

Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência*

Performance of in hospital Psychology in the Emergency Medicine

Michele Cruz Vieira¹

*Recebido do Grupo de Estudo Multidisciplinar da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (ABRAMUR-GEM). São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A necessidade da inserção do psicólogo na equipe de emergência é um passo importante rumo à adequada prática do acolhimento e na humanização preconizadas dentro das Unidades de Urgência e Emergência. No Cenário das Urgências e Emergências médicas também circulam sentimentos e emoções que modificam e mesmo interferem nos cuidados de quem, neste setor, encontra-se. O objetivo deste estudo foi expor a importância do psicólogo na equipe multiprofissional buscando agregar um atendimento humanizado integrando paciente/família e equipe no ambiente da Medicina de Urgência e Emergência.

CONTEÚDO: O estudos e capítulos revisados neste estudo demonstram que o psicólogo intermedeia a relação equipe/paciente na unidade de urgência e emergência: este profissional é o porta-voz das necessidades, desejos, e intervém de forma que os desencontros da informação sejam minimizados. Preferencialmente, este profissional deve propiciar o desenvolvimento de uma linguagem comum e de conhecimentos recíprocos, necessários à interação conjunta visando à abordagem uníssona do paciente e sua família.

CONCLUSÃO: A assistência de Psicologia oferecida ao paciente/família unidades de Urgência e Emergência possibilita um serviço mais adequado e contribui para a satisfação do cliente, além integrar a equipe de saúde e os familiares em um único objetivo.

Descritores: Emergência, Equipe de saúde, Psicologia hospitalar, Urgência.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The necessity of the insertion of the psychologist in the emergency team is an important step route to the practical adjusted one of the shelter and in the Humanization praised inside of the Urgency and Emergency units. In the scenario of the medical urgencies and emergencies also circulates feelings and emotions that modify and same intervene with the cares of who, in this sector, meet. This study narrative has for objective to identify and to display the importance of the psychologist in the multiprofessional team searching to add a humanization attendance integrating patient family and team in the environment of the Urgency and Emergency Medicine.

CONTENTS: The articles and chapters revised in this narrative demonstrate that the psychologist intermediates the relation has equipped/patient in the unit of urgency and emergency: this professional is the spokesman of the necessities, desires, and intervenes of form that the failures in meeting of the information are minimized. Preferential, this professional must propitiate the development of a common language and reciprocal, necessary knowledge to the joint interaction aiming at to the unisonous boarding of the patient and its family.

CONCLUSION: The assistance of Psychology offered to the patient/family units of Urgency and Emergency makes possible a more adequate service and contributes for the satisfaction of the customer, beyond to integrate the team of health and the familiar ones in an only objective.

Keywords: Emergency, Healthcare Team, In Hospital Psychology, Urgency.

INTRODUÇÃO

A Psicologia hospitalar como área de atuação da Psicologia tem assumido um modelo próprio de atuação, adaptado à realidade institucional hospitalar e para atender as necessidades de pacientes, familiares e equipe. O atendimento no hospital é focal, breve e muitas vezes emergencial. A compreensão de que o hospital deve ser abordado em um cenário global, como um todo, em suas múltiplas facetas e visões que englobam seus principais clientes (pacientes e equipe de saúde) busca proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental desta comunidade. Neste intrigante cenário, reconhecer a importância da necessidade da inserção do psicólogo na equipe de emergência é um primeiro passo rumo à adequada prática do Acolhimento e na Humaniza-

1. Psicóloga; Pós-graduanda em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

Apresentado em 08 de setembro de 2010

Aceito para publicação em 05 de novembro de 2010

Endereço para correspondência:

Michele Cruz Vieira

Rua: Doutor Penaforte Mendes, 255/24 – Bela Vista

01308-010 São Paulo, SP.

Fones: (011) 2037-5081 / 7037-6503

E-mail: psicologa_michele@hotmail.com

ção preconizadas dentro das Unidades de Urgência e Emergência. O objetivo deste estudo foi identificar e expor a importância do Psicólogo na equipe multiprofissional buscando agregar um atendimento humanizado integrando paciente/ família e equipe no ambiente da Medicina de Urgência e Emergência.

