Coração HCFMUSP

ambiente físico. A superação deste momento de crise envolve ter à disposição um ambiente confortável, de sustentação (holding), que envolve o sujeito em crise ter aceitas e atendidas as suas necessidades de dependência (Winnicott, 1962) .

Vamos analisar o ambiente da Unidade de Emergência que abriga este paciente agudamente doente

A Unidade de Emergência

Segundo definição de Pamplona*, ex-diretor da Unidade de Emergência do InCor: “A emergência tem o objetivo de atender adequadamente pacientes que física ou psicologicamente padeçam de enfermidade que se caracterize por mal-estar súbito e mereça atendimento rápido”.

Considerando as duas palavras que centralizam esta definição: “*atendimento rápido*” de um “*mal estar súbito*”, pode-se depreender que trata-se de um ambiente carregado de tensão, pois há uma demanda de ação urgente sobre algo inesperado. São relativamente conhecidas algumas particularidades da Unidade de Emergência:

1. Necessidade *constante* de tomar decisões *rápidas* e *eficientes* na luta contra doença e morte
2. Impresivibilidade, o *inesperado* é rotina
3. Estrutura com *sobrecarga de trabalho*
4. *Taxa de mortalidade 5 vezes maior* do que nas outras enfermarias

Cabe salientar a realidade do hospital público. A situação da Unidade de Emergência pública no momento atual, vem a adicionar alguns elementos a esse quadro, que devem ser considerados na análise do impacto psicológico que a hospitalização nesta unidade, produz no paciente.

No momento atual, os hospitais públicos vivem a realidade da falta de verbas. Este problema afeta mais fortemente a Unidade de Emergência do que outros setores do hospital. O Pronto Socorro é a porta de entrada da assistência médica, e nunca pode fechar-se. Mesmo sem condições de funcionamento, não se pode negar

* comunicação pessoal

atendimento, para não incorrer na omissão de socorro. Torna-se assim, o retrato mais concreto da falência do sistema de saúde.

Dr Mario Carra, um ex-diretor do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP, afirma que “ a Unidade de Emergência é uma grande sala de espera com todos os problemas sociais”.

Observa-se a deterioração das instalações por falta de manutenção adequada, a impossibilidade de adequação de instalações para atender a demanda, o que determina condições físicas precárias que chegam a se manifestar na impossibilidade de oferecer nem mesmo uma cama hospitalar para cada paciente. À falta de espaço e de material alia-se à impossibilidade de adequação do quadro de pessoal à demanda, e conseqüentemente de oferecer condições adequadas para os profissionais desempenharem seu trabalho.

A falta de vagas para transferência do paciente para a internação hospitalar determina o prolongamento da sua estadia e a continuidade do tratamento na própria Unidade de Emergência, em condições completamente inadequadas. Impõe-se ao paciente a internação em macas, sem conforto nem privacidade, e o presenciar de cenas de sofrimento, por vezes ainda maiores do que o seu próprio. Sabe-se que em algumas Unidades de Emergência a situação chega ao extremo do médico precisar fazer “escolhas de sofia”, ou seja as deficiências instrumentais obrigam-no a escolher qual paciente receberá o tratamento.

Além disso tudo, ainda temos um outro agravante que vem em função do fato que os serviços ambulatoriais da rede pública têm sido insuficientes

A superlotação dos serviços prestados pela rede básica faz com que o paciente, fugindo da longa espera por uma consulta ambulatorial e , depois, mais uma longa espera pela realização de exames diagnósticos, busque a emergência como um meio para satisfazer sua necessidade (de avaliação e cuidado imediato de sua doença)

Esse uso descaracterizado da emergência, além de trazer uma maior sobrecarga de trabalho à Unidade de Emergência, compromete o exercício da sua função, que é a assistência ao quadro clínico agudo e complexo. Essa situação também repercute nos profissionais, aumentando a tensão e gerando frustração, não só pela

sobrecarga, mas porque este tem uma expectativa e está preparado para atender uma urgência e não um paciente que precisa de uma consulta ambulatorial.

