



Instituto do Coração

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Manual do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Hospitalar



2015

CURSO INTRODUTÓRIO ESPECIALIZAÇÃO 2015
Serviço de Psicologia INCOR – HCFMUSP

DIA		HORÁRIO	ATIVIDADE	LOCAL	RESPONSÁVEL
03/03	3ª	14:00–15:00h	Conhecendo o InCor-HCFMUSP: história, missão, visão, estrutura e diretrizes	Anfiteatro	Cristiane Santiago
		15:00-16:00h	Como o paciente chega ao InCor		Dr. Múcio Tavares de Oliveira Jr.
		16:00–17:00h	Núcleo de Segurança do Paciente		Marisa Léa Cirelli Sarrubbo
		17:00–18:00h	Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar		Dr. Dirceu Carrara
04/03	4ª	8:00–10:00h	Conceitos Básicos de Cardiologia – a anatomia do coração	Sala 2	Enf. Eduesley Santana Santos
		10:00–12:00h	Panoramas da Psicologia Hospitalar no Brasil		Profa. Dra. Bellkiss Romano
		13:00-15:00h	Pensando o ser total: atribuição do profissional de saúde	Sala 0	Psic Danielle Misumi Watanabe
		15:00–17:00h	Psicodiagnóstico no contexto hospitalar		Psic. Glória Perez
05/03	5ª	8:00–10:00h	Conceitos Básicos de Pneumologia – noções gerais sobre as pneumopatias	Sala 3	Dr. André Nathan
		10:00–12:00h	Conceitos Básicos de Cardiologia – noções gerais sobre as cardiopatias		Dr. Tarso Accorsi
		14:00–17:00h			
06/03	6ª	8:00 – 18:00h	Evento Científico InCor 2015: Na Fronteira do Conhecimento	CCR*	Comissão de Ensino (CoEn)
09/03	2ª	8:00–10:00h	As questões éticas na prática da psicologia nos hospitais	Sala 0	Profa. Dra. Bellkiss Wilma Romano
		10:00–12:00h	Conceitos e definições da Psicossomática de orientação psicanalítica		Psic. Glória Perez
		13:00-15:00h	Conceitos Básicos de Tórax	Sala 3	Dr. David Paes de Lima
		15:00-17:00h	Psicoterapia Breve		Psic. Andréa Torres
10/03	3ª	9:00-10:00h	Aspectos emocionais da família do paciente hospitalizado	Sala 3	Psic. Elaine Hojaj
		10:00-12:00h	Psicoterapia de Grupo		Psic. Andréa Torres
		13:00 -15:00h	Aspectos emocionais do paciente na UTI	Sala 0	Psic. Cassiana Eikevicius
		15:00-17:00h	O impacto emocional da cirurgia		Psic. Danielle Misumi

		cardíaca		Watanabe
--	--	----------	--	----------

*Centro de Convenções Rebouças

DIA		HORÁRIO	ATIVIDADE	LOCAL	RESPONSÁVEL
11/03	4ª	11:00-12:00h	Visita à Associação de Assistência à Criança Cardíaca e à Transplantada do Coração - ACTC	ACTC**	Psic. Bárbara Catarina da Cunha Prado
		13:00-14:00h	O profissional de saúde frente à morte	Sala 3	Psic. Leilane Antoniazzi
		14:00-16:00h	Brigada de Incêndio	SESMT	
12/03	5ª	8:00-10:00h	Aspectos Psicológicos das Cardiopatias	Sala 0	Profa. Dra. Bellkiss Romano
		10:00-12:00h	A criança cardiopata hospitalizada		Psic. Mayra Gagliani
		14:00-16:00h	Aspectos emocionais envolvidos no transplante de órgãos	Sala 3	Psic. Priscila Gonçalves
		16:00-17:00h	A Brinquedoteca do InCor		Psic. Denise Bachi
13/03	6ª	11:00-12:00h	Visita ao Prédio	Serviço de Psicologia	Psic. Leilane Antoniazzi
		13:00-14:00h	Apresentação das enfermarias	Sala 3	Psic. Andréa Torres
		14:00-16:00h	Apresentação do Ambulatório		Psic. Glória Perez
		16:00-17:00h	Apresentação do PS		
16/03	2ª	8:00-12:00h	Reunião com contratada do primeiro rodízio	Serviço de Psicologia	Contratada da área
		12:00-14:00h	Integração do Serviço de Psicologia	Cúpula	Todos
		14:00-16:00h	Aspectos emocionais do paciente portador de doença crônica	Sala 3	Psic. Danielle Misumi Watanabe
17/03 ou 18/03	3ª ou 4ª	horário de curso	Entrada nas Áreas (prática supervisionada)	Serviço de Psicologia	Contratada da área

** Associação de Assistência à Criança Cardíaca e à Transplantada do Coração – Rua Oscar Freire, 1.463, Pinheiros, São Paulo, SP (entre a Rua Artur de Azevedo e Av. Rebouças)

PRÓXIMAS AULAS:

DIA		HORÁRIO	ATIVIDADE	LOCAL	RESPONSÁVEL
20/03	6ª	9:00 -12:00h	Evolução psicológica (turma manhã)	Sala 3	Psic. Danielle Watanabe
		10:00 -12:00h	Registro em prontuário eletrônico (turma manhã)		Psic. Leilane Antoniazzi
		14:00 -15:00h	Evolução psicológica (turma tarde)		Psic. Danielle Watanabe
		15:00-17:00h	Evolução psicológica eletrônica (turma tarde)		Psic. Leilane Antoniazzi
27/03	6ª	10:00-12:00h	Avaliação do Núcleo Específico (turma manhã + aprimoramento)	Local a confirmar	Secretaria
		14:00-16:00h	Avaliação do Núcleo Específico (turma tarde)		
10/04	6ª	12:00–13:00h	Trabalho de Conclusão de Curso (definição dos temas)	Local a confirmar	Psic. Danielle Watanabe
15/05	6ª	12:00–13:00h	O atendimento ao paciente somático		Psic. Glória Perez
12/06	6ª	12:00–13:00h	Conceitos e tratamento das adicções		Psic. Glória Perez
21/08	6ª	12:00–13:00h	Conceitos e tratamento das adicções		Psic. Glória Perez
18/09	6ª	12:00–13:00h	Peculiaridades do atendimento psicológico em grupo nas unidades de internação		Psic. Andrea Torres

SEMINÁRIOS EM GRUPO

HORÁRIO: 10:00 às 12:00 hs (Turma manhã)

14:00 às 16:00 hs (Turma tarde)

Sextas-feiras

DATAS	HORÁRIOS	LOCAL	TEMAS
19/06	10:00 – 12:00 h	A confirmar	Entrevista no Contexto Hospitalar
19/06	14:00 – 16:00 h		Entrevista no Contexto Hospitalar
25/09	10:00 – 12:00 h		Ansiedade e Depressão no Contexto Hospitalar
25/09	14:00 – 16:00 h		Ansiedade e Depressão no Contexto Hospitalar

A nota dos seminários será de 0 a 10 e os critérios de avaliação serão quanto a:

- . Apresentação: utilização de recursos didáticos, clareza na exposição de ideias, coerência na sequência da exposição e organização do grupo.
- . Conteúdo: fundamentação teórica, correlação teoria/prática, coerência na condução da apresentação do seminário.

ATENÇÃO:

Falar com Rogério ou Cida para confirmar reserva de sala de aula com antecedência na Documentação Científica.

CRONOGRAMA DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO 2015 / 2016

Data	Atividade
10/04/2015 – 12hs	Reunião para orientação / definição de temas
Abril / Maio 2015	Reuniões com os grupos / Elaboração do projeto
01/06/15	Entrega do projeto completo
26/06/15 a 10/07/15	Período de férias - especializando
27/07/15 a 10/08/15	Período de férias - aprimorando
29/06/15	Início da coleta de dados
02/10/15	Data limite para término de coleta de dados
30/10/15	Resultados
27/11/15	Discussão
18/12/15	Introdução
21/12/15 a 04/01/16	Período de férias dos especializando
05/01/15	Conclusão
11/01/15	Resumo (português e inglês)
18/01/15	Entrega prévia do trabalho de conclusão de curso (2 cópias)
29/01/16 – 6ª tarde e 01/02/16 - 2ª manhã	Apresentação oral do trabalho de conclusão de curso
15/02/16 a 29/02/16	Período de férias - aprimorando
29/02/16	Entrega final do Trabalho de Conclusão de Curso (2 cópias)

ESCALA DE RODÍZIOS
PERÍODO DA MANHÃ

ÁREA	17/03 a 29/06	22/06 a 16/10	19/10 a 29/02/16
TX CORAÇÃO (Priscila)	Stephanie	Juliana	Rogério
Coronária (Leilane)	Ariane	Viviane	Natália
TX INFANTIL + NEO (Ana Paula)	Juliana	Rogério	Stephanie
AB (Denise)	Rogério	Stephanie	Juliana
CONVÊNIO (Patrick)	Natália	Ariane	Viviane
INFANTIL + SEMI (Mayra)	Viviane	Natália	Ariane

ESCALA DE RODÍZIOS

PERÍODO DA TARDE

ÁREA	17/03 a 29/06	22/06 a 16/10	19/10 a 29/02/16
TX CORAÇÃO (Priscila)	Ellen	Carla	Flora
VÁLVULA (Mariana)	Bárbara	Ariana	Maria Fernanda
UTI (Milena)	Ariana	Maria Fernanda	Bárbara
UCO (Cassiana)	Carla	Flora	Ellen
AB (Glória)	Maria Fernanda	Bárbara	Ariana
Pneumo (Elaine)	Flora	Ellen	Carla

GRADE DE HORÁRIOS

Manhã		Tarde			
2^{af} / 4^{af} / 6^{af}	3^{af} / 5^{af} / 6^{af}	2^{af} / 4^{af} / 6^{af}	2^{af} / 4^{af} / 6^{af}	3^{af} / 5^{af} / 6^{af}	3^{af} / 5^{af} / 6^{af}
8:00h às 12:00h	8:00h às 12:00h	13:00h às 17:00h	14:00h às 18:00h	13:00h às 17:00h	14:00h às 18:00h
Stephanie	Ariane	Carla	Flora	Maria Fernanda	Bárbara
Juliana	Natália	Ellen			Ariana
Rogério	Viviane				

PRINCIPAIS EVENTOS CIENTÍFICOS:

- XXXVI Congresso Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)
04 a 06 de Junho – São Paulo (Expo Transamérica) – SP
- 10º Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)
10 a 13 de Setembro – São Paulo – SP
- 70º Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)
18 a 21 de Setembro – Curitiba – PR

REGRAS DO SERVIÇO

- Não é permitida a permanência no hospital sem o avental. Em caso de esquecimento o especializando não poderá trabalhar.
- O avental deve ser usado fechado, podendo ser abertos o primeiro e o último botão. Não é permitido usá-lo com mangas dobradas e, no caso do avental de mangas curtas, com blusa mais comprida por baixo do mesmo.
- O avental pode ser deixado na sala de psicologia no horário do almoço e saída.
- Não é permitido o uso de tênis, rasteirinha, crooc.
- Não é permitido o uso de bermudas, saias abaixo do joelho, shorts.
- O horário deve ser cumprido. Serão admitidos até 3 vezes ao mês e, mediante justificativa plausível, atrasos de 30 minutos que deverão ser compensados no final do período (MESMO DIA); passados estes, o especializando recebe falta.
- Não é permitido comer pelas dependências do hospital. É permitido a realização de um lanche de 15 minutos por período que deve ser realizado na copa do 2º andar ou no Serviço de Psicologia.
- Não circular pelas enfermarias com garrafas de água. Lembrar que a restrição hídrica faz parte do tratamento de muitos pacientes.
- Objetos pessoais (bolsas, mochilas, blusas etc) devem ser deixados no armário do Serviço de Psicologia. Não é permitido circular pelo hospital com os mesmos, nem deixá-los em outros armários.
- Em função das regras da instituição, não é permitido tirar fotos de pacientes (nem com celular próprio), nem postar fotos em redes sociais.

Local de venda (aventais):

- Ariam Aventais Brancos – Rua Arthur de Azevedo, 37 Tel. 3088-0303

FOLGAS E FÉRIAS

DATA	CONTRATADAS	APRIMORANDAS
20/04	Cassiana Mayra Patrick Denise	Stephanie Juliana Ellen Rogério Flora Carla
05/06	Milena Leilane Ana Paula	Viviane Natália Ariane Maria Fernanda Bárbara Flora Ariana Carla Ellen
10/07	Elaine Priscila Mariana	Viviane Juliana Natália Stephanie Ariane Maria Fernanda Bárbara Ariana Rogério

Todos os especializandos terão e dois períodos de férias descritos abaixo:

- de 26 de junho a 10 de julho de 15, devendo retomar as atividades na segunda-feira 13 de julho (turma 2ª.feira) ou 14 de julho (turma 3ª.feira);

- de 21 de dezembro de 2015 a 04 de janeiro de 2016, devendo retomar as atividades na terça-feira 05 de janeiro de 2016 (turma 3ª.feira) ou 06 de janeiro de 2016 (turma 2ª.feira).