O HOSPITAL E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A história do hospital começa a ser contada com enfoque religioso através da preocupação com semelhante. Assim, já por volta do ano 360 antes da era Cristã, foi erigido o primeiro Hospital de que se têm conhecimento¹. Coube ao Brasil a fundação do primeiro Hospital na América do Sul, precisamente na cidade de Santos, em 1543, por Braz Cubas, surgindo, a ainda atuante e tradicional Santa Casa de Misericórdia de Santos; seguindo a entrada dos exploradores Portugueses, formaram-se vilarejos e a fundação de um Hospital local para atendimento dos exploradores e colonizadores, com o nome de Santa Casa de São Paulo, entre 1590 e 1599; inicialmente próximo do Pátio do Colégio¹. Os hospitais, no entanto, surgiram em seu início como apenas uma espécie de “depósito” em que amontoavam pessoas doentes, destituídas de recursos; sua finalidade era mais social do que terapêutica. Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercitava como uma prática de cristianismo. Eram locais para pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos, sob o cuidado de monges e religiosos. Constituíram o último recurso que a caridade oferecia ao paciente pobre. Os recursos médicos disponíveis só minoravam o sofrimento: os pacientes com maiores recursos tratavam-se em domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar.

Na medida em que os conhecimentos de natureza preventiva foram-se desenvolvendo, as medidas práticas a eles relacionadas aplicaram-se mais à abordagem dos problemas de saúde das comunidades. Criou-se um segundo tipo de instituição, destinada ao desenvolvimento das práticas de natureza preventiva em unidades de saúde ligadas ao poder público¹.

Em acordo ao Decreto nº 37.773, do dia 18/08/1955, anteprojeto da Lei Orgânica da Assistência Médica-Hospitalar, resultou na seguinte definição conceitual de hospital. “Hospital é a instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de Assistência Médica e cuidados constantes de enfermagem”. Nesta definição observa-se a função caracterizadora do Hospital, a função restaurativa que enfocou assistência curativa, omitindo-se os outros aspectos assistenciais.

O Ministério da Saúde brasileiro definiu conceito de hospital como “é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar á população assistência médica-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados teoricamente”.

O que é psicologia hospitalar?

A psicologia hospitalar é um ramo da Psicologia que se diferencia

dos demais por pretender humanizar a prática dos profissionais da saúde dentro do contexto hospitalar. A partir da Psicologia Hospitalar, a própria psicologia redefiniu conceitos teóricos na tentativa de uma melhor compreensão da somatização, suas implicações, ocorrências e consequências. O atendimento psicológico hospitalar é realizado numa situação especial na qual o paciente encontra-se doente e internado; a sua família também deve receber a orientação e o suporte emocional necessário dentro deste contexto. Desta forma, embora seja um ramo da Psicologia Clínica, a Psicologia Hospitalar assume um modelo próprio, adaptado à realidade institucional hospitalar para atender as necessidades de pacientes, familiares e equipe. O atendimento no hospital é focal, breve e muitas vezes emergencial. O psicólogo clínico no hospital, ao contrário do psicólogo no consultório, vai até o cliente e, junto a este ou a equipe multidisciplinar, identifica sua demanda. O trabalho interdisciplinar então implica numa constante troca de conhecimentos e discussão conjunta sobre o melhor atendimento ao paciente.

Os atendimentos psicológicos acontecem quase sempre à beira do leito, contando sempre com a possibilidade de interrupções e adiamentos. A flexibilidade do psicólogo neste contexto é fundamental e, como coloca Romano (1999), “o que possibilita e molda o trabalho não é o lugar nem os entraves. Seu aspecto terapêutico, oportuno e pertinente resulta da eficácia da ação, dos objetivos bem claros a serem atingidos, da possibilidade de trocas eficientes com a equipe, do consenso de que a intervenção psicológica junto ao doente e seus familiares interferem positivamente no processo do adoecer e da internação²”.

A psicologia hospitalar tem como objetivo principal a minimização do sofrimento provocado pela internação. O psicólogo precisa ter muito claro que sua atuação no contexto hospitalar não é psicoterápica dentro dos moldes do chamado “*setting*” terapêutico³. É necessário não abranger somente a internação em si, mas os termos específicos da doença originária da hospitalização, levando em conta as suas sequelas e consequências emocionais.

No ambiente do hospital, ao contrário do paciente que procura pela psicoterapia após romper eventuais barreiras emocionais, o cliente será abordado pelo psicólogo no próprio leito, sendo necessário que o profissional tenha bem claro quais os limites de sua atuação para não se tornar, ele também, um dos elementos abusivamente invasivos que agridem o processo de hospitalização. A opção do paciente de receber ou não este tipo de intervenção deve ser soberana e deliberar a prática do psicólogo.

