

A Unidade de Emergência

Glória Heloíse Perez

Características do ambiente e suas repercussões psicológicas

Emergência é uma alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados médicos urgentes. É uma condição imprevisível ou inesperada que requer ação imediata (Rey, 1999).

A vivência desta situação que pode se dever ao aparecimento de uma doença ou a descompensação de uma doença já instalada, traz para o sujeito uma experiência de ruptura, de descontinuidade do ser, do não saber sobre si e sobre o próprio corpo, do se defrontar com a perda da condição de saudável e a possibilidade de morte. (Moura, 1996).

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 em que atualizam-se ansiedades e conflitos primitivos, assim como 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.

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, que refere-se ao ambiente afetivo, constituído tanto pelas condições físicas como pelo contato humano presentes no 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) .

Será analisado o ambiente da Unidade de Emergência que abriga este paciente agudamente doente

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”. (Aron, 1996)

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

Cabe acrescentar a realidade do hospital público. A situação da Unidade de emergência pública no momento atual, vem adicionar alguns elementos a esse quadro, que devem ser considerados na análise do impacto psicológico que a hospitalização nesta unidade, produz no paciente. A realidade da falta de verbas afeta mais fortemente a Unidade de Emergência do que outros setores do hospital, pois ela é a porta de entrada da assistência médica, que nunca pode fechar-se.. A necessidade incondicional de realizar atendimento para não incorrer na omissão de socorro, transforma-a no retrato mais concreto da falência do sistema de saúde.

A impossibilidade de adequação das instalações e do quadro de pessoal para atender a demanda, traz como consequência condições inadequadas 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 precárias condições . 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.

Por outro lado a unidade de emergência também é procurada por aquele paciente que vem fugindo da longa espera por uma consulta ambulatorial e exames diagnósticos superlotados serviços da rede básica como um meio de satisfazer sua necessidade (de avaliação e cuidado imediato de sua doença)

Esse uso descaracterizado, 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.

Esse ambiente delimita que o trabalho na Unidade de Emergência além de exigir dos profissionais o conhecimento técnico-científico, agilidade de raciocínio, astúcia, rapidez e perícia na execução dos procedimentos, também o submeta a um alto desgaste (Alves, 1992).

Essa realidade de precariedade (ou seja, dificuldades para a realização do trabalho em instalações inadequadas, 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 podem ser contornadas com um treinamento, não são a única fonte de mobilização psíquica nos profissionais da unidade de emergência. Acrescenta-se o contato com o inesperado, e principalmente com a fragilidade humana, a dor, o sofrimento e a morte.

O contato com a dor e o sofrimento do paciente produz a reedição e a mobilização de situações e ansiedades primitivas tais como o medo da própria morte, o medo do sofrimento. Essa mobilização psíquica, tão intensa e contínua, exige ajustes e adequações de estratégias defensivas que propicie a integração destas tensões e condição necessária para o existir dentro deste ambiente de trabalho.

Esses elementos 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 essa relação 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, a instituição em si não atende ninguém, pois ela 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 precisaria ser acolhido em seu desamparo, e que seria necessário para a aceitação, e em última análise, para a própria 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, e 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.

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, têm pouca disponibilidade interna para acolher e dar continência às angustias do paciente.

Não se pode esquecer da família ao se analisar a 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 adoecer 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 assistência psicológica

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

Sr Alfredo, 60 anos, está na Unidade de Emergência, aguardando vaga para internação, visando complementação diagnóstica e tratamento de um Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Por apresentar-se choroso, é solicitado atendimento psicológico. Relata para a psicóloga que sempre foi muito forte e sadio e nunca pensou que pudesse ficar doente. Ressalta que “precisa que os médicos dêem um jeito no seu problema logo, pois não vai dar para ficar assim com este braço meio mole e sem controle.” De forma desesperada e suplicante reforça que não suportará ficar dependente e que não aguenta mais ficar no Pronto Socorro, pois passou a noite numa cadeira de rodas.

Este caso é bastante ilustrativo de 2 questões: a da mobilização psíquica gerada pelo impacto psicológico do adoecer e da perda condição de saudável e, a da falta de infra estrutura da instituição, acirrando ainda mais a crise do paciente.

Alberto, 30 anos chega na Unidade de Emergência com queixa de mal estar generalizado, tontura e vômito. Foi diagnosticado um pico hipertensivo, imediatamente revertido com medicação. Recebe alta, e o auxiliar de enfermagem que chega para acompanhá-lo à saída do hospital, não o encontra pronto para ir embora mas, disposto a lhe confidenciar que está muito ansioso, tenso e inseguro para ir embora. O enfermeiro solicita atendimento psicológico. Alberto ressalta em seu relato para o psicólogo que está morando sozinho em São Paulo há apenas 2 meses, procedente de uma capital do Nordeste, onde morava com seus pais, desfrutando de alto padrão de vida, até seu pai entrar em falência. Veio para São Paulo para assumir um cargo executivo numa grande instituição financeira, uma oportunidade para recuperar sua vida econômica. Mas está muito infeliz com sua vida nesta cidade, queixa-se de solidão, da sua insatisfação com o local onde mora (distante e impessoal) e principalmente do estresse com o transporte. Refere intenso sofrimento diário com a longa distância percorrida em ônibus lotados, com o medo de ser assaltado e o medo de ficar na rua sem ter como voltar para casa. Qualquer deslocamento tem gerado tanta ansiedade, que sente-

se impedido de fazê-lo, o que tem comprometido muito sua rotina de vida. Não sabe como resolver este problema.

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. Se o paciente for dispensado com o diagnóstico de que ele 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, apesar de perceber a conveniência de uma avaliação psicológica, por vezes opta por não solicitá-la, 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.

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 uns 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. Percebe-se que a demanda está muito ligada a sintomas reativos ao ambiente da Unidade de Emergência, que deveria ser “suficientemente bom”(uma vez que abriga pessoas regredidas pela vivência de uma situação de crise) mas é inadequadamente invasivo. Óbvio, 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. 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 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 no trabalho e buscam a Unidade de Emergência solicitando ajuda. A equipe chama o psicólogo referindo que não sabe lidar com essa situação.
- Médico: “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, ao invés da melhora do paciente propriamente dita.

Um outro ponto a ser observado 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

Atuação do 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.

Essa problemática demanda 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 que estes por seu lado também possam adaptar-se às necessidades da equipe.

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

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. 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 cabem 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.

Referências Bibliográficas

Rey L. Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde, 1999, Ed Guanabara Koogan, Rio de Janeiro

Aron, A Rapidez com qualidade total. Revista do InCor 1996 ano11;16:32-35

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