ESPECIALIZANDAS 2015

TELEFONES E EMAIL

ESPECIALIZANDA	TELEFONE	EMAIL
Ariana Christófaró Fernandes	TEL.: (11) 2362-4263 (11) 94373-6260	arianacfernandes@gmail.com
Ariane Costa Leite Loureiro	TEL.: (11) 3865-9848 (11) 99658-9654	arianeloureirox@gmail.com
Bárbara Catarina da Cunha Prado	TEL.: (11) 2909-2627 (11) 97049-1437	barbaraprado25@gmail.com
Carla Terezinha Pardal Pestana Bellino	TEL.: (11) 4307-4692 (11) 97987-4408	psicocarlabellino@yahoo.com.br
Ellen de Oliveira Araújo	TEL.: (11) 2446-4244 (11) 95493-9730	ellinhaaraujo@hotmail.com
Flora Barros de Alencar	TEL.: (11) 2427-0990 (11) 99915-3642	barros.flora@hotmail.com
Juliana Bastos de Souza	TEL.: (11) 5872-0709 (11) 98281-5522	julianabastos.psico@gmail.com
Maria Fernanda de Barros Pimentel	TEL.: (14) 3732-6362 (14) 99752-6353	mariafernandadebarrospimentel@gmail.com
Natália Maria de Castro Almeida	TEL.: (61) 3879-1227 (61) 8122-4487	natmaria_90@hotmail.com
Rogério Altisent Cardoso	TEL.: (11) 96083-2237	rogerio.altisent@bol.com.br
Stephanie Barbosa Contes Ferreira	TEL.: (11) 2379-6921 (11) 99464-1208	stephanie.contes@gmail.com
Viviane Beati Veríssimo	TEL.: (11) 98391-3804	viviane.beati@gmail.com

Serviço de Psicologia InCor	2661-5290 / 2661-5427
Danielle Watanabe	Cel.: 98115-7699
Ensino	psiensino@incor.usp.br
Pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso)	psipesquisa@incor.usp.br

UNIDADES DE INTERNAÇÃO

UNIDADES DE INTERNAÇÃO INCOR

Este capítulo é composto pelas seguintes partes:

I – Considerações gerais:

1. Aspectos do adoecer e do hospitalizar-se
2. Orientações específicas sobre cirurgia cardíaca
3. Precauções a nível de paramentação e assepsia

II – Atendimento psicológico ao paciente cardíaco hospitalizado:

1. Informações sobre o paciente
2. Elaboração e registro de evolução
3. Registro das atividades desenvolvidas

III – Atuação do Serviço de Psicologia no grupo de:

1. Valvopatias
2. Coronariopatias
3. Cardiologia Pediátrica
4. Cardiologia Geral e Hipertensão
5. Arritmia e Marca-passo
6. Unidades Especiais: UCO, UTI, Neo-natos e Recuperação Cardíaca
7. Transplante e Cardiomioplastia

I – Considerações gerais:

1. Aspectos do adoecer e do hospitalizar-se:

A doença sempre é uma fase de crise na vida de qualquer pessoa, ela causa uma ruptura no cotidiano e com isso afeta a pessoa globalmente, atingindo seu nível afetivo-emocional, intelectual e social. Além disso, a doença e o sofrimento são manifestações ameaçadoras que geram medo, ansiedade e insegurança. Quando a doença está localizada no coração, não podemos nos esquecer do simbolismo que o reveste. É um órgão carregado de símbolos, visto como o centro das emoções, todos os sentimentos importantes são ligados a ele. Portanto, tratar o coração “mexer” no coração (principalmente nos casos cirúrgicos) tem uma conotação muito diferente do que o tratamento realizado em outro órgão, e conseqüentemente atemoriza muito mais o paciente e familiares. Quando da doença advém a necessidade de hospitalização, muitas dificuldades surgem. A hospitalização acarreta a necessidade do paciente separar-se de seu meio ambiente, dos familiares, do trabalho.

Com isso, além do medo e ansiedade gerados pelo ambiente novo e pelos procedimentos desconhecidos e desagradáveis que terá que enfrentar o paciente apresenta:

- a) Perda de independência e autonomia – essa perda é mais ou menos bem suportada de acordo com a personalidade do paciente e de acordo com a intensidade da doença somática. O paciente é transferido para uma situação regressiva. Muitos se entregam exageradamente aos cuidados da equipe e se deixam cuidar passivamente como crianças, outros, pelo contrário a repelem e desenvolvem comportamentos de oposição, animosidade e desconfiança.
- b) Perda dos papéis sociais que desempenhava anteriormente, em todos os âmbitos: familiar, profissional e social.
- c) Confronto com situação de medo da morte e de grandes sofrimentos físicos.
- d) Ter que enfrentar seqüência desagradável de situações físicas ou psíquicas estressantes.

A forma como ocorre a hospitalização também contribui para uma pior ou melhor aceitação e adaptação do paciente a situação. Podemos destacar 3 tipos de hospitalização:

- a) Hospitalização de emergência: ocorre geralmente nas formas agudas das doenças cardíacas, como por exemplo no infarto do miocárdio. A doença surge subitamente e o paciente não pode se preparar para a hospitalização. O médico é ativo (prescreve a hospitalização) e o doente passivo, aceita passivamente a decisão do médico ou simplesmente suporta pacientemente, seja pela gravidade da sua situação ou pela regressão de sua atitude. Nesse caso o relacionamento médico x paciente, mostra-se semelhante ao relacionamento existente entre a mãe e o lactente. A mãe é ativa e onipotente, e o lactente, dependente e indefeso.
- b) Hospitalização preparada: é decidida depois que o paciente estiver convencido da sua necessidade. O relacionamento médico x paciente mostra-se semelhante ao que existe entre pais e filhos. Pais tomam as decisões e esperam que os filhos a elas se submetam.
- c) Hospitalização combinada: é preciso o acordo do paciente. Geralmente ocorre com doentes crônicos para exames, recuperação de uma situação bem avaliada e para reabilitação. Médico responsabiliza-se por uma parte da terapêutica e o paciente ajuda tratando-se a si mesmo. Relacionamento entre 2 iguais, 2 adultos.

2. Orientações específicas sobre cirurgia cardíaca:

O Instituto do Coração é um hospital eminentemente cirúrgico, portanto a maior parte dos pacientes internados vai para cirurgia. As cirurgias envolvem procedimentos técnicos e grau de complexidade muito diferentes, conforme a problemática de cada paciente. Porém, alguns procedimentos que antecedem e outros que são realizados após cirurgia são comuns a todos os tipos e é importante que o psicólogo conheça essa rotina para orientar adequadamente pacientes e/ou familiares. São eles:

- Data da cirurgia: geralmente comunicada ao paciente com um dia de antecedência.
- Tricotomia: refere-se a retirada ou depilação dos pelos (no caso da região torácica) do paciente, antes dele ir para cirurgia. Em alguns casos, há depilação dos pelos dos membros. Esta medida atua como fator de proteção contra possíveis infecções e também visa facilitar algumas manobras cirúrgicas.
- Jejum: A última refeição que o paciente recebe antes da sua cirurgia, ocorre às 22.00 horas, no dia anterior à sua cirurgia.
- Sono: como o paciente pode estar bastante ansioso na véspera de sua cirurgia, demonstrando inclusive dificuldade para adormecer, pode receber algum tranquilizante.
- Pré-anestesia: aproximadamente 30 minutos antes do paciente ser conduzido ao centro cirúrgico, recebe medicação que tem por finalidade produzir um leve efeito sedativo, sem perda de consciência.
- Anestesia: em algumas ocasiões, o anestesista comparece à enfermaria para conhecer e conversar com o paciente antes da cirurgia. No centro cirúrgico, o paciente recebe anestésico que o deixará “dormindo” durante toda a cirurgia.
- Tempo de duração da cirurgia: É variável, dependendo da especificidade de cada cirurgia (em média 4 horas).
- Informações ao familiares: os familiares podem receber informações sobre o estado do paciente após o término da cirurgia e durante o período em que ele estiver na sala de recuperação cardíaca. Os informes são dados pelos médicos de plantão na recuperação em dois horários pré-fixados: 12.00 e 19.00 horas.
- Sala de Recuperação: após o término da cirurgia o paciente é levado para a sala de recuperação cardíaca que é localizada ao lado do centro cirúrgico. Sua permanência nessa unidade geralmente se dá em torno de 48 horas. Vide “Unidades Especiais” para outras informações.
- Alta hospitalar: geralmente ocorre em torno do 10º dia após cirurgia. O paciente recebe neste dia orientações específicas sobre vários fatores como: medicação, alimentação, retorno as atividades profissionais, andar, exercícios, fumo, atividade sexual, bebidas alcoólicas. Algumas equipes médicas possuem manual de alta contendo as orientações gerais que é entregue ao paciente no dia da alta. Nesse caso o médico e outros elementos da equipe multiprofissional dão apenas orientações mais específicas e verifica as dúvidas que o paciente possa ter. Em áreas onde não há o manual as orientações são fornecidas pelos profissionais.

3. Precauções a nível de paramentação e assepsia:

A infecção hospitalar é definida como qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

A infecção hospitalar é o maior problema de saúde pública nos hospitais do mundo. Um terço das infecções hospitalares podem ser prevenidas com um programa efetivo de vigilância e controle. A infecção é o resultado da entrada, crescimento, atividade metabólica e efeitos fisiopatológicos dos microorganismos nos tecidos de um paciente. Na transmissão de infecção três elementos estão envolvidos: a fonte de infecção, a hospedeira suscetível e os métodos de transmissão.

Os pacientes com suspeita ou confirmação de infecção que podem ser transmitidas a outros pacientes ou a equipe de saúde, são colocados em isolamento.

Existem áreas de trabalho de maior e menor risco, a classificação é feita de acordo com a maior ou menor exposição a sangue e fluídos corpóreos. A Psicologia pode ser enquadrada na categoria de profissionais que não corre risco, pois a rotina de trabalho não requer contato com sangue e fluídos corpóreos. É muito pouco provável que o psicólogo contraia uma bactéria ou vírus de pacientes infectados. Mas como por exemplo, segurar a mão de paciente, não expõe a risco de contrair doença. Há casos especiais como as infecções respiratórias, onde a via de transmissão se dá por gotículas em suspensão. Para atender-se pacientes com infecção respiratória como a tuberculose, deve-se usar máscara ao entrar no quarto para nossa proteção.

Quanto à paramentação para circulação em áreas especiais, deve-se observar:

- a) Centro cirúrgico: o acesso dos profissionais ao centro cirúrgico dá-se através do vestiário, onde deve haver a troca de roupa, colocando-se paramentação completa (avental, gorro, máscara, pro-pé) e proceder-se à lavagem simples de mãos.
- b) Unidades infantis: o psicólogo deve usar avental sobre a roupa e proceder a lavagem de mãos antes e após o contato físico com a criança. Nessa unidade é frequente em certas épocas ter-se o isolamento por moléstias infecto contagiosas da infância, como por exemplo, catapora, sarampo, rubéola, etc. Mesmo que o psicólogo não tenha tido essas doenças, ele pode entrar em contato com a criança, desde que se paramente adequadamente. É conveniente que o profissional que trabalha na área da saúde proceda as suas imunizações, isto é, vacine-se contra as moléstias que não teve, principalmente em relação à rubéola, nos casos de mulheres em idade fértil.
- c) Unidade de Choque: nessa unidade a paramentação é completa (máscara, gorro, avental, pro-pé) com lavagem de mãos antes e após o atendimento.
- d) Recuperação Cardíaca: não há necessidade do uso de avental para o psicólogo, apenas o uso de pro-pé. A lavagem de mãos antes e após o atendimento também não pode ser esquecida.
- e) UCO e UTIs: não exigem paramentação para o psicólogo, apenas lavagem simples de mãos.

II – Atendimento psicológico ao paciente cardíaco hospitalizado

A prestação de serviços da psicologia deve seguir a distribuição observada pelas equipes médicas na instituição. Assim, cumprem-se os objetivos:

- a – facilitar a interação do psicólogo com as equipes e
- b – favorecer a realização de trabalhos adequados às necessidades de cada área.

Na parte III deste capítulo, esta exposta detalhadamente a atuação do serviço de psicologia em cada grupo médico subdividido segundo as cardiopatias.

As atividades desenvolvidas rotineiramente pelo psicólogo devem incluir:

1. Informações sobre o paciente: todas as informações são obtidas através de consulta às fichas de internação dos pacientes, aos prontuários, as evoluções médica, de enfermagem e demais membros da equipe multiprofissional. Nos postos de enfermagem localizados em cada unidade de internação encontram-se fichários contendo:

- a) Fichas de internação: nestas fichas encontram-se todos os dados de identificação dos pacientes, bem como diagnóstico provisório. Através delas pode-se ter também a atualização diária da movimentação dos leitos.
- b) Prescrição e evolução médica: através dela obtém-se informação sobre a medicação que o paciente está tomando, dos procedimentos a que ele está sendo submetido e da evolução diária de seu quadro. Pode haver anotações que denotem dificuldades na esfera emocional explícita ou implicitamente.
- c) Evolução de enfermagem: através dela tomamos conhecimentos de dados sobre a rotina hospitalar do paciente e que são importantes para o psicólogo como: alteração de sono, alimentação, funções gastrointestinais, etc.
- d) Evolução multiprofissional: inclui as evoluções dos serviços de Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição. Essas evoluções fornecem uma visão do estado do paciente em todas as áreas, possibilitando através desse conhecimento global do paciente a tomada de decisões mais adequadas em conjunto. As evoluções multiprofissionais são afixadas nas pranchetas de cada paciente onde encontramos também o gráfico diário de controles de parâmetros vitais (temperatura, pressão arterial, pulso, peso); bem como os exames mais recentes.
- e) Prontuário dos pacientes: contém toda sua história hospitalar e de doença. É importante que o psicólogo tome contato com esse prontuário para conhecer a duração e história da doença do paciente, número de hospitalizações anteriores, bem como para verificar se o paciente já foi atendido pelo Serviço de Psicologia a nível de ambulatório, ou enfermaria em outras situações de internação.