Este terreno é cuidadoso, pois o paciente acamado e fragilizado pela internação tem sua vontade é aplacada; seus desejos coibidos; sua intimidade invadida; seu trabalho é prescrito e seu mundo de relações rompido. Ele deixa de ser sujeito, sendo apenas objeto da prática médica hospitalar, suspensa sua individualidade, transformando-se em mais um caso a ser contabilizado.

A psicologia hospitalar não pode igualmente perder o parâmetro do significado de adoecer em nossa sociedade, eminentemente marcado pelo aspecto pragmático de produção mercantilista³⁻⁹. Adoecer nesta sociedade e consequentemente deixar de produzir é vergonhoso, além de difíceis que outros, familiares e amigos produzam. O hospital perfaz este papel, recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem sequela, o doente à sua situação anterior.

CENÁRIO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA VISÃO DO PSICÓLOGO: SENTIMENTOS- ASPECTOS PSICOLÓGICOS

A psicologia, como se sabe, estuda a mente, razão, instintos, desejos, emoções, comportamentos e conflitos nas relações entre pessoas e consigo mesmo, a fim de auxiliar o paciente na “dimensão mental (razão e emoções)”⁴⁻⁶.

Na psicologia, um tratamento de emergência procura modificar a psicopatologia incapacitante específica, sem necessidades de alterar estruturas psíquicas básicas. Neste caso, visa elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação na mais ampla escala possível, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de adaptação e enfrentamento. Apresenta-se como uma técnica que não reformula o indivíduo, mas o ampara de fora para dentro. O sentido da terapia breve é solução de problemas, em que o fundamental é a motivação e a utilização de técnicas de aprendizagem, para fortalecimento da autoestima e maior tolerância do paciente.

No Cenário das Urgências e Emergências médicas também circulam sentimentos e emoções que modificam e mesmo interferem nos cuidados de quem, neste setor, encontra-se. O paciente atravessa uma rotina de vida, que subitamente é entrecortada pelo inusitado mal estar inesperado ou por um acidente de diversas ordens, onde as conseqüências são inundadas por medos, fantasias, inseguranças, tristezas, sensação de impotência, ansiedade e tantos outros sentimentos que valem entre si, deflagrando uma condição perturbadora que também transcende a toda a equipe multiprofissional que atua na sala de emergência.

O pronto-socorro é o local aonde se chega não apenas só com a dor física, mas também, com a dor psíquica; onde ambas possibilitam o deflagrar de vivências únicas e, neste sentido, apontam a necessidade da atuação do psicólogo nas emergências médicas, acolhendo e humanizando, compartilhando com os atores, paciente, família e equipe, suas angústias. Cabe a este profissional a inserção rápida e adequada de intervenções psicológicas emergenciais neste novo ambiente de trabalho que se define. Reconhecer o impacto psíquico na tríade paciente, equipe e familiar na Emergência Médica, apontam para a necessidade de inserção do psicólogo nesta equipe, minimizando todo o sofrimento advindo do inesperado do adoecimento e isto é um primeiro passo rumo à inovação no Acolhimento e na Humanização dentro da Unidade de Urgência e Emergência Médica⁶.

PRONTO-SOCORRO

O paciente

Não se pode ser psicólogo e não ser ao mesmo tempo um investigador dos fenômenos que se quer modificar; para ser um investigador, é preciso extrair os problemas da própria prática e da realidade em que se atua. O paciente que procura o pronto-socorro, geralmente, teve sua vida desestruturada a partir da instalação abrupta de um processo mórbido, da vivência de acidente ou de uma descompensação em casos de doenças crônicas. Quando se conhece a demanda é possível se antecipar a ela. Quanto mais precoce a intervenção, menores as possibilidades de agravamento

e maiores as expectativas de recuperação psíquica dos pacientes⁷. O trabalho assistencial do psicólogo hospitalar procura compreender e minimizar o sofrimento relacionado à doença e à internação. Pode ainda ter um caráter preventivo, o que exige que se desvendem os significados pessoais que as experiências de doença e hospitalização têm para o indivíduo. A internação e a doença tendem a impedir a capacidade de uma pessoa controlar o eu e o ambiente que a cerca. Ao se defrontar com tal agente estressante, mesmo as pessoas que previamente tinham uma elevada autoestima podem não mais sentir-se como indivíduos capazes e competentes que são donos de seu ambiente. Como resultado, as pessoas podem manifestar uma autoestima diminuída. Por conseguinte, acredita-se que as ações de Psicologia nesta área devam ser dirigidas a preservar ou até mesmo intensificar o controle que os indivíduos têm sobre si mesmos e os seus ambientes através da promoção de uma percepção positiva dos agentes estressantes e de uma resposta positiva a estes⁸⁻¹⁰.