Trabalhando na Unidade de Emergência

Pelo que foi colocado anteriormente, pode-se concluir que o trabalho na Unidade de Emergência exige dos profissionais, além do conhecimento técnico-científico, agilidade de raciocínio, astúcia, rapidez e perícia na execução dos procedimentos, submetendo o profissional a um alto desgaste (Alves, 1992).

Essa realidade de precariedade (ou seja, dificuldades para a realização do trabalho em instalações pouco adequadas, falta de profissionais e ainda atendimento de uma população com problemas sociais) cria um adicional de estresse, numa realidade que já tem esta característica.

Mas, as exigências de rapidez, perícia, astúcia que até podem ser contornadas com um treinamento, não são a única fonte de mobilização psíquica. Acrescenta-se o contato com o inesperado, e principalmente com a fragilidade humana, a dor, o sofrimento e a morte.

Situações primitivas são reeditadas em função do contato com a dor e o sofrimento do outro, pois ansiedades primitivas são mobilizadas, como o medo da própria morte, o medo do sofrimento. Essa mobilização psíquica tão intensa e contínua exige ajustes e adequações de estratégias defensivas para a integração destas tensões e por fim possibilitar o existir dentro deste ambiente de trabalho.

Esses elementos nos permitem concluir que o ambiente da Unidade de Emergência é tenso e mobilizador tanto para os pacientes como para a equipe.

Esta realidade tem uma repercussão direta na relação médico-paciente. Uma delas é levar a relação médico-paciente ao anonimato.

Dentro da instituição, paciente e profissional são um número. Ambos perdem a identidade. A Instituição se torna o referencial (Alves, 1992). Ou seja, o paciente está sendo atendido pelo hospital” X “e não pelo “Dr fulano”. Mas, em verdade, o hospital em si não atende ninguém, pois ele não existe concretamente. Quem existe, e realiza o atendimento é o “Dr fulano”. Esse profissional, que da mesma forma que o paciente, não é considerado pela instituição, em suas necessidades.

Dessa maneira desvela-se um jogo de despersonalização que lança a relação médico-paciente num terreno desfavorável para o estabelecimento de um vínculo. Um vínculo de confiança e confortador para o paciente que precisa ser acolhido em seu desamparo, e necessário até para a aceitação, e em última análise, para a eficácia da conduta médica.

O profissional perde a sua identidade e passa a ser o representante da instituição, ficando responsabilizado pelas condições precárias de atendimento. A despersonalização gera uma gama enorme de sentimentos que vão estar permeando a relação paciente-profissional tais como: desconfiança, agressividade, sentimentos de rejeição, de desprezo. Portanto, contaminando a relação e desfavorecendo as condições necessárias para a regressão do paciente, condição necessária para que ele possa superar a angústia gerada pela vivência de uma situação aguda de doença.

Um outro ponto é que este profissional, sem identidade e maltratado pela instituição tem poucas razões para comprometer-se e envolver-se com o atendimento.

A verdade é que médicos e pacientes envolvidos por uma instituição perversa, distanciam-se a cada dia, e ao invés de encontrar um lugar comum, agridem-se. Deterioram-se as relações.

E a Unidade de Emergência pública, que em função do tipo de problemática que trata, deveria oferecer um ambiente acolhedor e um profissional continente, para minimizar a crise psicológica que vive o paciente e criar condições favoráveis para sua superação, acaba por gerar ainda mais crises. Oferece condições iatrogênicas, um ambiente hostil e profissionais que sob pressão não têm disponibilidade interna para acolher e dar continência às angustias do paciente.

A família também vai à Unidade de Emergência

Não devemos esquecer da família quando pensamos na Unidade de Emergência, pois raramente um doente chega até ela sozinho, e se assim o fizer certamente um familiar será convocado a comparecer.