2. Atendimento ao paciente:

De modo geral os trabalhos psicológicos desenvolvidos em enfermaria podem ser divididos em: atendimentos em grupo, atendimentos individuais, assistência a família e trabalho com equipe multiprofissional. Detalhando um pouco mais cada um deles:

a) Atendimento em grupo - tem por objetivos:

- Dar oportunidade para que um maior número de pacientes receba assistência psicológica, visando a partir daí que a experiência passada no momento de hospitalização não se torne terreno propício para o estabelecimento de problemas de ordem emocional.
- Favorecer a integração dos pacientes.
- Proporcionar a troca de experiências e a identificação entre os membros participantes.
- Facilitar a expressão de sentimentos, sendo que os próprios pacientes servem de continente um para o outro quando esses sentimentos surgem.
- Detectar pacientes que necessitam de atendimento individual.

Os grupos realizados em enfermaria precisam ser abertos devido a grande rotatividade de pacientes, por isso podem ser chamados de vivência ou momento grupal. Por essa característica é importante que cada encontro tenha um começo, meio e fim. Há um aquecimento inicial seguido de um momento onde as emoções fluem mais livremente e um fechamento feito pelos próprios pacientes e pelo coordenador que procura apontar os pontos comuns, isto é, os temas centrais trazidos pelo grupo. O uso de técnicas de dinâmica de grupo pode contribuir muito, principalmente para o aquecimento inicial.

b) Atendimento individual:

Há casos em que o atendimento grupal não supre toda a problemática emocional do paciente, ou este não está em condições físicas de participar dos grupos. Os atendimentos individuais são focalizados na situação de hospitalização, com objetivo de se trabalhar os medos e ansiedades decorrentes dessa vivência, bem como facilitar a adaptação do paciente a essa situação de acordo com suas necessidades.

c) Assistência à família:

O atendimento a familiares ocorre de acordo com a necessidade sentida em cada caso exceto nas unidades especiais e infantis onde o trabalho em grupo com os pais deve ser indispensável.

d) Trabalho com equipe multiprofissional:

Nas enfermarias há uma equipe formada por profissionais de diversas áreas: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, além de psicólogos. O objetivo da existência dessa equipe é proporcionar uma assistência global ao paciente, atingindo-o nas esferas bio-psico-social. Porém, para que esse objetivo seja alcançado de forma eficaz é necessário grande interação entre os elementos da equipe. É preciso que se discutam os casos com todos os elementos para ter-se uma visão global do paciente e assim serem definidos conjuntamente as melhores condutas que a equipe deve assumir em cada caso.

Quando a interação não acontece, ou ocorre de forma deficitária, isto é, os profissionais trabalham juntos, porém não integrados, cada qual aborda e valoriza apenas a parte do todo relativo a sua atividade. Ficam desconhecidas as dificuldades comuns entre todos, e tornam-se inviáveis às possibilidades de soluções conjuntas. O outro problema sério de uma equipe desintegrada é que nas várias orientações que o paciente recebe, tornam-se evidente as contradições e redundâncias da equipe, gerando no paciente e família uma insegurança quanto a qual orientação ele deva seguir.

A participação do psicólogo em atividades como: reuniões formalizadas das equipes, discussões de caso com os diversos profissionais, participação nas visitas médicas, tem por objetivo favorecer e incrementar a interação com os diversos elementos que compõem a equipe multiprofissional.

Através da troca de informações durante as discussões de caso, pode-se fornecer dados da dinâmica do paciente que possibilite à equipe uma visão global do paciente e à escolha das condutas mais adequadas. O trabalho com a equipe visa facilitar sua comunicação com o paciente bem como instrumentaliza-la para lidar de forma mais adequada com determinadas situações.

3. Elaboração e Registro de evolução:

O registro da evolução do paciente tem por objetivo informar aos demais membros da equipe multiprofissional sobre o estado emocional do paciente durante hospitalização, bem como sua forma de lidar com essa situação de crise, incluindo seus receios e expectativas. É uma forma de contato com toda equipe embora não exclua outras formas de interação como as discussões de casos. Através da evolução pode-se atingir profissionais com os quais não temos contato como por exemplo, pessoal do período noturno. Dados que o paciente traz durante o atendimento e que não se relacionam com sua situação de doença e hospitalização devem ser preservados, não constando na evolução. Não pode ser esquecido que o papel da evolução é orientar a equipe quanto sua forma de relacionar-se com cada paciente, através de dados relevantes para a situação, evitando-se sempre expor a intimidade do paciente.

Todo atendimento individual ou grupal deve ser registrado em evolução. Para o roteiro do primeiro atendimento tem por objetivo fornecer uma visão mais completa do paciente. Para tanto consta dos seguintes itens:

- a. Motivo do atendimento: nesse item, deve ser esclarecido o que nos levou a atender o paciente e que pode ser: atendimento de rotina; solicitação feita por algum membro da equipe multiprofissional; necessidades de intervenção diagnosticada durante a realização de atendimentos em grupo ou no momento da visita médica; observação de anotações feitas em evoluções da equipe.
- b. Comportamento geral e fala: nesse item incluem-se:
 - Humor: deve-se observar se ele se relaciona com o assunto discutido com a situação vivida.
 - Grau de consciência.
 - Alterações de sensorio: orientação, memória, atenção e concentração.
 - Noção do ambiente que o cerca e de sua relação com ele.
 - Sinais exteriores como: expressão facial, postura, forma de estabelecimento de contato.
 - Distúrbios de percepção: delírios, alucinações.

- c. Preocupações gerais: aspectos que o paciente traz como preocupantes, incluir idéias mórbida se houver.
- d. Atitude com relação a doença: como o paciente vem lidando com a situação de doença e hospitalização. Expectativas em relação ao tratamento e vida após alta.
- e. Dinâmica de personalidade: dados da dinâmica do paciente que possam contribuir para a melhor compreensão do caso por parte da equipe e consequentemente facilitar a internação. Outros dados que não desempenhem tal função não precisam ser citados.
- f. Conduta: especificar a conduta que será adotada (atendimento individual, grupal, trabalho com a família, encaminhamento para recurso da comunidade após a alta) e os objetivos. As evoluções dos atendimentos subsequentes não seguem roteiro, elas tem por objetivo registrar as alterações que o paciente apresenta durante seu período de internação. Porém todo atendimento deve ser registrado, mesmo que de maneira sucinta caso não haja alterações. Os pacientes que participam de atendimento grupal também devem ter registro em evolução, embora não haja necessidade de se seguir o roteiro de forma integral pela impossibilidade as vezes de detectar-se todos os itens referente a cada paciente durante a realização do grupo.

4. Registro das atividades desenvolvidas:

Todas as atividades desenvolvidas nas unidades de internação devem ser registradas também a fim de que se possa elaborar a estatística mensal do serviço de Psicologia, que no referente as unidades de internação consta de:

- a. Atendimento individuais: todos os atendimentos devem ser registrados, separando-se os atendimentos a pacientes novos (1º atendimento) e os atendimentos de seguimento. Dessa forma pode-se saber quantos pacientes foram atendidos (pelo número de pacientes novos) e o total de atendimentos realizados (somatória de pacientes novos mais seguimentos).
- b. Atendimento em grupo: é importante anotar o número de participantes em cada grupo realizado. Dessa forma pode-se saber o número de grupos realizados no mês e a sua abrangência.
- c. Atendimento a familiares.
- d. Discussões com a equipe: envolve as discussões de casos com um ou mais membros da equipe. Não se incluem os comentários e trocas de informações muito rápidas que não envolvem uma maior reflexão sobre o caso.
- e. Reuniões sistematizadas com a equipe: em alguns grupos existe rotinas sistematizadas de reuniões, como será visto nas atuações mais específicas.
- f. Grupo de pais de crianças internadas.
- g. Participação em visita médica.

UNIDADE DE VALVOPATIAS

GRUPO DE VALVOPATIAS

I- Aspectos médicos:

O coração é dividido em quatro câmaras: átrio direito (AD), ventrículo direito (VD), átrio esquerdo (AE), ventrículo esquerdo (VE). As valvas cardíacas são estruturas anatômicas localizadas em quatro regiões diferentes do coração:

- Valva tricúspide (entre o VD e artéria pulmonar)
- Valva pulmonar (entre o AD e VD)
- Valva mitral (entre o AE e VE)
- Valva aórtica (entre o VE e artéria aorta)

A principal função das valvas cardíacas é de coordenar o fluxo sanguíneo fazendo com que seja unidirecional, sincronizando-o com os batimentos cardíacos (sístole e diástole).

O sangue drenado do organismo chega até o AD através de dois grandes vasos (veia cava inferior e veia cava superior). Do AD, durante a diástole ventricular (momento em que os ventrículos se relaxam e se enchem de sangue) o sangue passa para o VD através da valva tricúspide. Na sístole ventricular (momento em que os ventrículos se contraem, impulsionando o sangue para frente) o sangue do VD vai para os pulmões através da valva pulmonar e artérias pulmonares, onde é oxigenado para retornar ao coração através das veias pulmonares até o AE. Durante a diástole ventricular, o sangue passa então do AE para o VE através da valva mitral e, depois na sístole ventricular, o sangue passa do VE para a artéria aorta através da valva aórtica, indo em seguida para todo o organismo.

As valvas podem ser bicúspides (mitral) ou tricúspide pulmonar e aórtica). O que determina esta classificação é o número de válvulas (ou cúspides) de cada valva (duas ou três).

A valva mitral (VMi) é formada por duas cúspides semelhantes às cúspides que formam a valva tricúspide, pois estas cúspides são fixas no tecido cardíaco de duas maneiras, pelo anel valvar e pelo conjunto de maior resistência e fechamento correto da valva durante a sístole ventricular.

Por outro lado, as válvulas da valva aórtica são semelhantes as da valva pulmonar pois são fixas ao coração somente através do anel valvar.

O fechamento das valvas, a vibração dos líquidos e estrutura vizinhas sob influência de súbitas diferenças de pressão causam o que se chama de sons cardíacos, denominados também por bulhas cardíacas.

O fechamento das valvas atrio-ventriculares (V.Mi. e V.Tri.) durante a sístole ventricular causam a primeira bulha (B1) e o fechamento das V.Ao e V.P. causam a segunda bulha (B2) durante a diástole ventricular. Se o fluxo sanguíneo torna-se turbulento por qualquer motivo escuta-se um ruído muito semelhante a um sopro (denominado de sopro cardíaco). Portanto, a alteração das bulhas cardíacas e o aparecimento de sopro indica prováveis doenças, e mais comumente disfunções valvares.

As patologias valvares são muitas, sendo suas causas e consequências as mais variadas, dependendo da valva acometida e, do tipo e grau de lesão.

As causas de lesões distribuem-se em dois grandes grupos: as congênitas e as adquiridas. Dentre as adquiridas, ressalta-se a febre reumática (F.R.), a degeneração mixomatosa, a calcificação anormal das válvulas, as miocardiopatias (por exemplo, o infarto agudo do miocárdio), algumas doenças endomiocárdicas e a endocardite bacteriana.

As consequências mais comuns são as disfunções valvares (insuficiência e/ou estenose valvar).

Estenose ocorre quando uma das quatro valvas começa progressivamente a estreitar-se devido a um processo de doença obstruindo o fluxo de sangue para adiante, acarretando um aumento de pressão e volume na câmara que emite este fluxo.

Na insuficiência valvar, o problema encontra-se no fechamento da valva, ou seja, não há um fechamento adequado, permitindo assim um refluxo através de si, elevando o volume e a pressão na câmara que recebe esta regurgitação.

Estes fatores ocasionam repercussões hemodinâmicas importante responsáveis pela sintomatologia do paciente. Os sintomas variam desde cansaço, respiração curta, precordialgias, tonturas, palpitações, batidas cardíacas irregulares e diminuição na tolerância às atividades.

Duas patologias merecem uma atenção maior, o prolapso da valva mitral (PVM) e a endocardite; a primeira por sua implicação psicossocial e a segunda pela gravidade potencial do quadro.

No PVM não há necessariamente uma insuficiência valvar, mas sim geralmente um prolapso das cúspides da V.Mi. para o interior do AE, durante a sístole. Os pacientes com PVM apresentam um maior índice de arritmias e alterações psicológicas importantes (como sensação de morte iminente).

A endocardite bacteriana é uma doença infecciosa de nível sistêmico que ataca as valvas cardíacas, podendo produzir efeitos graves de distribuição ou deterioração valvar, através da instalação de microorganismos na superfície valvar. A endocardite além de causar sinais e sintomas sistêmicos como febre, queda do estado geral, embolias e outros pode também ocasionar a destruição da valva com posterior insuficiência da mesma.

O diagnóstico das valvopatias nem sempre é simples, precisando o médico lançar mão, às vezes, de métodos diagnósticos complexos.

A história dos sinais e sintomas é muito importante assim como o exame físico do doente. Para isto, é essencial que o paciente colabore e saiba relatar com uma certa precisão não só da história da doença atual, como também sua história de vida. Após o diagnóstico, o médico indica uma opção de tratamento. Neste momento devem ser consideradas também as condições psicossociais do paciente bem como a aceitabilidade ou credibilidade do mesmo em relação ao tratamento proposto.

No caso das cardiopatias valvares, são basicamente dois os tipos de tratamento: clínico e cirúrgico. Na realidade estes não são mutuamente exclusivos.

a) Tratamento Clínico a base de drogas, que visam melhorar a sintomatologia do paciente, geralmente levam a um retardo na progressão da doença e/ou à cura da mesma (principalmente no caso de E.I.). As drogas mais comumente utilizadas são os diuréticos, os vasodilatadores e os antiarrítmicos, além de antibióticos e outras drogas de suporte.

Associado ao tratamento farmacológico o paciente tem também algumas outras restrições com relação aos afazeres diários, com a dieta e com o tipo de trabalho que exerce. Restrições estas que vão depender do tipo de doença e do grau de comprometimento funcional do paciente.