O paciente ao adentrar o pronto-socorro se vê imerso numa situação de desamparo e, de certa forma, perde sua dignidade quando deixa sua posição de *sujeito* passando a *objeto* de intervenção. É submetido a procedimentos médicos que, embora visem sua melhora, podem adquirir um caráter ameaçador e invasivo. Assim, ele vive um momento de perda de referencial, que é acompanhado por vivências de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, profissionais e sociais. Mas esse sofrimento que permeia a passagem do paciente pelo pronto-socorro (PS) pode ser minimizado pela intervenção psicológica⁹.

A intervenção do psicólogo pode auxiliar o tratamento médico na medida em que sensibiliza a equipe para aspectos psicossociais que dificultam a comunicação com o paciente, facilita a implicação do paciente em seu tratamento e reabilitação e oferece um acolhimento para a família. A imprevisibilidade da rotina na emergência impede qualquer programação: nunca se sabe quantos pacientes procurarão o PS e que tipo de atendimento eles vão precisar. No caso do psicólogo, o que se tenta é resguardar o paciente na medida do possível. Os atendimentos são breves, focais e buscam minimizar o sofrimento de pacientes e familiares. O psicólogo procura “resgatar” o *sujeito*, a partir do oferecimento de uma escuta, que permite a explicitação do sofrimento. A partir dessa escuta é possível discriminar entre a urgência médica e a subjetiva².

Família

A família do paciente, com a qual se estabelece triangulação definida pelos termos *médico-paciente-família tem fundamental papel para* entender os processos de construção e manutenção da doença. Da mesma forma, a família pode ser um contexto de cura, de potencialização de recursos terapêuticos¹⁰.

O médico pode vir a ter uma relação tão intensa com a família do paciente (como nos casos de um politraumatismo grave com internação em unidade de terapia intensiva), e/ou tão prolongada (como nas doenças psiquiátricas e nas crônicas em geral), que se pode afirmar que passa a formar, com ela, um sistema maior, que chamaremos, seguindo um modelo das terapias sistêmicas, de sistema terapêutico. Assim, ele fica sujeito a ser “absorvido” pelo sistema familiar, e a ocupar determinadas funções que podem servir tanto à doença quanto à cura¹⁰⁻¹².

A família e o paciente quando estão sob atendimento na interação vivem em um primeiro momento a necessidade e a possibilidade do diagnóstico, quer saber o que tem, saber sobre a doença, as consequências, sequelas, tratamento e cura¹³. Em seguida, podem apresentar uma variedade de respostas emocionais por conta do diagnóstico que nem sempre é favorável. Dessa forma apresentam sentimentos e comportamentos com reações à confirmação da doença: Incerteza, ansiedade, preocupação, vulnerabilidade, falta de esperança.

Numa fase posterior, podendo se trabalhada as questões desfavoráveis e inadaptativas, acontece um processo de reconstrução da realidade com a doença que envolve mudanças de planos futuros, manuseio das limitações e aceitação¹¹.

Uma proposta de protocolo de sistematização da intervenção de informação e apoio aos familiares e pacientes deve, portanto, focar:

- Conhecer os sentimentos do paciente: expressando respostas empáticas que facilitem a expressão e acolhimento;
- Considerar como suas as preocupações do paciente: com atitudes que mostre o quanto você está prestando atenção, mostrando que o que ele traz é pertinente; mostrando que entende as preocupações e que estas serão consideradas;
- Fazer um plano para o problema: com envolvimento do paciente e familiar, fortalecendo o vínculo e a confiabilidade.

Equipe de saúde

O trabalho interdisciplinar visa o manejo das situações e o fortalecimento em equipe dos fatores positivos que proporcionem a adesão, a adaptação e colaboração do paciente e familiar para lidarem com as limitações e o enfrentamento de doenças agudas e graves no contexto hospitalar⁹.