Se o adoecer vem revelar para quem adocece um fracasso da harmonia familiar, da proteção e da segurança que são seus compromissos com o ser humano, a denúncia desta falha também estará presente para o núcleo familiar. E a forma

como a família pode lidar com esta realidade revelar-se-á às portas da Unidade de Emergência, no quanto tem de recursos para estar efetivamente junto e apoiando o familiar adoentado sem sobrepor-se a ele ou abandoná-lo. A família tanto mais poderá lidar e colaborar com as duras e necessárias rotinas da Unidade de Emergência, quanto melhor puder suportar e integrar à sua história, a experiência ameaçadora do adoecimento de um familiar.

Assim, a família do doente também é um cliente da Unidade e como tal deve ter suas necessidades atendidas. As exigências mínimas, requeridas para não se ampliar as dificuldades já vividas neste momento, constituem-se na oferta de um espaço onde possa permanecer e de ser mantida informada sobre o estado de saúde do doente. No entanto, não raro as contingências da situação crítica da Unidade de Emergência não permitem, que nem mesmo essas, sejam contempladas. Falta de espaço para acolher os familiares e de disponibilidade dos profissionais que lhe mantenham informados sobre o estado do paciente hospitalizado frequentemente acontecem. Em se tratando de uma Unidade de Emergência de Cardiologia, por exemplo, isso é particularmente grave, pois a possibilidade real de morte do familiar doente, desperta naturalmente muita ansiedade e angústia. A família, dessa maneira mobilizada apresenta necessidades especiais, de continência e de acolhimento, que recairão sobre a equipe. Esta por sua vez, trabalhando no limite das suas forças para dar conta das necessidades contundentes dos pacientes, muitas vezes exime-se, sem culpas, desta demanda

A demanda de trabalho dirigida ao psicólogo: relato de uma experiência

É natural que a demanda de atendimento colocada ao psicólogo seja reflexo da problemática que assola a Unidade.

Um primeiro ponto que nos chama atenção em nossa experiência é a quase inexistência de solicitações de atendimento psicológico para pacientes que buscam o setor de pronto-atendimento, ou seja, onde o paciente é avaliado e dispensado após receber medicação. Com alguma frequência pacientes procuram atendimento de emergência apresentando sintomas que não têm uma causa orgânica, ou com

queixas exacerbadas em função do significado que é atribuído à doença. O paciente refere queixas somáticas para problemas de ordem psíquica, e nesse caso olhando apenas para o corpo deste paciente não haverá a abordagem adequada do problema. O paciente é dispensado com o diagnóstico “O senhor não tem nada, é psicológico”. Este diagnóstico, geralmente, não traz alívio do sintoma e tende a gerar um sentimento de desalento, porque efetivamente ele tem alguma coisa e está procurando ajuda. E diante disso, pode voltar novamente a procurar a Emergência, porque o diagnóstico “não tem nada” não faz sentido para ele. A questão é que essa queixa não é da ordem do somático. É da ordem do psíquico e a escuta do seu significado, do seu sentido latente, faz-se necessária para o seu encaminhamento adequado. O médico percebe isso, no entanto tão imerso e pressionado pela falta de infra-estrutura, entende que precisa dar conta do problema sozinho, visando agilizar o atendimento e o uso das instalações. Chamando o psicólogo para realizar uma entrevista e o encaminhamento para um recurso de saúde mental prolongará a permanência do paciente na Unidade, tomando o lugar de um outro que tem um problema mais “grave”. E grave na emergência é o que envolve risco de vida. Naturalmente esse paciente mobiliza raiva nos profissionais porque este paciente invade um espaço, onde os profissionais estão treinados para lidar com as mais variadas patologias orgânicas.

Por outro lado, temos um exemplo onde a falta de infra-estrutura interfere diretamente na relação da Unidade de Emergência com o Setor de Psicologia. Nesse caso, ela aborta a possibilidade de intervenção do psicólogo e de efetivamente atender o paciente em suas necessidades. Cria-se uma situação dilemática. Se por um lado é clara a necessidade de abordagem psicológica do paciente, por outro não há possibilidade de atuação.