O tempo de tratamento é muito variável e pode ser realizado tanto com o paciente internado ou à nível ambulatorial. Cabe aqui ressaltar o tratamento da E.I. que é feito com o paciente internado e dura em média 50 dias, mesmo que após alguns dias o paciente não apresente mais sintomatologia alguma.

b) Tratamento cirúrgico: A via de acesso ao coração é através de uma incisão no tórax (torocotomia) que pode ser em posições diferentes dependendo do tipo de cirurgia que se pretende realizar e de qual valva será tratada. É importante salientar que, na maioria das vezes, o médico só sabe qual tipo de tratamento cirúrgico a que submeterá a valva lesada quando de sua exposição direta no ato cirúrgico.

Os tipos de cirurgia são: plástica da valva lesada (aonde procura-se reparar o defeito conservando a valva original) conhecida como comissurotomia e podendo ser feita com auxílio de materiais sintéticos ou biológicos; ou troca da valva e/ou valvas lesada(s) por prótese(s) que pode(m) ser biológica (tecido retirado do pericárdio bovino ou suíno), metálica ou de materiais sintéticos.

As próteses metálicas tem maior durabilidade (não implicando, no entanto, na inexistência da possibilidade de futuras retrocas). Estas, porém, exigem o uso contínuo e permanente de anticoagulantes à fim de prevenir a formação de coágulos na prótese, prevenindo-se assim as consequências do desprendimento de trombos na corrente sanguínea (por exemplo, um coágulo que pode se alojar no cérebro, provocando um acidente vascular cerebral), mas que, podem causar hemorragias de importantes repercussão clínica. Além disto, estas próteses metálicas podem produzir ruídos e geralmente tornam-se um incômodo na vida dos portadores, e em alguns casos ocasionam ansiedades persecutórias relacionadas ao som.

As próteses biológicas, de outro lado, dispensam o uso de anticoagulantes. No Instituto do Coração são as mais usadas. Trazem, contudo, a limitação de durabilidade implicando quase sempre em futuras retrocas. O tempo médio de duração varia de 6 a 8 anos.

Dependendo do grau de comprometimento cardíaco e do estado clínico geral do paciente no pré operatório, pode haver continuidade de uso de drogas e restrições no pós operatório. Isto não significa que a cirurgia não foi bem sucedida. Revela apenas, que se interferiu na progressão da doença, não podendo, contudo, reparar as alterações já consumadas no organismo.

c) Valvoplastia: este é um outro tipo de tratamento que vem sendo utilizado, devido ao avanço tecnológico, propiciando a correção das alterações valvares sem necessitar de intervenção cirúrgica. Este método conhecido como valvoplastia por catéter balão, realiza-se por meio de um cateterismo cardíaco, sem expor o paciente aos riscos cirúrgicos e anestésicos de uma operação de grande porte.

Para a realização do procedimento, o paciente é levado para a unidade de hemodinâmica. A valvoplastia inicia-se com a introdução de um pequeno cateter na veia femoral direita, prosseguindo pela veia cava inferior até entrar no átrio direito e conseguir chegar ao ventrículo esquerdo. Depois, um cateter maior fica posicionado na região do anel valvar e é insuflado. Esta manobra é então repetida com a finalidade de aumentar progressivamente a área valvar. A participação do paciente durante o procedimento, relatando a sintomatologia e executando as manobras solicitadas pelo hemodinamicista é fundamental. Porém, muitas vezes o paciente não consegue cooperar devido aos stress da situação e da própria sintomatologia.

Após o término do procedimento, o paciente é encaminhado para a enfermaria. Na ausência de intercorrências, o paciente recebe alta dentro de 3 dias.

Este tratamento só pode ser utilizado em estenoses valvar e atualmente tem sido indicado principalmente para estenoses mitrais. Os resultados tem sido satisfatórios, porém, há riscos de que a valva seja rompida ou então de que se torne insuficiente, podendo levar o paciente a necessitar de uma cirurgia reparadora (por exemplo: troca valvar).

II- Aspectos Emocionais:

Os pacientes que chegam à enfermaria de válvulas são, em alguns casos, internados devido à eclosão repentina de sintomas clínicos ou, então, são valvopatas reincidentes que já possuem uma longa convivência com sua doença (inclusive uma ou mais cirurgias anteriores).

No caso dos pacientes reincidentes, observa-se que, por ser a valvopatia considerada uma doença crônica, que os pacientes geralmente renunciam a algumas condições de trabalho e atividades em geral, além de necessitarem de cuidados constantes e restrições. No entanto, a observação destes, revela também que não existe concordância entre o fato de serem organicamente crônicos e também no plano psicológico, serem doentes crônicos. O fato de alguns pacientes "permitirem" que a doença ocupe um lugar central em suas vidas, indica que possuem uma estrutura psicológica que os predispõem a viver de tal forma. Estes, geralmente sentem-se impotentes frente aos incômodos e restrições da doença e perdem as expectativas de cura, de melhora ou mesmo das possibilidades de mudança e/ou adaptação. Assim sendo, a doença parece ter adquirido um significado, que de certa forma, a mantêm. Muitas vezes, o paciente adquire "benefícios" com sua doença. Alguns destes, são conscientes para o próprio paciente (por exemplo, renda proveniente da aposentadoria por invalidez ou de outra instância social). Outros, são inconscientes, e nestes casos, observa-se que muito embora a doença imponha sofrimentos e limitações, ainda assim parece "preferível" a convivência com estes do que o confronto com conflitos gerados com a retomada da vida habitual (por exemplo, com a doença, o indivíduo pode se tornar objeto de cuidados afetuosos dos membros da família, ficando importante e protegido ou ainda exercer deste modo um controle sobre as pessoas). Alguns pacientes podem mesmo prolongar a hospitalização, embora segundo a opinião objetiva dos médicos, há capacidade no paciente para retornar uma vida quase normal e mesmo algumas atividades.

De outro lado, encontram-se também pacientes que se adaptam à doença, alterando seus modos de vida habitual, conseguindo se reorganizar emocionalmente para conviver com algumas restrições e com os cuidados exigidos. Estes pacientes também vivenciam o processo regressivo, e até mesmo reagem em alguns momentos com sentimentos depressivos, porém, conseguem preservar o equilíbrio psíquico mesmo estando fragilizados com as pressões produzidas pela doença e tratamento.

A estrutura psicológica do valvopata (como doente crônico) é constituída por uma tendência a atuar mais intensamente com atitudes marcadas por dependências, regressão e passividade.

Geralmente, o aparecimento e/ou manutenção de sintomas mobiliza, mais ou menos intensamente, temores e fantasias relacionados à gravidade da doença e possibilidades de morrer. Estas emoções que ameaçam o ego do paciente podem remetê-lo a situações semelhantes vividas anteriormente. Este movimento regressivo incrementa então atitudes de dependência, busca excessiva de satisfações, redução do campo de interesses, pensamento mágico, etc. Estas atitudes são inclusive importantes nos momentos em que os pacientes são acometidos por pioras ou desestabilização do quadro clínico, porque persistem a estes receberem os cuidados necessários, bem como, colaborarem como "bons doentes" evitando excessos nas atividades ou até mesmo renunciando-as. Existe, porém, alguns pacientes indóceis, com atitudes excitadas ou maníacas que não "aceitam" a regressão e, nestes casos, isto parece ocorrer por temor à perda de controle sobre si mesmo com consequente desorganização interna. Estes pacientes acabam se submetendo a uma superadaptação que pode retardar sua melhora física.

Alguns pacientes deprimem-se quando percebem a doença como um ataque à auto imagem, perdendo assim as ilusões de onipotência. Estas reações depressivas envolvem o luto da condição prévia, ou seja, da saúde anteriormente existente. Este sentimento depressivo que comumente aparece, quando "recusado" pelo paciente e também pelos outros, pode expor o próprio paciente a quadros depressivos ou depressão patológica, pois recusando-se a regredir e deprimir-se reativamente, o doente deixa de receber os cuidados necessários para suprir sua fragilidade emocional. Ocorre, por exemplo, em pacientes que no pré operatório mostram-se extremamente tranquilos e despreocupados, e não entrando em contato com a situação deixam de se "preparar" psicologicamente para o que irão passar e, então, no pós operatório, apresentam quadros depressivos severos que podem comprometer inclusive a evolução clínica.

Para o paciente, qualquer intervenção cirúrgica gera angústia. As cirurgias (comissurotomia ou troca de válvulas) representam uma ameaça à vida, ou possibilidade de causar dores ou mesmo imobilizações posteriores. Este sentimento de angústia, às vezes, torna-se consciente e em outras se "esconde" por trás de atitudes ou comportamentos defensivos. A intervenção cirúrgica traz em si a perspectiva de perda: perda de saúde, da integridade corporal, de uma parte ou função do corpo, da independência e da identidade. Por isto, esta enfermidade e esta intervenção são consideradas como um momento de crise uma vez que pode ocasionar dificuldades psíquicas que funcionam como entraves para uma evolução adequada.

Os pacientes reagem a este momento de crise se adaptando através da aceitação lúcida e consciente da realidade ou utilizando mecanismos de defesa inconscientes como negação, racionalização, projeção, formação reativa e outros.

Ainda com os pacientes valvopatas parece importante considerar algumas características psicológicas que se correlacionam com o movimento psíquico da cronicidade (descrito anteriormente) com o nível sócio econômico e cultural geralmente baixo e com a repercussão psicológica das trocas de válvulas.

O aspecto crônico das valvopatias traz para a vida do paciente repercussões, uma vez que os procedimentos cirúrgicos (principalmente a valvoplastia) não são curativos, mas paliativos. O paciente pode submeter-se a uma comissurotomia ou a uma troca da válvula original, ou a valvoplastia mas em todos estes casos sabe que um dia poderá ou necessitará ser reinternado e ser novamente tratado. O paciente pode se adaptar a tal situação ou negá-la ou, até mesmo, desenvolver a partir dela, um padrão hipocondríaco ou histérico de atuação. Quando os pacientes retornam para uma reoperação, geralmente apresentam um sentimento de impotência frente à cronicidade da doença, evitam entrar em contato com esta falta de controle sobre a situação, sentem-se "culpados" pelo retorno com justificativas de atividades realizadas (carregar peso, excesso de trabalho, alimentação inadequada, etc) como modo de tentar controlar a evolução da doença, isto é, "se voltei porque carreguei muito peso basta que eu não faça mais isto e não precisarei mais ter que ser novamente operado", o que não é real. O nível sócio-econômico-cultural é um importante fator relacionado com a própria aquisição da doença, uma vez que estas surge, na maioria das vezes, como consequência de uma febre reumática mal cuidada na primeira fase da vida. É comum observar nestes pacientes forte sentimento de rejeição e abandono. Além disto, apresentam dificuldades para abstrair e fantasiar, quase sempre contactuando através de pensamentos e de seus relatos concretos.

A repercussão psicológica quanto ao tipo de prótese colocada exige também consideração. As válvulas metálicas, como já foi dito anteriormente, produzem um certo ruído, isto é, o paciente (e algumas vezes quem está próximo) podem ouvir o "tique-taque" da válvula. Este componente é

gerador de ansiedade, podendo levar o paciente ao desespero, pois o ruído parece se associar à manutenção da própria vida permitindo que o paciente tente controlá-la através deste ruído ("se ele parar quer dizer que tudo se acaba").

III- Atuação do Psicólogo:

É importante que o paciente com indicação cirúrgica, seja avaliado por psicóloga, com o objetivo de se identificar alguns fatores que predisõem ao aparecimento de estados emocionais pré cirúrgicos que tenham correlação com complicações psicológicas no pós-operatório. Os fatores que podem concorrer para essas dificuldades são:

a) antecedentes cirúrgicos do paciente: cirurgias e anestésias anteriores, sentimentos, fantasias e ocorrências com relação à aplicação de procedimentos invasivos e/ou agressivos.

b) antecedentes cirúrgicos dos familiares ou conhecidos do paciente: alguns pacientes tendem a se identificar com parentes ou conhecidos que realizaram cirurgias semelhantes e assim, sentem-se ameaçados igualmente, caso a situação conhecida tenha sido ameaçadora. O psicólogo, buscando os motivos dessa identificação, pode auxiliar o paciente a esclarecer suas idéias sobre as semelhanças e diferenças.

c) a idéia ou conhecimento que o paciente tem sobre a cirurgia e seu resultado: é comum que o paciente "esqueça" ou distorça as informações dadas pelo médico (ou por outros profissionais da equipe) como forma de neutralizar sua ansiedade.

Em relação aos "porques" da indicação cirúrgica, parece importante que o médico se ocupe desta parte, uma vez que dispõe dos conhecimentos teóricos e técnicos que fundamentam tal intervenção. O psicólogo pode, sim, investigar em que medida o paciente compreendeu tais informações e como reage a elas. Se necessário, poderá inclusive solicitar ao médico para que retome tal explicação. É também prudente investigar se o paciente relaciona a doença a algum acontecimento de vida ou pessoa a quem possa estar atribuindo a "culpa" pela doença.

As informações não precisam ser fornecidas em uma única vez. São as reações, as particularidades de cada paciente que conduzem, determinam a sequência e o período do trabalho de orientação. Existem fatores possíveis de serem observados e/ou detectados durante o trabalho de orientação para cirurgia que podem revelar a necessidade de um acompanhamento psicoterápico.

Assim é preciso fazer uma diferença entre aquele que se nega a entender, ou aquele com dificuldade de compreensão por limitação intelectual, daquele com avidez por detalhes, ou ainda, do paciente cuja compreensão está temporariamente comprometida. O psicólogo deve estimular o doente a verbalizar suas idéias para poder, após o diagnóstico correto, intervir.

Há também alguns fatores prévios que facilitam o surgimento de comprometimento, no pós-operatório.

- . antecedentes psiquiátricos (com internações psiquiátricas e/ou crises psicóticas anteriores).
- . recusa para a realização da cirurgia.
- . relações conflituosas ou difíceis com a equipe.
- . expectativas elevadas quanto aos resultados da cirurgia.
- . diagnóstico impreciso nos quais a indicação cirúrgica ainda é duvidosa.
- . exacerbação ou negação da ansiedade no pré-operatório.