O psicólogo intermedeia a relação equipe/paciente: este profissional é o porta-voz das necessidades, desejos, e intervém de forma que os desencontros da informação sejam minimizados. Preferencialmente, deve colaborar sempre com a mesma equipe, de forma a propiciar o desenvolvimento de uma linguagem comum e de conhecimentos recíprocos, necessários à interação conjunta visando à abordagem uníssona do paciente e sua família. Tendo um papel clínico, social, organizacional, com áreas de atuação que abrangem Psicologia Preventiva e de Tratamento, perante a atuação do profissional dentro de uma instituição Hospitalar².

No ambiente da urgência e emergência, a relação do psicólogo com os demais profissionais da equipe de saúde deve abranger a totalidade das possibilidades dessa interação, e sempre atento para as outras intervenções que possam ocorrer durante o desenvolvimento de suas atividades, sem esquecer que é um catalisador dos processos emocionais surgidos dentro da realidade institucional⁷. O psicólogo colabora com a equipe trabalhando na preparação do paciente ajudando-o a controlar a sua ansiedade, fornecendo informação adequada e suficiente; auxiliando na criação de um clima de confiança entre médico e paciente; permitindo ao paciente a verbalização dos medos suscitados pelas perspectivas de tratamento; pode-se falar sobre dores, incômodos, reabilitação e reestruturação de vida⁹.

Em 2007 foi feito um estudo exploratório e de campo na unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo cujo objetivo era avaliar a comunicação entre o profissional de saúde e os familiares dos pacientes internados em

uma UTI. Ao analisar as necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI, em relação à comunicação com a equipe de saúde, pode-se perceber que parte das famílias atendidas necessitava de mais clareza de informações essenciais, relacionadas ao ambiente da UTI. Necessitam também de mais tempo junto ao seu ente querido e apoio emocional, identificando a equipe de enfermagem como uma possível referência para lhe dar esse suporte, justamente por reconhecerem sua maior proximidade e permanência junto aos pacientes⁷.

Na observação da interação entre os sujeitos desta pesquisa, durante os horários de visita, também fica claro que os familiares, quando são realmente acolhidos pela equipe, apesar do medo, da ansiedade e da tristeza – presentes em decorrência da própria situação de seu ente querido – demonstram satisfação e alegria pelo trabalho desempenhado, reconhecendo sua dificuldade e ficando gratos.

O estudo demonstrou que é preciso repensar estratégias para habilitar a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, para recepcionar e acolher melhor os familiares, durante os horários de visita, para suprir as necessidades que foram identificadas. A história de vida do médico e, especialmente das relações com sua família de origem, pode ter uma grande influência sobre sua prática profissional, tanto no sentido de prejudicar quanto de facilitar seu manejo de determinadas situações. Tal situação pode; se não estiver devidamente elaborada, levá-lo a uma excessiva identificação com os familiares que passam por situações semelhantes, gerando-lhe ansiedade e desconforto. Por outro lado, se tiver a oportunidade de aprender com sua vivência, poderá desenvolver maior empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro), e sentir-se mais apto a ajudar as famílias de seus pacientes¹⁰.

Pode ocorrer, também, que na família do paciente existam pessoas que lembram o médico de seus próprios parentes (e geralmente isto ocorre de forma inconsciente), como um pai autoritário, uma mãe depressiva, ou um irmão competitivo, gerando os sentimentos desagradáveis. Também pode ocorrer o contrário, que o médico venha a sentir desejo de proximidade, amor, ou aprovação em relação à família. Estas reações são denominadas, na teoria psicanalítica, de contratransferência, e a sua devida compreensão pode se tornar uma ferramenta para que o médico entenda melhor a si mesmo e à família¹⁰.

Além das experiências pessoais do médico, existem aspectos de sua personalidade que podem dificultar o relacionamento tanto com o paciente individualmente, quanto com a família. Um médico com senso de autoestima demasiadamente frágil e dependente da aprovação dos outros pode ter dificuldades em lidar com críticas, comportamentos de oposição à sua autoridade, e com toda uma gama de sentimentos que a família pode depositar nele (frustração, raiva, impotência, medo). Ele será visto pela família, em algum momento, como um “representante” do universo da doença e dos serviços de saúde (e, neste caso, muitas vezes as queixas são justificadas e realistas), e cabe ao profissional ter suficientemente continência (capacidade de entender e tolerar tais sentimentos, sem revidá-los)¹⁰.