Muitas vezes a permanência na Unidade de Emergência prolonga-se pela falta de vagas de internação e nesse caso o paciente fica submetido a condições pouco favoráveis. Um primeiro ponto é a privação sensorial, muitas vezes permanece em leitos separados um dos outros por uma cortina e a restrição ao leito é imposta não pela sua condição clínica, mas pela falta de espaço, pela falta de lugar onde possa caminhar. Coloca-se também a impossibilidade da permanência de um

acompanhante, impondo-se ao paciente um isolamento em relação aos familiares num momento de crise, o que tem um efeito deletério para a sua recuperação.

A situação que se delineia é a de que o paciente mobilizado pela situação de agudização de sua doença, pelo agravamento dela e pela possibilidade de morte, é colocado num lugar que além de não lhe acolher em suas necessidades, o submete a uma outra situação crítica.

Geralmente, a maior parte de solicitações de atendimento psicológico surgem em função de quadros reativos a essa situação tais como: depressão, estados confusionais, alteração dos estados de agressividade, não colaboração com o tratamento, não aceitação de cirurgia ou de exames invasivos. Óbviamente, não se pode dizer que o ambiente é o único desencadeador destes distúrbios. Sempre entrará em jogo a subjetividade, a organização psíquica de quem vive a situação pois o sintoma psíquico é a interpenetração de fatores históricos e presentes.

Percebe-se que a demanda está muito ligada a sintomas reativos ao ambiente pois o ambiente da Unidade de Emergência que deveria ser “suficientemente bom”, uma vez que abriga pessoas regredidas pela vivência de uma situação de crise, é inadequadamente invasivo. Embora claro, a forma como cada um irá lidar e reagir a ele será atravessada pela sua estrutura psíquica e seus recursos internos.

Um outro tipo de solicitação nos chama a atenção. São solicitações que têm latente um pedido da equipe, de continência das suas próprias angústias, uma necessidade de compartilhamento da sua realidade. Exemplos:

- Solicitação de uma assistente social: “Preciso notificar um paciente que ele vai ser transferido de hospital. *Pode ser* que ele não aceite e *talvez* eu precise de sua ajuda.” De quem seria a angústia maior, nesse caso, do paciente que nem sabe que será transferido ou da própria assistente social?
- A família não consegue contar para a esposa cardiopata que o marido faleceu há 10 horas atrás e buscam a Unidade de Emergência solicitando ajuda. A equipe chama o psicólogo referindo que não sabe lidar com essa situação.
- “Precisamos saber se este paciente sabe que é HIV positivo, solicitamos que a psicologia investigue isso para nós”.

- Médica residente solicita atendimento psicológico para paciente em delírio reativo. Na solicitação deixa transparecer que o que sustenta o pedido é a necessidade de saber se ela estaria falhando em não medicar, e não exatamente a melhora do paciente.

Um outro ponto de nossa observação diz respeito à tendência à ambivalência da relação dos profissionais da Emergência com o psicólogo. Por um lado, a equipe solicita a intervenção do psicólogo esperando compartilhamento, continência e reconhece a ajuda. Por outro, como uma reação às excessivas pressões, tornam-se extremamente exigentes, demandando resultados mais rápidos e eficientes do que a situação permite, algumas vezes desqualificando o trabalho do psicólogo

O que pode o psicólogo na Unidade de Emergência ?

Como já foi descrito, a vivência de uma hospitalização na Unidade de Emergência gera no doente e na família uma situação de crise, de intensa mobilização psíquica. Em decorrência surge um movimento psíquico reativo de retraimento libidinal e de encapsulamento numa estrutura de defesa. Instala-se um padrão regredido de funcionamento psíquico, com uma demanda de acolhimento e de continência da angústia mobilizada.

No entanto, a equipe que deveria estar preparada para atender esta necessidade da sua clientela, também está submetida a uma situação de tensão. Desse quadro resulta uma rede de relações tensas e obstaculizadas.