Quando estes fatores forem identificados, sugere-se que o caso seja discutido com os profissionais da equipe e que haja orientação conjunta pertinente.

A atuação psicológica com os familiares do paciente concretiza-se com atendimentos psicoterápicos à família em geral, ou a algum membro desta. Este contato com os familiares pode, também, resumir-se em uma entrevista para obtenção de dados sobre o paciente, entrevistas de orientação sobre o contexto hospitalar e os procedimentos aos quais o paciente irá se submeter, como forma de prepará-los para o que irão vivenciar.

UNIDADE DE CORONARIOPATIAS

GRUPO DE CORONARIOPATIAS

I. Aspectos médicos:

O coração, sendo um músculo que trabalha a vida toda sem descanso, precisa mais que todo o organismo, de ser oxigenado e alimentado. Assim como existem artérias que levam sangue para os membros, para a cabeça, para os rins e para todos os segmentos do corpo, existem também artérias que se destinam ao próprio músculo cardíaco, também chamado de miocárdio. Estas artérias se chamam coronárias, as quais se originam da aorta (considerada a rota principal do sistema vascular e que nasce imediatamente acima do ventrículo esquerdo) consistindo em duas pequenas artérias: a artéria coronária direita e a artéria coronária esquerda. A coronária esquerda se divide em 2 ramos: a artéria descendente anterior (D.A.) e a artéria circunflexa (CX). Estes nomes indicam as rotas seguidas pelas mesmas sobre o coração. A outra artéria coronária se denomina coronária direita (C.D.) e seu nome também se deve à porção do coração que ela irriga.

Ocasionalmente a circulação que leva o oxigênio através das artérias coronárias pode ser interrompida. A maior causa de uma obstrução coronária é a aterosclerose, ou seja, a formação de uma placa de ateroma (substância gordurosas, em grande parte constituídas pelo colesterol, que progressivamente formam saliências no interior das artérias).

Durante todos os anos em que a aterosclerose está se implantando, ela é uma doença silenciosa, que não produz qualquer sintoma. A pessoa simplesmente não sabe que suas artérias estão sendo afetadas, até o momento em que a redução do fluxo sanguíneo atinge um nível em que o suprimento de oxigênio para determinada área do miocárdio cai abaixo de um valor crítico e o músculo começa a sofrer com a baixa de oxigenação produzindo a dor precordial ou angina.

O sofrimento da parte afetada por falta de oxigênio (que resulta em isquemia) determina o aparecimento de uma dor em aperto, em peso, ou em queimação, geralmente no meio do peito, atrás do esterno, na parte anterior do tórax. Essa dor pode irradiar-se para o ombro e para o membro superior esquerdo ou para a região diafragmática. Eventualmente a dor pode irradiar-se para o pescoço ou para a mandíbula e, às vezes, pode não ter irradiação nenhuma. Na isquemia, a interrupção do fluxo sanguíneo é passageira. Se houver uma obstrução total e prolongada das artérias, pode haver morte celular (necrose), caracterizando o infarto do miocárdio.

Como o infarto constitui uma grave lesão no músculo cardíaco, há a necessidade obrigatória de repouso absoluto nos primeiros dias para que a cicatrização do miocárdio possa ocorrer, já que qualquer atividade física ou stress emocional desencadeia um aumento da frequência cardíaca.

A doença coronária é uma entidade multifatorial, dependente de uma herança genética, associada a maneira de viver e de condições ambientais.

Os acontecimentos ou parâmetros que guardam alguma relação com a doença coronária são chamados de "fatores de risco". Os mais comumente aceitos são: Idade, Sexo, Hipercolesterolemia, Fumo, Hipertensão arterial, Obesidade, Diabetes, Hereditariedade, Vida Sedentária, Stress (importante considerar fontes externas e internas ao indivíduo) e Tipo de Vida.

Os recursos utilizados para o diagnóstico da doença coronária são a história clínica do doente, acrescido de exames tais como ECG, ECG Dinâmico (prova de esforço), Veto. Mas esses métodos não quantificam a gravidade das lesões. Isto só é possível através de métodos que permitam a visualização da anatomia das artérias e coração, tais como exames contrastados por radioisótopos e cinecoronarioangiografia (por cateterismo cardíaco).

Os tratamentos podem ser:

a. Clínico: é indicado se o doente tem lesões em suas artérias coronárias de pouca importância, o que requer apenas medicamentos e um controle periódico com seu médico. Também é paliativo para os casos em que a cirurgia é contra indicada devido às condições das artérias e do músculo cardíaco.

b. Cirúrgico: A cirurgia das artérias coronárias mais difundida no mundo atualmente é a cirurgia de Ponte de Safena ou Revascularização do Miocárdio. Consiste em interpor um seguimento da veia da perna (safena) do próprio paciente, entre a aorta e a coronária obstruída, assegurando assim um adequado fluxo sanguíneo à zona do músculo cardíaco que antes da cirurgia não recebia sangue suficiente. Em alguns casos é indicado enxertos de artéria mamária interna, especialmente par aqueles pacientes cujas veias safenas não são disponíveis.

É importante salientar que esta cirurgia não é curativa mas sim paliativa, isto é, tem a intenção de deter a evolução da doença, prevenindo futuros e prováveis infartos.

c. Angioplastia: Consiste em um procedimento semelhante a uma cinecoronarioangiografia, tratando-se de uma intervenção que visa, através do acoplamento de um pequeno balão na extremidade do catéter, desobstruir a artéria. É um procedimento utilizado em casos que preencham uma série de requisitos como qualidade e integridade das artérias, extensão da lesão, etc.

É uma unidade quase que essencialmente composta por pacientes do sexo masculino, já que a doença incide mais nos homens. A média de idade varia principalmente entre 45 e 60 anos, porém é espantoso notar o quanto vem diminuindo, através dos tempos, a faixa etária no acontecimento da doença coronariana.

O tempo de internação é variado, pois depende de muitos fatores imprevistos. Contudo, pode-se dizer que a internação é esperada para acontecer em aproximadamente 12 - 15h dias: 2 a 3 dias de espera para a cirurgia, 2 dias na Recuperação, 8 dias de período pós operatório. Se o paciente tem sua preparação feita no ambulatório (orientação e exames já realizados), pode ocorrer que o paciente interne em um dia para ser operado no seguinte.

Se o paciente vai para a enfermaria após a cirurgia sem dreno ou soro e tudo corre bem, espera-se que no 3 ou 4 dia do pós operatório já deambule pelo corredor e recomece a readquirir sua independência (por exemplo, cuidados de higiene).

II- Aspectos Emocionais:

O paciente coronariopata privilegia excessivamente o ajuste à realidade exterior e o cumprimento de exigências, e os deveres acabam pesando mais que a regulação interna. São significativas suas afirmações literais: "É o dever acima do homem, e não o homem acima do dever", "Levei minha vida seguindo as normas e me esquecendo de mim mesmo". Existe um abafar da vida interna, com pouco espaço para o "eu desejo", "eu não posso", "eu preciso". São pessoas que têm que estar sempre correspondendo a algo que acham que se espera delas, sentindo-se assim garantidas, e para isto apoiam-se bastante na estrutura externa ("Sou o presidente, o responsável", por exemplo). Nos momentos em que se afastam de uma atitude "objetiva", esses pacientes se sentem mal, pois temem perder a couraça defensiva que os deixariam expostos às experiências emocionais.

Vindo a doença, estas pessoas costumam decodificá-la como uma desgraça ou fracasso. Mas pode-se dizer que o sintoma somático toma o valor de uma denúncia, do quanto se vive aceleradamente demais, tentando se ajustar o tempo todo, relegando a interioridade. Para o paciente, muitas vezes este ponto de vista é desprovido de significado, devendo regular-se rapidamente. O corpo, por ser uma fonte não domesticada, alvo instintivo, é sentido como perigoso, e anula-se assim como fonte de informações.

Este breve levantamento do funcionamento destas pessoas dá mostras do quanto os coronariopatas podem se mostrar resistentes ao trabalho psicológico.

Além disso, por serem pacientes cirúrgicos, a perspectiva de submeter-se a uma cirurgia provoca medo e ansiedade, que podem interferir no período de antes, durante e depois da operação, principalmente se estes sentimentos não são expressos e conscientizados. A visão tradicional, no entanto, é a de que tão logo a cirurgia se realize e quanto menos os pacientes pensem a respeito, melhores são os resultados. Observa-se que, embora surjam os sentimentos de ansiedade e medo apontados, os pacientes negam constantemente o medo da cirurgia e da morte. A impressão do paciente é de que se falarem do medo do qual se defendem este se tornará insuportável, embora na verdade aconteça o contrário. Quando se favorece que o medo apareça, este pode ser discutido e aliviado. Os coronariopatas são pessoas que reprimem e negam os sentimentos, tendo dificuldade de expressar raiva e insatisfações. Por trás dessa passividade, reagem com expressão somática às experiências de frustração. Conseguem usar a negação porque a doença não é evidente, não está aparente, e muitas vezes estão assintomáticos.

III- Atuação do Psicólogo:

O trabalho em grupos, permite aos pacientes identificar melhor o funcionamento mental nos outros, facilitando assim a percepção de si mesmo. Contudo, não fica excluída a possibilidade de atendimento individual.

Em se tratando da formação dos grupos na enfermaria é rica e importante a mistura entre pacientes pré e pós operados. Os pré cirúrgicos têm a oportunidade de estar em contato com os companheiros operados, e podem colher seus depoimentos.

Os grupos têm a proposta de não limitar os temas para a situação de hospitalização e cirurgia, embora sejam os mais frequentes, mas pretende incentivar o aparecimento da vida de cada pessoa como um todo, para que venham à tona aspectos saudáveis e globais de cada um - família, trabalho, lazer. Discute-se, nos grupos, a respeito da doença e medo da morte, porém também sobre a vida e a importância da adaptação.

Os pacientes são orientados a respeito da cirurgia e rotinas pela enfermagem e fisioterapeutas, médicos. Não é o princípio do grupo fornecer dados concretos, mas sim verificar como os pacientes aprenderam as informações passadas, trabalhando-se assim as fantasias surgidas. É claro que, quando necessário, corrigem-se e complementam-se com dados da realidade.

Como consequência do trabalho, percebe-se que ocorre facilitação da vinculação dos pacientes entre si. A troca de experiências e oportunidades de identificação é válida, sabendo o que acontece com os outros, adquirem mais confiança e sensação de controle em relação do que ocorre com as próprias evoluções. É uma boa chance de fortalecer as defesas adequadas e aspectos construtivos de cada um. É possível por exemplo mostrar que os próprios doentes podem fazer muito pelos outros, principalmente nos momentos de grande dificuldade, e não só os médicos e enfermeiras. E é muitas vezes no grupo que os pacientes são levados a refletir no significado da doença em suas vidas, e no quanto o sintoma psicossomático pode ser a parte verdadeira da pessoa que aparece e não pode ser a parte verdadeira da pessoa que aparece e não pode vir de outra forma, sendo um alerta para que se revise toda a organização de vida.

UNIDADE DE CARDIOLOGIA

PEDIÁTRICA

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

I- Aspectos Médicos:

As cardiopatias congênitas surgem durante o desenvolvimento do feto e portanto ainda no útero materno. Sabe-se que alguns fatores como certas drogas, algumas doenças infecciosas e alguns fatores ambientais e nutricionais podem causar prejuízos no desenvolvimento do feto. A variedade de tipos de defeitos congênitos é muito grande. Podem também estarem associados à outras síndromes. Por exemplo, cerca de 30% de crianças portadoras de Síndrome de Down apresentam problema cardíaco. Podem ser diagnosticados ainda na maternidade ou em consultas pediátricas posteriores e/ou escolares.

Existem diferentes tipos de lesões e dentro das mesmas, diferentes níveis de comprometimento. Essas combinações podem resultar em:

- a. Crianças normais com sopro cardíaco.
- b. Cardiopatias simples com perspectiva de restituição da normalidade.
- c. Cardiopatias possíveis de tratamento (correção), com necessidade de acompanhamento durante longo tempo.
- d. Defeitos sem perspectivas de tratamento radical, ou crianças com lesões residuais acentuadas, limitando suas atividades, desenvolvimento e sobrevida.
- e. Cardiopatias terminais.

Do ponto de vista anatômico, as cardiopatias podem ser por:

CIV - Comunicação Interventricular: falha embriológica do fechamento do septo interventricular, permitindo a passagem de sangue do ventrículo esquerdo para o ventrículo direito. Sua sintomatologia depende do tamanho do defeito e do grau de resistência pulmonar.

CIA - Comunicação Interatrial: é um defeito no septo que separa os dois átrios, que assim como outras comunicações, leva a um aumento do fluxo de sangue para os pulmões. Uma das características desse defeito é que geralmente não acarreta repercussão importante na idade infantil, mas tardiamente, na vida da pessoa.

PCA - Persistência do Canal Arterial: o canal arterial, estrutura anatômica fundamental na circulação fetal, fecha-se espontaneamente nas primeiras horas de vida. Quando tal não acontece, surge sintomatologia semelhante as de comunicação interventricular. É consequência de formação defeituosa do septo interatrioventricular, podendo apresentar-se das formas mais variadas.

AVCP - AtrioVentricularis Communis ou defeito do septo átrioventricular: é a falta de fechamento na parte central do coração, que acaba por resultar em uma série de defeitos que se associam: CIA, insuficiência da valva tricúspide e de valva mitral. Essa associação caracteriza a forma parcial ou incompleta do defeito.

AVCT - AtrioVentricularis Communis ou defeito do septo átrioventricular total: quando existe associado aos três defeitos acima descritos, uma CIV. Passa então a ser designado como forma total ou completa.