Há situações em que, por mais que o paciente esteja orientado, não segue as orientações médicas. Afastadas outras causas, como as dificuldades financeiras, o médico deve investigar o ganho secundário da doença: as vantagens ou benefícios obtidos através dos sintomas,

de exames, ou da condição de enfermo. São relativamente frequentes os casos de pessoas que, em função de seus problemas de saúde, passam a deter um enorme poder no interior do sistema familiar, mantendo com isso privilégios pessoais. O ganho secundário pode ter uma função comunicativa, quando a persistência do sintoma ou o boicote ao tratamento servem para expressar sentimentos de raiva, por exemplo, em relação ao marido, ao patrão, ou ao próprio médico ou serviço de saúde. Outras vezes, a doença pode servir para manter a estabilidade do sistema familiar¹⁰.

Diante do alto nível de responsabilidade da profissão médica, o autoexame é parte indispensável de sua prática. A melhor garantia contra os impulsos prejudiciais à relação, que se tornam manifestos no comportamento, é a mais ampla conscientização, por parte do médico, de seus sentimentos, necessidades e conflitos¹⁰. A equipe, às vezes, vê o familiar como alguém que atrapalha seu trabalho, sendo comum ouvir atitudes e posições jocosas sobre determinado paciente e sua família¹².

Família e equipe de saúde pertencem a contextos diferentes; o convívio entre eles é forçado pelo evento de uma doença. Cada um desses grupos tem um conjunto de expectativas para si mesmo ou idealizações. Algumas vezes, a equipe espera que a família respeite suas decisões, não fazendo muitas solicitações de informações. Quando alguma decisão é tomada, ela deve ser aceita sem questionamento nesta visão¹².

O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/família estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço. O acolhimento busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar os pacientes e familiares, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário¹².

ACOLHIMENTO E VÍNCULO

O acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. O diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo se, por conseguinte, uma relação¹³⁻¹⁵.

Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde¹³.

O acolhimento pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades que os usuários utilizam para satisfazerem as necessidades de saúde. É relevante estabelecer vínculo de confiança entre a equipe de saúde com paciente/família¹³. Quando não ocorre a cumplicidade entre ambos, pode dificultar a terapêutica proposta.

O relacionamento interpessoal entre a equipe de saúde e paciente/família deve ser considerado na sua totalidade, pois o estado emocional pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o seu físico. É necessário que a equipe de saúde demonstre não só os conhecimentos técnicos e científicos, mas, também, habilidade e sensibilidade ao lidar com situações de sobrecarga emocional¹³.

ETAPAS DO ACOLHIMENTO¹³

Acesso

Receber o paciente. Prestar os cuidados necessários, proporcionando segurança ao paciente. Aproximar-se da família, confortando-a e esclarecendo as normas e rotinas da instituição. Adequar o ambiente de forma que os familiares tenham conforto enquanto aguardam informações. Sujeito de ação: equipe de saúde

Escuta

Incentivar paciente e familiar a questionarem sobre suas dúvidas, iniciando a educação em saúde desde a internação.

Estabelecer uma relação de confiança na qual o paciente e família sintam-se seguros e que possam expressar suas dúvidas, medos e angústias.

Sujeito de ação: equipe de saúde

Diálogo

Orientar a família sobre o que está acontecendo com o paciente, enfatizando que tudo está sendo feito para manter a sua saúde usando palavras de fácil compreensão.

Sujeito de ação: equipe de saúde

Apoio

Oferecer apoio e conforto ao paciente e família. Orientar a família sobre as condições do paciente antes da visita. Identificar as necessidades de informação e amparo do paciente e família, buscando ajudá-los a satisfazer tais necessidades.

Sujeito de ação: equipe de saúde

Vínculo

Orientar sobre os benefícios do tratamento e as complicações que podem ocorrer. Flexibilizar o horário da visita quando houver necessidade. Estar aberto ao outro.

Sujeito de ação: Enfermeiro da unidade junto da equipe de saúde.

O PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO OU TERMINAL NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E A EQUIPE DE SAÚDE

É importante destacar que tanto o estudante de medicina, quanto o de enfermagem são moldados a considerar a morte como o maior dos adversários, considerando o dever de tais profissionais combatê-la, esses profissionais utiliza-se de todos os recursos tecnológicos e científicos, além da busca da melhor competência disponível. A morte por vezes é maior e mais evidente do que todo o tecnicismo do saber médico. A condição de lutar é uma tarefa difícil e exaustiva, em que as derrotas acontecem. No entanto, parece que admitir que não se tenha nada para fazer pelo paciente, poderia gerar uma imagem negativa do profissional, mostrando, erroneamente, que ele não se preocupa com o paciente¹⁵⁻¹⁷.