Do que decorre que o foco de intervenção do psicólogo seja possibilitar que as relações fluam, que as pessoas possam desprender-se de uma posição de defesa e ter um efetivo contato com o outro. Ou seja, o objetivo da intervenção psicológica será favorecer a emergência dos recursos internos de cada um para lidar com esta situação adversa, flexibilizar as relações para que a equipe possa adaptar-se às necessidades do paciente e família e estes por seu lado também possam adaptar-se às necessidades da equipe.

Várias vertentes demandam intervenção psicológica: o paciente, a família, a equipe, e também a instituição.

Com o paciente o atendimento será em linha de apoio, buscando inicialmente conhecer como articulam-se fatores somáticos e psíquicos na constituição desta doença que ora eclode, como se integra esse sintoma somático na sua realidade psíquica, como percebe e recebe os procedimentos a que está sendo submetido na Unidade de Emergência e avaliar os recursos psíquicos disponíveis para lidar com este momento e facilitar a sua adaptação a ele. O trabalho deve desenvolver-se num atendimento único, pois a tendência é a permanência na unidade ser muito breve

Em alguns casos o paciente está tão fragilizado que não tem possibilidades de se adaptar a essa situação e nesse caso pode-se Dentro desta perspectiva adquirir legitimidade as medidas orientadas em direção ao ambiente , no sentido de uma organização mais favorável ao paciente. O que significa sensibilizar a equipe para as necessidades do paciente, otimizar a colaboração da família.

A intervenção junto à família será no sentido de que ela possa seguir sustentando sua função básica de atender necessidades primitivas de proteção e segurança do seus membros. Acolhê-la e de principalmente instrumentalizá-la para ajudar o doente, por exemplo preparando-a para a visita , para estar com o paciente.

Intermediar a relação da família com a equipe também pode ser uma vertente de atuação, à medida em que, como já foi colocado anteriormente, a equipe sobrecarregada com as dificuldades para dar conta das necessidades do paciente naquele momento, nem sempre consegue estar disponível para as necessidades específicas da família .

A intervenção junto à equipe deve ser no sentido de ajudá-la a ter um contato genuíno com este doente, levando ao seu conhecimento informações sobre o seu estado psíquico e da relação que mantém com ele que interferem na evolução do tratamento.

Uma estratégia para enfrentar as adversidades da realidade da Unidade de Emergência é investir na higienização das relações humanas que se dão neste contexto. Promover a integração da equipe, o seu fortalecimento , para que os

esforços possam somar-se e não se percam em disputas internas. Criar condições para garantir o envolvimento e o comprometimento dos profissionais com o trabalho e isso só é possível resgatando-se o sujeito dentro da Instituição, resgatando-se a sua dignidade.

Para terminar colocam-se duas questões: Diante desta realidade tão cruel será que a nossa atuação deve restringir-se ao território interno aos muros do hospital? Ou será que não temos um compromisso com uma luta mais ampla, talvez mais política e social no sentido de buscar mudar a realidade do sistema de saúde do país, de uma certa forma por nós mesmos criado e mantido?

Referências Bibliográficas

Alves JG. Aspectos psicossociais do atendimento de emergência in Mello Filho J. Psicossomática hoje, 1992, Artes Médicas, Porto Alegre

Moura, MD .Psicanálise e urgência subjetiva in Moura MD (org). Psicanálise e Hospital 1996, Revinter, RJ

Fiorini HJ Teoria e Técnica de Psicoterapias 5ª ed, 1982, Francisco Alves, Rio de Janeiro

Silva DD. A apropriação imaginária do tempo na práxis da urgência in Moura MD. Psicanálise e Hospital 3 –Tempo e Morte: da urgência ao ato analítico 2003, Revinter, RJ

Volich RM. A técnica por um fio... Reflexões sobre a terapêutica psicossomática in Ferraz FC, Volich RM (org) Psicossoma : Psicossomática Psicanalítica 1997, Casa do Psicólogo, São Paulo

Winnicott DW. Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960) in O ambiente e os processo de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional 1983, Artes Médicas, Porto Alegre

Winnicott DW. Provisão para a criança na saúde e na crise(1962) in O ambiente e os processo de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional 1983, Artes Médicas, Porto Alegre