EP - Estenose Pulmonar: é todo e qualquer defeito obstrutivo na via de saída do ventrículo direito para a artéria pulmonar.

EAO - Estenose Aórtica: é todo e qualquer defeito obstrutivo ao nível da valva aórtica ou próximo dela. A grande maioria das estenoses pulmonar e aórtica são de origem congênita.

CoAo - Coartação de Aorta: estreitamento localizado na aorta descendente, geralmente abaixo da artéria subclávia esquerda, podendo, no entanto, situar-se em outros locais como na aorta abdominal. A estenose pode variar desde graus discretos até completa interrupção de aorta.

T4 - Tetralogia de Fallot: é caracterizada pela presença de comunicação intraventricular e estenose pulmonar infundíbulo valvar.

AT - Atresia Tricúspide: quando a valva tricúspide não está desenvolvida. Está sempre associada a outros defeitos como por exemplo um PCA, por onde passa o sangue.

TGA - Transposição das Grandes Artérias: neste caso, a aorta sai do ventrículo direito e a pulmonar sai do ventrículo esquerdo. Só essa cardiopatia é incompatível com a vida. Tem que haver outros defeitos associados como uma CIA ou CIV ou PCA. Isso seria a transposição clássica das grandes artérias. Há também a transposição corrigida ou seja, o ventrículo direito está colocado à esquerda e o ventrículo esquerdo está colocado à direita.

VU - Ventrículo único: pode ser esquerdo ou direito e o outro ventrículo estar hipoplásico. Está sempre associado a outros defeitos.

TA - Truncus Arteriosus: um tronco único que origina a aorta e a pulmonar (tipo I). Ou o tronco pode originar a aorta e a aorta originar a pulmonar (tipo II).

DVSVD - Dupla via de Saída do Ventrículo Direito: os dois vasos saem do ventrículo direito. É mais comum do que a DVSVE.

DVSVE - Dupla Via de Saída do Ventrículo Esquerdo: os dois vasos saem do ventrículo esquerdo. É comum estarem associados a outros defeitos como por exemplo, a TGA.

DATVP - Drenagem anômala Total das Veias Pulmonares: os vasos pulmonares não drenam no átrio esquerdo. Drenam na veia cava superior. Está sempre associada a outros defeitos.

DAPVP - Drenagem Anômala Parcial das Veias Pulmonares: os vasos pulmonares drenam no átrio esquerdo e no átrio direito.

Síndrome de Hipoplasia de Ventrículo Esquerdo: é constituída por um grupo de anomalias que se caracterizam, essencialmente, por um hipodesenvolvimento dessa câmara cardíaca, em decorrência de hipoplasias de certas estruturas do coração esquerdo. É uma das causas mais frequentes de insuficiência cardíaca na infância.

A presença de cianose, decorrência da mistura de sangue venoso e arterial, faz com que circule pouco sangue oxigenado e as extremidades, como por exemplo a boca e as unhas, ficam arroxeadas. Ter cianose ou não, depende do tipo de cardiopatia, que podem ser subdivididas em:

a. Cardiopatias congênitas acianogênicas sem congestão pulmonar (muito fluxo de sangue para o pulmão)
CIV, CIA, PCA, AVCT, AVCP

b. Cardiopatias congênitas acianogênicas sem congestão pulmonar (normal)
EP, EAo, CoAo

c. Cardiopatias congênitas cianóticas com hipovolemia pulmonar (fluxo pulmonar diminuído)
T4, AT

d. Cardiopatias congênitas cianóticas com congestão pulmonar (muito fluxo de sangue para o pulmão)
TGA, VU, TA, DVSVD, DAPVP, DATVP, Síndrome de Hipoplasia de VE.

Alguns dos sintomas e sinais que podem estar presentes em maior ou menor grau são: dispnéia, cansaço, tontura, hipodesenvolvimento físico, abaulamento do tórax (devido ao grande esforço muscular respiratório em função de ter que expandir em pulmão duro), infecções frequentes, dedos com baqueteamento e arritmia (disparo e dor precordial).

Para investigação da cardiopatia e diagnóstico preciso são utilizados recursos como: estudos radiológicos, eletrocardiográfico, hemodinâmico, etc. Depois da investigação é indicado o tratamento que pode ser clínico ou cirúrgico paliativo ou cirúrgico definitivo:

a. Cirurgias Paliativas: quando o paciente não tem condições de suportar a cirurgia corretiva de início, a opção recai numa investigação cirúrgica de menor porte. Exemplos: nas cardiopatias de hiperfluxo (cerclagem), nas cardiopatias de hipofluxo (anastomoses aortopulmonares como Blalock-Taussig). Há outras como Blalock-Hanlon, Rastelli e Fontan (que é classificada como paliativa definitiva).

b. Cirurgias Corretivas, exemplos: atrioseptoplastia, ventriculoseptoplastia, secção, valvotomias, Rastelli, Jatene, correção total de tetralogia de Fallot, istmoplastia.

Com referência às cardiopatias adquiridas no decorrer da vida, pode-se classificá-las como: miocardiopatias, endocardites, doenças de Chagas, febre reumática.

A) As miocardiopatias subdividem-se em:

- a) dilatada
- b) hipertrófica e
- c) restritiva.

As dilatadas acometem as crianças, em maior índice, seguidas das miocardiopatias hipertróficas e, muito raramente, as restritivas.

A miocardiopatia dilatada é uma doença do músculo cardíaco na qual as fibras cardíacas são agredidas, sofrendo processo degenerativo. Com o tempo, as unidades funcionantes passam a perder a função e conseqüentemente há perda do poder de contração do músculo cardíaco como um todo. Assim, as fibras remanescentes utilizam como processo compensatório a hipertrofia e como processo adaptativo o aumento do volume do músculo como um todo (dilatação). As fibras estiradas tem probabilidade de ocasionar uma maior força de contração até o ponto em que a importante dilatação cardíaca, associa-se a perda acentuada e irreversível da função contrátil. Pode ser ocasionada por processo infeccioso/inflamatório de origem viral, bacteriana, por fungos e protozoários. Porém, muitas são de origem diopática. As infeções podem acontecer em qualquer fase da vida de criança.

A miocardiopatia hipertrófica também é o comprometimento do músculo cardíaco, porém não há agressão e destruição de fibras musculares, mas proliferação desordenada destas fibras, ocasionando diminuição da cavidade cardíaca.

Na miocardiopatia restritiva, o principal comprometimento é a perda de propriedade de relaxamento da fibra cardíaca e então, o coração não enche, nem contrai adequadamente (endomiocardiopatia).

As miocardiopatias geralmente tem tratamento clínico, com utilização de medicamentos congestivos, imunossuppressores com função anti-inflamatória. Quando há indicação cirúrgica, é para transplante cardíaco.

B) A endocardite é uma infecção do endocárdio. Sua lesão característica é uma vegetação infectada que acomete mais frequentemente as valvas cardíacas.

C) Doença de Chagas: A doença de Chagas é sistêmica, infecciosa, endêmica, causada por um protozoário, o *Trypanosoma Cruzi*. A transmissão pode ser congênita ou não.

D) Febre Reumática: é uma doença causada por uma sensibilidade do sistema imunológico a substâncias liberadas por uma bactéria, que está presente nas infecções da garganta.

Nas Unidades Infantis, são internadas crianças de 0 a 6 anos de idade. Na Ala (enfermaria comum) são internadas crianças a partir de 7 anos de idade, adolescentes e adultos (estes últimos em menor frequência).

As crianças são internadas para serem submetidas a cirurgia ou para realização de tratamento clínico. O tempo de permanência no hospital, para tratamento cirúrgico, não ultrapassa ao período de aproximadamente 20 dias. Em contrapartida, crianças internadas para tratamento clínico, tem hospitalização mais prolongada.

II- Aspectos psicológicos da cardiopatia congênita:

Partindo do princípio de que mente e corpo influenciam-se reciprocamente e de que a doença se instala já no feto, a imagem corporal sofrerá influência da patologia. Portanto, a doença instala-se quando a criança ainda não possui nenhum mecanismo de defesa que possa preservá-la dos efeitos do dano, na sua mente. Observa-se que essas crianças possuem um esquema corporal difuso, normalmente pouco estruturado justamente pela fragilidade egóica em que se encontravam no momento de instalação da cardiopatia. A relação com a mãe/família também é muito importante. É esta relação que poderá funcionar como estrutura e apoio para essa criança. Se a mãe/família não tiver condições de oferecer esse suporte, emocionalmente a criança será ainda mais prejudicada. Como consequência, se espelhará na própria mãe e reagirá a sua doença da mesma forma que sua mãe reage. Quanto maior a maturidade dos pais, melhor a organização psíquica da criança.

O processo de maturação e aprendizagem muitas vezes não se dá na faixa etária esperada. A criança é pouco estimulada pelo meio familiar e social mais amplo, os pais limitam-na nas atividades físicas e sociais mais do que o necessário, como forma de garantir maior sobrevivência para o filho. Tendem portanto a ser superprotegidas pelos familiares em função de sua cardiopatia. São crianças muitas vezes satisfeitas nos seus desejos incondicionalmente, podendo ser verificada dificuldade em lidar e tolerar situações de frustração.

Sentem-se física e emocionalmente frágeis e são tratadas como tal, devido a doença, não podendo, segundo o familiar, passar nervoso, chorar (principalmente as crianças cianóticas onde o choro intensifica a cianose), participar de atividades que são rotineiras e prazerosas para qualquer criança (jogar bola, correr, andar de bicicleta, etc.).

Enfim devido a maneira como são tratadas pelo meio familiar e social mais amplo, passam a responder e se comportar de forma inadequada, com a possibilidade de aparecimento de futuros problemas emocionais. Aliado a esses aspectos, certamente interferem as características individuais de personalidade.

Há, também, fatores inerentes à hospitalização e várias consequências dessa medida que contribuem para o aparecimento ou intensificação de problemas emocionais no paciente. A criança cardiopata comumente vivência muitas internações, transtornos na vida familiar, interrupção ou retardo na escolaridade (devido a internações constantes ou dificuldade de frequentar escola pela gravidade da cardiopatia), alterações no ritmo de vida e desenvolvimento, carências afetivas, agressões físicas e psicológicas e, ainda, as mais variadas iatrogenias.

Durante a hospitalização a criança tem que enfrentar muitos aspectos penosos, sendo um agravante a separação que ocorre entre a criança doente e o familiar, justamente num momento de crise onde encontra-se fragilizada, necessitando de apoio e segurança.

Com a internação surgem muitas vezes sentimentos de abandono. As crianças podem reagir à internação de forma apática ou hostil. Porém, podem ser encontradas crianças que apesar de todos inconvenientes da hospitalização e doença, podem obter benefícios reais durante esse período.

A criança se depara no hospital com uma situação desconhecida, tanto a nível de espaço físico como das pessoas, as quais muitas vezes tendem a negar-lhe informações sobre a doença, tratamento, acreditando assim estar ajudando e evitando um maior sofrimento. Este clima de suspense e desinformação pode intensificar fantasias e temores da criança. A doença por si só gera sentimentos de punição e culpa, e estar sendo informada sobre seu problema e necessidade de internação pode contribuir para minimizar tais sentimentos. A criança às vezes expressa culpa por acreditar que errou e por isso está sendo punida com a doença. Somente quando podem entender o verdadeiro sentido da patologia é que podem aliviar tais sentimentos.

Torna-se importante estar atento a entrada da criança no hospital, a sua relação com a equipe e garantir a verdade de sua internação, doença e tratamento a ser administrado. A medida que consegue ser informada do que vai ocorrer consigo, de acordo com o seu nível de compreensão, gradativamente vai elaborando seu medo, fantasias e, muitas vezes, passam a colaborar mais na realização dos procedimentos, amenizando o sofrimento subsequente.

Muitas vezes após a internação e cirurgia, a criança passa a sentir dor ou intensificar seu sofrimento físico através de exames e condutas agressivas e invasivas. Há pacientes que chegam ao hospital sem sentir nada concretamente, portanto não se sentem doentes, e no hospital passam a vivenciar situações dolorosas e agressivas tanto física como emocionalmente.

A capacidade de adaptação da criança à hospitalização, ou seja, a enfrentar uma situação nova, ameaçadora e angustiante, vai depender também de sua estrutura de personalidade e de seu relacionamento prévio com a mãe/família. Uma criança preparada pelo meio familiar para a internação, não enganada, sentir-se-á mais segura e confiará mais nas pessoas novas com quem se depara, tendo mais condições de enfrentar essa situação de forma menos angustiante, criando recursos para estabilizar seu equilíbrio interno, possivelmente conturbado com a ocorrência da hospitalização.

Em pacientes adolescentes e cardiopatas, o que pode chamar a atenção é a grande diversidade no que se refere a apresentação de comportamentos. Trata-se de um momento de mudanças e reorganizações, sendo muito importantes as alterações quanto ao esquema corporal, valores e atitudes como um todo. Uma alteração decorrente da internação e cirurgia pode intensificar as angústias deste período, podendo ser verificadas maiores oscilações entre comportamentos infantis/maduros ou mesmo exacerbação de atitudes regressivas decorrentes da própria situação de enfermidade e hospitalização.

O adolescente pode já ter tido internações e cirurgias anteriores, ou pode estar se deparando com uma primeira internação nessa etapa de sua vida.

Observamos diferenças a nível de desenvolvimento físico, motor, emocional e intelectual entre adolescentes portadores de cardiopatia congênita e adquirida. Esses últimos sempre possuem um desenvolvimento psicomotor mais adequado a sua faixa etária. Deparam em certo momento de sua vida com a cardiopatia, e verifica-se uma necessidade de entrar em contato com a doença, passando ou não a aceitá-la e a conviver com ela.