Pode-se pensar nos aspectos psicológicos fundamentais pautados na relação da equipe com o paciente terminal e familiares, sobre os estágios psíquicos frente à morte e o morrer. Nesse contexto, é reforçada a importância da atuação do psicólogo em questões delicadas como estas, que são as situações de terminalidade que afeta tanto a equipe quanto o paciente e seus familiares, sendo

prudente que exista um facilitador para interferir nestas relações, visando à melhor comunicação e suporte psicológico¹⁵.

A perda de membro em uma amputação traumática, por exemplo, uma perda física, contudo outras perdas simbólicas estão relacionadas (perda de autonomia, perda de identidade, perda de intimidade). O significado e a extensão da perda vão diferir para cada pessoa de acordo com a sua personalidade e suas características. O psicólogo deve estar atento e orientar a equipe e os familiares que uma doença envolve numerosas perdas que são tanto físicas como simbólicas pela sua natureza e que cada perda específica tem de ser identificada e cada uma destas perdas incita e requerem a sua própria resposta à dor¹⁵.

Cada pessoa pode relacionar o pensamento de morte a um dos seguintes aspectos¹⁵:

A) Medo de morrer: quanto à própria morte, surge o medo do sofrimento e da indignidade pessoal. Em relação à morte do outro é difícil ver o seu sofrimento e desintegração, o que origina sentimentos de impotência por nada se poder fazer.

B) Medo do que vem após a morte: quando se trata da própria morte e o medo do julgamento, do castigo divino e da rejeição. Em relação ao outro, surge o medo da retaliação e da perda da relação.

C) Medo da extinção: diante da própria morte existe a ameaça do desconhecido, o medo de não ser e o medo básico da própria extinção. Em relação ao outro, a extinção evoca a vulnerabilidade pela sensação de abandono.

Uma pessoa ao tornar-se consciente da doença terminal significa que agora a vida é limitada. Assim, a vida destes doentes tem que ser reorientada, tal como os seus valores, objetivos e crenças que devem ser acomodadas na sua realização súbita. Apesar da sua infância tardia, quase toda a gente tem consciência cognitiva que a morte é universal e que um dia cada um de nós vai morrer, e a notícia de ser um paciente terminal muda radicalmente a perspectiva do paciente e como se a morte não pudesse ser evitada mais tempo e ele vivencia esta realidade¹⁶.

Ao atender o paciente terminal é de fundamental importância que toda a equipe esteja bastante familiarizada com os estágios pelos quais ele passa, lembrando que podem se intercalar e repetir durante todo o processo da doença, por exemplo, se a enfermeira não sabe que a raiva projetada nela, pelo paciente, é apenas a manifestação de um sentimento esperado e compreendido, e reage a ela com aspereza, poderá contribuir para que o paciente se sinta culpado pelo seu estado, levando-o a um quadro depressivo, prejudicial para os seus esforços de melhora; a psicóloga terá mais um elemento de terapia, que poderia ser evitado, deixando o espaço psicoterapêutico para outras questões mais emergenciais¹⁵. Compartilhar experiências com profissionais de outras disciplinas exige esforço de admitir os próprios limites, superar a cota pessoal de egocentrismo e reconhecer a necessidade de superar os obstáculos insolúveis derivados da própria prática^{16,17}.

Os cinco estágios do paciente terminal

Primeiro estágio: negação e isolamento. Neste estágio, a negação e o isolamento são mecanismos de defesas temporários do Ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração desses mecanismos de defesa dependem de como a pessoa que sofre e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com

essa dor, o paciente se defende da idéia da morte, recusando-se a assumi-la como realidade.

Segundo estágio: raiva. Neste estágio, o paciente coloca toda sua revolta diante da notícia de que seu fim está próximo, e chega a ficar agressivo com as pessoas que o rodeiam. Por causa da raiva, que surge devido à impossibilidade do Ego manter a negação e o isolamento, os relacionamentos se tornam problemáticos e todo o ambiente é hostilizado pela revolta de quem sabe que vai morrer. Junto com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento. É de extrema importância a compreensão do familiar sobre a angústia transformada em raiva na pessoa que sente interrompidas suas atividades de vida pela doença ou pela morte.

