

A RELAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR COM O PACIENTE SECUNDÁRIO NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

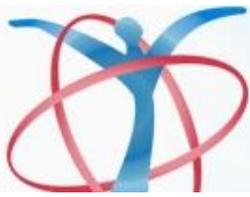
Michely Mileski Zuliani* (Projeto de Extensão 0725/04, Psicologia Hospitalar e Equipe Multiprofissional – Interdisciplinaridade na promoção de saúde, Hospital Universitário Regional de Maringá, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil); Jane Biscaia Hartmann (Projeto de Extensão 0725/04, Psicologia Hospitalar e Equipe Multiprofissional – Interdisciplinaridade na promoção de saúde, Hospital Universitário Regional de Maringá, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil); Andréia Cristina de Faria (Projeto de Extensão 0725/04, Psicologia Hospitalar e Equipe Multiprofissional – Interdisciplinaridade na promoção de saúde, Hospital Universitário Regional de Maringá, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil); Émily Laiane Aguiar Albuquerque (Projeto de Extensão 0725/04, Psicologia Hospitalar e Equipe Multiprofissional – Interdisciplinaridade na promoção de saúde, Hospital Universitário Regional de Maringá, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil); Naiara Bruna Melo Machado (Projeto de Extensão 0725/04, Psicologia Hospitalar e Equipe Multiprofissional – Interdisciplinaridade na promoção de saúde, Hospital Universitário Regional de Maringá, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil).

contato: mm.zuliani@gmail.com

Palavras-chave: Psicologia hospitalar. Equipe multidisciplinar. Acolhimento.

Segundo Abrahão (2010, citado por Ferreira & Mendes, 2013) a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) caracteriza-se como uma unidade dotada de monitoração contínua que visa o tratamento de pacientes potencialmente graves que necessitam de acompanhamento contínuo com equipamentos específicos de alta tecnologia. No entanto, por diversas vezes a UTI é vista pelos familiares como um local de intenso sofrimento ao paciente, principiando sentimentos de medo da morte, angústia, desespero, incertezas, como um lugar destinado à morte (Haberkon, 2004 citado por Moreira et al., 2012). Diante desse panorama o psicólogo é de fundamental importância no contexto da UTI, principalmente porque é capaz de resgatar a particularidade e a subjetividade de cada sujeito, trabalhando na tríade equipe-paciente-família.

Para Jeammet (1982, citado por Bianco, 2006, p.11), a doença surge como um “golpe na integridade do indivíduo e um obstáculo ao exercício normal de sua vida”, desestabilizando o equilíbrio orgânico e gerando consequências no equilíbrio familiar e social do sujeito, significando a perda de um corpo saudável e a fragilidade e finitude do corpo. Bianco (2006, p.12) destaca que a doença “imobiliza e congela a existência do indivíduo, afetando profundamente as relações do mesmo com o mundo ao seu redor”. Nesse sentido, entende-se que o adoecimento afeta não somente o paciente, mas também aqueles que vivem ao seu redor, impactando sobre toda a dinâmica familiar. Assim, o adoecimento de um familiar instala nesse

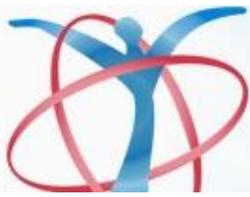


sistema uma crise que pode gerar uma desestruturação (Souza, 2010, citado por Ferreira et al., 2013). Tendo isso em vista, entende-se que o suporte psicológico ao paciente e à sua família no momento de hospitalização e, principalmente, internamento em UTI, é de fundamental importância para o processo de cuidado e assistência ao hospitalizado, pois a família é, em muitos casos, a fonte onde o paciente encontrará recursos emocionais para o enfrentamento da doença/hospitalização.

Para a equipe é importante conhecer a percepção que os familiares têm desse processo, sobre a gravidade da situação, o possível risco de morte, as prováveis sequelas pós-alta, identificar se está havendo negação quanto à evolução do caso, e na possibilidade de o quadro clínico se agravar e se encaminhar para um desfecho ruim, saber se a família está ciente dessa situação e como está lidando com isso. Bianco (2006) reafirma o que muitos autores trazem sobre a relação entre os familiares do paciente e a equipe multidisciplinar, onde esta é vista como complementar e essencial ao tratamento. No caso de pacientes internados em UTI, como a fala é dificultada e muitas vezes a sedação do paciente interfere em sua capacidade de compreender a fala médica, a família faz o papel de ponte entre paciente e a equipe, recebendo os boletins médicos acerca da situação clínica e fornecendo informações sobre a história do paciente que possam ser úteis ao cuidado médico e psicológico. No momento da admissão do paciente torna-se necessário a conscientização da real situação dele e da necessidade de tratamento ou hospitalização em UTI. O familiar deve ser visto como paciente secundário, pois chega a UTI desconfiado e inseguro frente a realidade vivenciada e precisa ter a oportunidade de falar sobre a doença, seus medos, fantasias sobre a morte e expressar seus sentimentos.

A partir do momento em que o familiar é compreendido como ponte de ligação com o paciente, ambos, equipe e sistema familiar devem esforçarem-se para que se fortaleça o vínculo e a confiança. É importante que o paciente confie na equipe médica que lhe confere os cuidados, e essa confiança vai sendo moldada pelo trabalho da equipe e também pelo discurso familiar acerca desse cuidado. E a confiança da família na equipe também é capaz de deixar os profissionais mais à vontade e seguros sobre a aceitação de seu trabalho.