O paciente com cardiopatia congênita quase sempre necessita de intervenção cirúrgica, e percebe-se que a internação e indicação de cirurgia configura-se como a situação máxima de stress. Esse momento é

vivenciado como altamente ameaçador. Envolve o confrontar dos pais com a morte e o sofrimento. Favorece por vezes o aparecimento de intensos mecanismos de defesa, como negação da cardiopatia, com possível abandono de tratamento ou recusa de cirurgia.

O impacto gerado frente a internação e cirurgia, e o despreparo emocional dos pais para enfrentar tal momento, pode levar a um desajustamento do grupo familiar. Encontram-se angustiados, observando-se: dificuldade em compreender o diagnóstico e a conduta médica, em separar-se do filho, medo de perdê-lo, receio de que não seja cuidado adequadamente no hospital, sentimento de culpa, sentimentos ambivalentes de superproteção e rejeição, traços que comumente se verificam junto a um despreparo do familiar em conversar com a criança sobre a cardiopatia, internação e tratamento a que será submetido.

III- Atuação do Psicólogo:

O atendimento individual à criança é realizado através da técnica de desenhos e material lúdico que permitem à criança a expressão de ansiedades frente aos procedimentos terapêuticos e curativos. O objetivo é detectar e interpretar as fantasias inconscientes e o modo que encontra para lidar com tais sentimentos. Além disso, é realizado também um trabalho informativo (esclarecendo-na a respeito da anestesia, cirurgia, período na recuperação, etc) que é complementar ao terapêutico. O psicólogo acompanha a criança até o Centro Cirúrgico e permanece com a mesma até que ela adormeça. No pós operatório, o objetivo é auxiliá-la na organização de suas vivências e organização corporal.

O psicólogo deve ter na atuação com a criança uma flexibilidade suficiente para adequar a situação de atendimento a cada criança em particular. Deve lembrar que a criança é extremamente sensível a seduções e condutas falsas. Assim, percebe-se que ela se comunica melhor com quem de fato esteja interessado em compreendê-la e ajudá-la. Além do atendimento específico, é importante também atentar para sua relação com a equipe multiprofissional e oferecer subsídios à mesma para lidar com a criança de forma adequada, utilizando de uma linguagem mais acessível e sincera.

Igualmente deve-se acompanhar psicoterapeuticamente os familiares através de:

- Grupo de Pais: são realizados duas vezes por semana para que possamos investigar de que maneira a doença se insere no contexto familiar e principalmente entendermos que papel a criança doente desempenha dentro da família. Assim, oferecemos também aos pais um ambiente neutro, facilitador para que possam expressar suas angústias frente ao que estão vivendo. O contato com outros pais também favorece a troca de vivências.
- Atendimento individual ao casal ou a um dos pais: quando o psicólogo necessita realizar um trabalho de orientação frente a problemática específica surgida durante o acompanhamento psicológico da criança. E também em situações particulares onde o contato individual oferece maior privacidade, exemplo: pais que são alcoólatras, pais que lidam de forma extremamente inadequada com a situação de internação, prejudicando a criança.

UNIDADE DE ARRITMIAS CARDÍACAS

GRUPO DE ARRITMIAS CARDÍACAS

I- Aspectos médicos:

O coração trabalha automaticamente. Em outras palavras, o impulso elétrico da atividade cardíaca origina-se no próprio órgão.

Para que o coração funcione efetivamente como uma bomba, impulsionando sangue para todo o corpo, a contração muscular precisa ser coordenada em sequência temporal e espacial exatas.

A estimulação contínua para a contração do miocárdio, de frequência rítmica constante, é originada e distribuída por um sistema de fibras e feixes musculares e de nós especiais, distintos da musculatura cardíaca.

A anatomia do sistema de condução elétrica do coração é composta de:

1. Nódulo sinusal: é o ponto de origem dos estímulos cardíacos para a contração rítmica do miocárdio. É também denominado marcapasso natural do coração e transmite a excitação elétrica através de fibras musculares dos átrios.

2. Nódulo atrioventricular: recebe os estímulos que partem do nódulo sinusal. Neste ponto a transmissão dos estímulos é ligeiramente inibida.

3 e 4. Feixe de His: É um conjunto de fibras musculares, que permite a trajetória do estímulo elétrico. Divide-se em dois ramos, um direito e um esquerdo, no interior do septo ventricular.

Cada batimento cardíaco normal é resultado da condução do estímulo elétrico através do percurso acima mencionado.

Chama-se ritmo sinusal a sequência de ciclos cardíacos, que tem como marcapasso natural o nódulo sinusal.

A frequência cardíaca normal varia com a idade:

. lactente e bebês de 1 a 6 meses	120 a 215 bat/min
. crianças de 1 a 6 anos	100 a 160 bat/min
. 10 a 16 anos	65 a 135 bat/min
. adulto	60 a 100 bat/min
. acima de 60 anos	50 a 75 bat/min

As arritmias cardíacas correspondem a distúrbios na formação e na condução do estímulo elétrico, que manifestam-se em alterações do ritmo cardíaco.

A etiologia das arritmias cardíacas tem 3 causas:

- . patologia cardiovasculares
- . patologia extra-cardíacas
- . causa desconhecida, forma "ediopática"

O quadro clínico apresenta-se na dependência de uma série de fatores tais como doença cardiovascular prévia, presença de ansiedade e outros, podendo apresentar ampla variação de alterações, que vão desde as mais leves até as mais graves, e até mesmo resultar em morte súbita.

Há vários critérios de classificação das arritmias cardíacas. O mais geral diz respeito a natureza da frequência e do ritmo cardíaco; assim:

a) Taquicardia: ritmo cardíaco rápido, frequência cardíaca acima de 100 bat/min.

b) Bradicardia: ritmo cardíaco lento, frequência cardíaca abaixo de 60 bat/min.

As demais classificações baseiam-se em: alterações das diferentes propriedades do músculo cardíaco, localização topográfica da origem das arritmias e achados eletrocardiográficos.

Quanto às principais características clínicas e aos fatores etiológicos, as arritmias cardíacas podem se classificar em:

01. Taquicardia sinusal
02. Bradicardia sinusal
03. Arritmia sinusal
04. Extrassístole

05. Taquicardia paroxística supraventricular
06. "Flutter"/ Fibrilação atrial
07. Taquicardia ventricular
08. "Flutter"/ Fibrilação ventricular
09. Bloqueios cardíacos
10. Síndrome Wolff - Parkinson - White

01. Taquicardia sinusal: é a mais comum. Na maioria dos casos, ocorre em coração normal e frequentemente é manifestação fisiológica - pode aparecer após a digestão, a realização de esforços e com emoções. As causas patológicas capazes de alterar a ritmicidade do nódulo sinusal são: febre, hipertireoidismo, anemia, insuficiência cardíaca, etc. Clinicamente são taquicardias instáveis e transitórias.

02. Bradicardia sinusal: Menos frequente que a taquicardia sinusal, também ocorre em coração normal, na maioria dos casos como resultado de excitação vagal. Fisiologicamente aparece no sono e em atletas treinados. Entre as causas patológicas aparecem: hipertensão intracraniana, insuficiência coronariana, icterícia, etc. Na maioria dos casos o paciente nada sente.

03. Arritmia sinusal: há flutuação na periodicidade dos estímulos do nódulo sinusal. Tais variações não indicam, regra geral, doença do coração. A frequência cardíaca é um dos mecanismos de ajuste do débito cardíaco. As queixas mostram-se mais provavelmente relacionadas ao perfil psicológico do paciente. Frequentemente não é percebida espontaneamente.

04. Extrassístole: é um batimento cardíaco precoce. A sensação descrita pelos pacientes é variável "falha no coração", "sensação de desmaio" ou breve interrupção dos batimentos cardíacos. Pode aparecer ocasional e isoladamente, ou numa sequência regular (bigeminismo - alternando-se com batimentos normais, trigeminismo - a cada 2 batimentos, etc), o que acentua a sintomatologia. É um achado frequente em todas as cardiopatias, mas pode ocorrer no coração normal (excesso de álcool, fumo, psicotrópicos, etc). Habitualmente refletem a instabilidade elétrica do coração e podem anunciar o desenvolvimento de arritmias graves.

05. Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV): Sucessão rápida de batimentos cardíacos provocada por um foco de excitação ectópica (deslocado do nódulo sinusal) a nível atrial. Os pacientes são assintomáticos no intervalo entre as crises, que iniciam-se bruscamente. A crise é descrita como um brusco disparo no coração e é, frequentemente, acompanhada de fraqueza, tontura e angústia. A duração da crise é variável, desde alguns minutos até horas ou dias. Na maioria dos episódios a interrupção também é súbita, mas não é raro que vá desaparecendo lentamente. Alguns pacientes toleram bem a crise, outros necessitam interromper atividade física. O quadro clínico dependerá da etiologia, da duração da crise, da frequência cardíaca e do estado do miocárdio. A etiologia pode ser desconhecida em alguns casos, em outros é manifestação sintomatológica de cardiopatia - neste a crise agrava a cardiopatia. Pode ser também causada por hiperteriodismo e intoxicação digitálica. A frequência cardíaca é alta, variando de 160 - 250 bat/min. As manobras vagais (para liberação de acetilcolina, por exemplo, pressão do seio carotídeo, pressão dos globos oculares, tosse, inspiração profunda, etc.) podem reduzir a frequência cardíaca, ou interromper a crise. É frequentemente considerada "benigna" quando as crises são espaçadas e de curta duração.

06. "Flutter"/ Fibrilação atrial: No flutter, o batimento atrial é rápido e regular, com uma frequência que varia de 200 a 380 bat/min, sendo que os ventrículos raramente acompanham a frequência atrial. Assim encontram-se 2, 3, 4 ou mais contrações atriais para uma ventricular. Este bloqueio funcional traduz um mecanismo de defesa do coração, pois um número tão elevado e persistente de contrações ventriculares é incompatível com a vida.

O paciente pode permanecer assintomático, enquanto a atividade ventricular não alterar-se, podendo agravar-se quando aparecer em cardiopatas e em idosos.

Do ponto de vista etiológico, está associado principalmente aos processos que comprometem os átrios, como consequência direta de processos inflamatórios ou degenerativos e como repercussão indireta das lesões mitrales.

As principais complicações são o tromboembolismo, favorecido pela atividade irregular dos átrios, que predispõe à embolização visceral ou periférica, e a insuficiência cardíaca, induzida pelo aumento da frequência.

07. Taquicardia ventricular: É a condição pela qual uma nova área nos ventrículos assume a função do nódulo sinusal, constituindo um foco ectópico (deslocado) de alta excitabilidade. Como o impulso não percorre normalmente o músculo cardíaco, este não se contrai adequadamente. Os batimentos do coração tornam-se mais rápidos. Em função do ritmo acelerado, o coração bombeia menos sangue a cada contração, pois não há tempo suficiente para entrada de sangue entre os batimentos. A cabeça e o corpo passam a receber sangue e oxigenação diminuídos.

A TV é uma arritmia grave, pelo comprometimento de função ventricular, fundamental ao trabalho do coração.

A sintomatologia da TV, comumente, associa-se a da cardiopatia em curso. A tolerância a crise é, frequentemente, má: pode desencadear choque cardiogênico e, não raro, converter-se em fibrilação ventricular (ver adiante) que resulta em aumento do risco de morte súbita.

Do ponto de vista etiológico, excepcionalmente, a TV sobrevém em coração sadio, aparecendo então uma taquicardia ventricular paroxística benigna. Geralmente instala-se sobre uma cardiopatia grave, sobretudo, nas patologias coronarianas, ou ainda, em função de distúrbios eletrolíticos ou por intoxicação digitalica grave.

08. "Flutter"/ Fibrilação ventricular: São as arritmias mais graves e de alto risco de vida. Os ventrículos perdem a capacidade de contração mecânica coordenada, que é substituída por movimentos irregulares e descoordenados, em ritmo caótico, sem efeito contrátil, o que predispõe a interrupção dos batimentos cardíacos.

O quadro clínico caracteriza-se por início súbito e perda da consciência. A frequência cardíaca pode atingir 300 bat/min.

A causa mais comum do "flutter" e fibrilação ventricular é a cardiopatia isquêmica. Doses tóxicas de digitálicos, manipulação do coração (cateterismo, cirúrgico ou trauma torácico), distúrbios eletrolíticos graves (potássio, cálcio, magnésio) também incluem-se entre os fatores etiológicos. Para mecanismos inexplicados de morte, o diagnóstico de FV é o mais comum.

09. Bloqueios cardíacos: Constituem distúrbios da condução do impulso elétrico através do miocárdio, que dificultam ou impedem sua transmissão. Podem ocorrer em qualquer ponto do sistema de condução do coração.

Estas arritmias podem ser: transitórias (com duração efêmera); intermitentes (aparece por paroxismos, alternando-se aos ciclos cardíacos normais) ou crônicas (de longa duração, muitas vezes permanente).

10. Síndrome de Wolff - Parkinson - White (WPW): Também denominada síndrome de condução acelerada e síndrome de pré-excitação.

É uma alteração da ativação ventricular, ocasionada pela chegada antecipada do estímulo cardíaco a uma parte dos ventrículos. Admite-se que vias anômalas de condução permitam que o impulso elétrico faça um "curto-circuito" ao sistema habitual de condução, originando-se a pré-excitação.

Do ponto de vista etiológico considera-se possível origem congênita, embora seja um tema controverso. A síndrome WPW pode sobrevir em qualquer ocasião, desde o nascimento até a vida adulta.

Na WPW não há sintomatologia característica. Comumente a taquicardia é a mais frequente arritmia que acompanha a síndrome de WPW. É uma síndrome considerada benigna, enquanto não ocorrem o flutter e a fibrilação atrial, que, conduzidas rapidamente aos ventrículos podem levar ao flutter ou fibrilação ventricular.