Terceiro estágio: É o momento no qual o paciente tem uma esperança de cura. Havendo deixado de lado a negação e o isolamento, “percebendo” que a raiva também não resolveu, a pessoa entra no terceiro estágio, onde assumem mais as características de súplicas.

Quarto estágio: depressão. Neste estágio, o paciente se recolhe, vivenciando uma enorme sensação de perda. A depressão aparece quando o paciente toma consciência de sua debilidade física, quando já não consegue negar suas condições de doente, quando as perspectivas da morte são claramente sentidas. Aqui a depressão assume um quadro clínico mais típico e característico; desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro, etc.

Quinto estágio: aceitação. Nesse estágio o paciente já não experimenta o desespero e nem nega sua realidade, aceita sua condição, é quando não mais sente depressão e nem raiva. É o momento em que encontra paz e aceita o que está acontecendo. Os momentos de silêncio são maiores e seus interesses diminuem. Neste momento é a família que mais precisa de ajuda.

CONCLUSÃO

A necessidade da contribuição do psicólogo na equipe de saúde atuando em unidades de emergência aponta uma grande mudança e melhorias no atendimento com os familiares e no tratamento do paciente.

Assim, a assistência de psicologia prestada ao paciente/família possibilita um serviço mais adequado contribuindo para a satisfação do cliente não colocando a equipe de saúde e os familiares/paciente em contextos diferentes.

REFERÊNCIAS

1. Borba VE. Administração hospitalar: princípios básicos. 3ª ed. São Paulo: Cedas; 1991. p. 465.
2. Romano BW. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 143.
3. Trucharte FAR. Psicologia hospitalar: teoria e Prática. Org. Valdemar Augusto Angerami-Calmon. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995. p. 150.
4. Campos TCP. Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1995. p. 112.
5. Bleger J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 138.
5. Garcia MC. A urgência de psicólogo na emergência médica. Disponível-<http://www.humanizabrasil.org.br>, 2006- Acesso em 25/08/2010.

6. Dimenstein MDB. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud Psicol* 1998;3(1):53-81.
7. Chiattone HBC. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami CVA, (editor). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Editora Pioneira; 2000. p. 73-165.
8. Rossi L, Gavião ACD, Lucia MCS, et al. Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. *Psicol. Hosp* 2004;2(2). In: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-. Acessado em 20/09/2010.
9. Soar Filho EJ. O médico e a família do paciente. In: Cataldo Neto GJC, Gauer NR Furtado, (organizadores). *Livro e Site de Psiquiatria para estudantes de Medicina Porto Alegre*: Edipucrs. Disponível em: http://homocomplexus.blogspot.com/2009/04/o-medico-e-familia-do-paciente_08.html. Acesso 29 Julho de 2010.
10. Oliveira EA, Voltarelli JC, Santos MA, et al. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. *Medicina* 2005;38(1):63-8.
11. Yamamoto OH, Cunha IMF, Oliveira F. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicol Reflex Crit* 1998;11(2):345-62.
12. Braga LA, Neder-Simon M. Relações entre família e equipe de saúde A identificação do psicólogo hospitalar junto à equipe, familiares e pacientes. In: *Revista de Psicologia Hospitalar* 1994;4(2):Disponível:<http://www.slideshare.net/luizafarias/familia-e-equipe-de-sade-presentation>. Acessado em 30/09/2010
13. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(1):81-9.
14. Vieira NP. Acolhimento com Triagem no Serviço de Pronto Socorro do Hospital Regional de Tucuruí- Disponível: http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/Acolhimento_Triagem_PRONTO_SOCORRO.pdf 2008- Acesso – 11/08/2010.
15. Mendes PEP, Coutinho SE, Lucarelli MDO sentimento do psicólogo perante a morte dos pacientes em fase terminal, Situações Práticas em Psicologia, Curso de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, UNIP - Universidade Paulista. São Paulo -10/03/09. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=1679>. Acesso – 11/08/2010.
16. Alamy S. Psicologia hospitalar – paciente terminal e equipe interdisciplinar-16.mai.2002. Disponível:http://www.atlaspsico.com.br/COLABORADORES_Psicologia_hospitalar_paciente_terminal_e_equipe_interdisciplinar.htm-Acesso dia 20/8/2010.
17. Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Enfermeira assistencial. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2009;17(1):91-5. Comunicação entre o profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a17.pdf>. Acesso 27/07/2010.