O Hospital Universitário Regional de Maringá, vinculado à Universidade Estadual de Maringá – Pr, conta com Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Infantil, onde os cuidados são realizados por uma equipe multidisciplinar objetivando o cuidado integral e global do sujeito hospitalizado, atendendo-o em suas múltiplas questões. Essa equipe é composta pelo médico chefe da unidade, médicos plantonistas, médicos residentes, enfermeiras, fisioterapeuta,



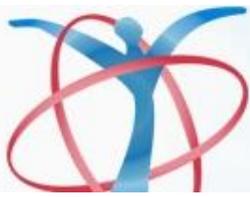
psicólogo, nutricionista, farmacêutico e assistente social, visando o emprego efetivo da Política Nacional de Humanização (PNH), procurando "adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde" (Brasil, 2001, p.9).

Segundo Melo (2007, citado por Moreira et al., 2012) o objetivo das intervenções da psicologia hospitalar envolvem a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, visto que o adoecimento e o internamento provocam uma série de reações emocionais que exigem uma atenção e intervenção qualificadas. Dessa forma, o atendimento da equipe de psicologia ao paciente internado em UTI e também à sua família se justificam pela complexidade do aspecto do adoecer e tratar.

O vínculo entre paciente e familiares com a equipe é de fundamental importância para que o cuidado ao paciente hospitalizado seja realizado de maneira integral e eficiente. Quando o paciente da UTI não está sedado e é possível fazer contato, a psicologia busca orientá-lo no tempo e no espaço, identificar quem são as pessoas que estão cuidando dele, fornecendo informações sobre os familiares e o próprio paciente, mesmo que ele não seja capaz de responder. Essas orientações e informações ajudam a diminuir a ansiedade do paciente/familiar frente ao internamento, minimizando medos e fantasias. Dessa forma, a participação da família é essencial para um bom relacionamento entre paciente e equipe médica.

O acompanhamento da psicologia durante as visitas dos familiares na UTI é focal, e as intervenções às vezes acabam ocorrendo em lugares "improvisados" como nos corredores próximos da UTI, no local designado para descanso dos familiares, ou na sala de estudos, quando não ocorrem junto ao leito do paciente. Esses locais não se configuram como o "setting" terapêutico tradicional, mas no contexto hospitalar o "setting" é adaptado, na tentativa de fornecer ao paciente ou ao familiar um espaço terapêutico que preconize o sigilo e favoreça a privacidade, sendo pautado principalmente no vínculo.

Feita a acolhida do paciente e iniciado o trabalho da equipe com os familiares, uma rotina de abordagem envolve o acompanhamento destes no horário das visitas. Neste momento possibilita-se que esses familiares falem a cerca do ente que está internado, incentiva-se que contem a história da família, falem sobre seus anseios, medos, angústias e esperanças. Nesta oportunidade verifica-se também se, após a conversa com o médico restou alguma dúvida ou questionamento, além de avaliar se como a família está assimilando as informações e a evolução do caso. Para Campos o alívio do sofrimento acontece quando o psicólogo hospitalar deixa o



paciente "[...] falar de si, da doença, da família, de seus medos, fantasias, esclarecendo suas dúvidas" (Campos 1995, p. 81 citado por Moreira et al., 2012).

Segundo Valansi & Morsch (2004) a equipe hospitalar, incluindo-se aí o trabalho do psicólogo, pode ajudar os familiares dos pacientes internados na UTI-A encontrarem meios de estarem disponíveis para os outros filhos ou outros membros da família, apesar da situação em que se encontram. Também articulam-se visitas supervisionadas dos irmãos do paciente.

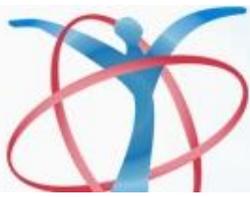
O acolhimento e o vínculo variam de acordo com o modo de produção do trabalho em saúde, conforme Schimith & Lima (2004). O vínculo entre os profissionais da saúde e o paciente estimula a autonomia de ambos e a cidadania, promovendo uma maior participação durante a prestação de serviço dentro do hospital e resgatando a condição de sujeito para o paciente. O acolhimento busca garantir acesso dos usuários com o intuito de escutar os pacientes, visando responder os questionamentos mais simples e indo até os problemas mais difíceis, como tomadas de decisão sobre o tratamento ou cuidados paliativos. A acolhida se adequa aos recursos escassos, aos aspectos sociais e culturais, e age de acordo com a demanda e a responsabilização dos problemas de saúde, prevendo plasticidade, ou seja, é uma ação que se adapta e muda suas técnicas e atividades de modo a melhor responder individualmente às necessidades de cada paciente.

Referências

Bianco, M. A. (2006). Aspectos psíquicos da relação paciente-família-equipe em enfermagem geriátrica: impacto sobre o tratamento do idoso. Monografia (Curso de Aprimoramento em Atendimento Multiprofissional). Hospital Do Servidor Público, São Paulo.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2001). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF.

Ferreira, P. D., Mendes, T. N. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. (2013) Revista da SBPH, 16, 88-112.



VI CIPSI
Congresso Internacional
de Psicologia da UEM

19 a 22 de Maio
de 2015

Teatro Calil Haddad / Campus UEM
MARINGÁ - PR

PSICOLOGIA E DIREITOS HUMANOS: Formação, Atuação e Compromisso Social

Moreira, E. K. C. B., Martins, T. M. Castro, M. M. (2012). Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. Revista da SBPH, 15, 134-162.

Valansi, L., Morsch, D. S. (2004). O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. Psicologia Ciência e Profissão, 24, 112-119.

Schimith, M. D., Lima, M. A. D da S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, 20, 1487-1494.