Os motivos mais frequentes de internação de pacientes com distúrbio de ritmo cardíaco são avaliação diagnóstica, definição ou reajuste da terapêutica, usualmente incluindo-se como razão mais imediata o risco de vida. Assim, os pacientes com indicação de internação são aqueles portadores de arritmias potencialmente malignas pelo risco de morte súbita, diferentemente daqueles acompanhados somente a nível ambulatorial.

As terapêuticas utilizadas como recursos para intervenção em arritmias cardíacas, são, medicamentosas, clínicas e/ou cirúrgicas. Segue uma breve explicação sobre o tratamento clínico/cirúrgico de implante de marca-passo.

O marca-passo cardíaco artificial é um aparelho que auxilia ou substitui a função do marcapasso natural do coração, o nódulo sinusal.

O marcapasso emite um fluxo constante de impulsos elétricos ao coração. É indicado quando o ritmo natural do coração torna-se lento demais, provocando sintomas de baixo débito ou colocando o paciente em risco de morte súbita.

Na prática clínica são utilizados marcapassos externos temporários e internos (ou definitivos). O marcapasso externo é indicado em situações de emergência e por breves períodos de tempo. O marcapasso cardíaco definitivo é um aparelho eletrônico que compõe-se de 2 partes: a caixa do marcapasso (gerador, onde se encontram a bateria e os circuitos) e o fio de comunicação com o coração (cabo-eletrodo). É aproximadamente do tamanho de uma caixa de fósforos.

A energia da bateria converte-se em impulsos elétricos dentro dos circuitos e chega ao coração através do fio de comunicação garantindo uma frequência cardíaca eficaz ao funcionamento do músculo cardíaco. O fio é extremamente flexível para resistir aos movimentos do corpo e o contato com o coração se faz pelo eletrodo em seu extremo.

Existem vários tipos de marcapasso cardíaco definitivo. Os maiores avanços neste campo estão relacionados a técnica cirurgia empregada e as modificações introduzidas nos circuitos elétricos do aparelho, permitindo maior versatilidade no seu desempenho.

A principal diferença entre os tipos de marcapasso existentes diz respeito ao tipo de estimulação elétrica.

- . sincrônico: sincroniza a ativação dos átrios e ventrículos (eletrodos colocados nos átrios e nos ventrículos).

- . assincrônico: estimula apenas os ventrículos

Há ainda uma diferença quanto a frequência da estimulação:

- . fixa: o estímulo elétrico é liberado em frequência constante.

- . de demanda: a corrente elétrica é liberada apenas quando o coração necessita (atualmente a maioria dos marcapassos).

O gerador fica localizado sob a pele, geralmente, no lado direito do peito, próximo ao ombro. Raramente pode estar localizado no abdômen.

O fio que sai do gerador passa por uma grande veia e chega ao coração, onde é fixado.

O implante do aparelho é bem mais simples do que as cirurgias cardíacas em geral. As crianças são sempre operadas sob anestesia geral e os adultos raramente. Nestes a anestesia é local e o paciente permanece consciente. A duração da cirurgia é breve e o paciente retorna diretamente à enfermaria. O paciente permanece internado por poucos dias, geralmente 1 a 3. Neste período deve permanecer em repouso absoluto por um intervalo de tempo variável, conforme o tipo de marcapasso.

Para a alta hospitalar, o paciente recebe orientação geral quanto ao cuidado com a incisão cirúrgica. Até 1 mês após o implante, não deverá realizar movimentos fortes com o braço direito. Até 2 meses poderá retomar, aos poucos, as atividades habituais e, em 3 meses, receberá alta com relação a tais restrições, incluindo o retorno ao trabalho. As restrições de atividade que, ocasionalmente, forem mantidas estarão na dependência, das condições cardiovasculares, mais do que do uso do aparelho.

Outro procedimento para intervenção em arritmias cardíacas é o de cardioversão elétrica: uma descarga elétrica aplicada sobre a parede torácica reverte arritmias cardíacas, restaurando o ritmo natural. Leva à sincronização das fibras do coração, após um curto período de relaxamento absoluto.

A indicação tem prioridade absoluta para parada cardíaca por fibrilação ventricular.

As vantagens da reversão elétrica são, rapidez nos resultados, relativa segurança e sucesso em debelar arritmias que ameaçam a vida. Entre as complicações estão: nova FV, embolias periféricas, queimaduras de primeiro grau, dores na musculatura, etc.

No momento da cardioversão o paciente recebe anestesia geral leve ou medicação pré-anestésica simples. A finalidade é mais analgesia que propriamente anestesia.

Outro recurso utilizado é o desfibrilador cardioversor implantável automático (AICD): trata-se de um equipamento eletrônico implantável projetado para monitorar continuamente o ritmo cardíaco e identificar se este ritmo está alterado e precisa de correção. Caso seja detectado que o ritmo do ventrículo é de taquicardia ou de fibrilação, o aparelho aplica um choque direto no coração para corrigir a anormalidade funcional.

O AICD é constituído de um gerador de pulso e eletrodos. É implantado no abdômen logo abaixo da pele. O gerador é ligado aos eletrodos que são ligados dentro ou envolta do coração.

II- Aspectos Psicológicos:

Embora ainda não claramente estabelecido, o papel das emoções no encadeamento etiopatogênico das arritmias cardíacas, as manifestações sintomatológicas de uma patologia do ritmo cardíaco apresentam uma correlação positiva com eventos de natureza psicológica, como fatores desencadeantes.

Considerando-se os casos em que a arritmia cardíaca destaca-se como manifestação patológica, instala-se um duplo confronto do paciente com a situação de doença: a cronicidade, paralelamente, a episódios agudos, de curso rápido e intenso, ambos associados aos quadros da patologia de base da arritmia. A imagem que o doente tem de si mesmo pode manter-se inalterada frente aos episódios agudos, dificultando a reorganização de suas capacidades defensivas, físicas e psicológicas, frente a realidade. A cronicidade, entendida do ponto de vista médico como "estado" duradouro que requer tratamento ou acompanhamento a longo prazo, ganha uma amplitude infinita em termos de reações psicológicas possíveis. Embora tal caráter imponha-se através da possibilidade de recorrência das crises, as atitudes emocionais tendem a variar amplamente, destacando-se em seus extremos movimentos de negação em supervalorização da doença.

Comumente a sintomatologia que caracteriza os quadros de arritmia cardíaca, sobretudo no caso das taquicardias, manifesta-se de forma aguda. Surpreende o indivíduo e subitamente o joga de um estado de equilíbrio para o de doença, representando uma ruptura abrupta e inesperada. A percepção dos batimentos cardíacos embora habitualmente representando um sinal de vida, mobiliza nesses pacientes intensa angústia e temor da morte súbita. Tendo como fonte a alteração do funcionamento cardíaco, representada pela alteração do ritmo cardíaco, levam a um confronto com a perda de controle, muitas vezes, fortemente ameaçador, que pode reatualizar antigas vivências de vulnerabilidade e impotência.

A associação das crises de taquicardia a fatores desencadeantes, além da importância para o médico, constituem uma defesa contra a emergência da angústia para o paciente, na medida em que possibilita certo controle sobre a situação. Frente a tal associação, geralmente, configura-se a postura emocional frente a doença: negação, desafio dos eventos possíveis de desencadear a crise, entre outras possibilidades.

Por ocasião da internação seja para investigação diagnóstica ou definição terapêutica, tais elos de ligação geralmente foram rompidos, seja pelo agravamento do quadro ou por alteração nos resultados do tratamento, colocando o paciente em situação de extrema vulnerabilidade, tanto física, como psicológica. A hospitalização assume, então, função ansiolítica e tranquilizadora. O hospital é comumente percebido, de início, como um ambiente protegido e investido de fantasias de cura. Progressivamente a internação introduz uma sequência relativamente desagradável de situações físicas e psicológicas desgastantes e passíveis de despertar ansiedades suplementares. Para os pacientes que têm poucos sintomas há uma incongruência entre a saúde aparente e a natureza letal da doença.

De modo geral, as implicações psicológicas, além do desconforto físico que acompanha as arritmias cardíacas, parecem incluir importantes efeitos para o paciente. A vivência de perda de controle e medo é comum, contribuindo, em muitos casos, para um sentimento de impotência, o qual por sua vez, pode incrementar níveis de ansiedade, angústia e depressão.

No tocante a implante de marca-passo, a adaptação psicológica do aparelho não é fácil, mesmo no caso mais favorável. Conduz a um estado básico de ambivalência, em que o paciente, por um lado, mantém um sentimento de medo, insegurança e inquietação.

Para o paciente de marca passo a doença cardíaca é, frequentemente, mais abstrata, uma vez que a associação entre desmaio (sintomatologia mais comum das bradicardias) e a cardiopatia não ocorre espontaneamente, e sim a partir do diagnóstico médico. Comumente também o paciente apresenta uma história breve de doença ou tratamento médico, sendo o tempo para preparação do implante consideravelmente breve.

Um procedimento destinado a restituir uma função por controle artificial evoca, entre outros, conflitos concernentes ao controle e ao domínio. Mesmo entre os pacientes, cuja dinâmica psicológica não ressalta este conflito, o fato de terem um objeto estranho funcionando dentro de seus corpos representa uma sobrecarga psicológica importante. O implante envolve a necessidade de uma reestruturação do conceito que o paciente tem de si mesmo e de sua situação de vida. Supõe uma alteração do equilíbrio homeostático (físico e psicológico) para acomodar tais mudanças.

Observa-se que o ajustamento psicológico pode ser dividido em um período agudo, uma fase sub-aguda e a fase do resultado final. De maneira didática têm-se:

Fase 1 - Período Agudo (Fase de pré-operatório e pós-operatório imediato). Neste período os pacientes estão envolvidos pelo assunto de vida e morte. O confronto com a doença torna-se concreto, e os pacientes tomam contato com a importância de seu estado cardiológico. O interesse a respeito do fato de tornarem-se dependentes de um aparelho mecânico é frequentemente expresso. Muitos temem a operação, apesar de relativamente simples. No pós operatório imediato a preocupação com o funcionamento do aparelho é comum, uma vez que a mudança representada pela recuperação do ritmo cardíaco é facilmente perceptível. Neste sentido, o desaparecimento dos sintomas, bem como o bom funcionamento do aparelho, usualmente favorecem este momento.

Fase 2 - Período Sub-Agudo (Fase intermediária da adaptação, após a alta hospitalar). É o momento que sucede a vivência da piora da saúde e do risco de vida e, durante o qual, os pacientes começam a lidar com o implante de forma concreta, em seu aspecto físico e psicológico. Neste período destacam-se as fantasias relativas ao marca-passo e ao seu funcionamento, embora estas possam surgir anteriormente. Também começa a processar-se a integração do aparelho ao esquema corporal.

Fase 3 - Fase Posterior, de resultado final: Uma forma mais estável de integração do marca-passo na vida diária do paciente evidencia-se mais a longo prazo. Observa-se, no entanto, que em função da necessidade de troca do gerador, a adaptação ao uso do aparelho é necessariamente, um processo contínuo.

Na literatura há interessantes formulações a respeito da natureza da ligação que se constrói em relação ao marca-passo, sugerindo, também, a existência de estados transitórios de adaptação. Destacam-se 4 momentos principais:

- Fase Pré-Simbiótica: O paciente sente-se separado do aparelho, o reconhecimento da dependência do aparelho ainda é penoso. Impotência psíquica-angústia.

- Fase Simbiótica: Começa a processar-se a aceitação da dependência de um objeto estranho. É um momento de apaziguamento da angústia.

- Resolução da união simbiótica: o aparelho e o acompanhamento médico são percebidos como importantes, porém, há um sentimento de maior integridade. O paciente entende e coopera, embora possa ter momentos de dúvida e apreensão. Há um relaxamento mais estável das tensões.

- Retorno à personalidade pré-mórbida: A necessidade de união e separação do aparelho foram, de alguma forma, superadas. O paciente começa a voltar-se para o externo e pode retomar suas atividades.

A resolução de tais fases pode ser mais ou menos problemáticas, e é possível dizer que todas tem complicações potenciais associadas, destacando-se a influência de fatores emocionais na maneira como o paciente lida com o procedimento, os quais não podem ser esquecidos, desde o momento da indicação do implante até a sua reabilitação.

Uma resposta considerada sadia ao momento de implante, inclui um grau moderado de ansiedade, leve depressão, aceitação e atenção à doença e seus riscos e um estado de hiperprontidão no sentido de uma determinação realista para viver.

Em outros países, os portadores de marcapasso são pessoas mais idosas do que no Brasil. No InCor a maioria são pacientes em idade produtiva, isto é, na 2 ou 3 década de vida, portadores de moléstia de Chagas. A idade do paciente na época do implante do marcapasso constitui um dos fatores de influência sobre as possíveis diferenças no ajustamento psicológico ao uso do aparelho. Os pacientes idosos (com 50 anos ou mais) tendem a adaptarem-se mais facilmente ao aparelho que os mais jovens (de 18 a 49 anos). Estes últimos tendem a preocuparem-se em demasia com o funcionamento do marcapasso e do coração.

III- Atuação do Psicólogo:

Na fase de pré-implante de marcapasso, quando há tempo suficiente, o objetivo geral da intervenção:

- Investigar a dinâmica psicológica do paciente, dispensando particular atenção a força e debilidade egóica. Verificar fantasias acerca do coração, saúde, morte, aparelho, etc., que determina uma grande parte a resposta emocional e possibilita a correção de idéias distorcidas. Discutir sobre seus problemas e preocupações. Perceber qualidade dos vínculos interpessoais, observar mecanismos de defesa e sua habilidade de usar tais recursos no confronto com a situação.
- Tratar problemas emocionais antes que interfiram no ajustamento agudo.
- Incrementar a comunicação com a equipe de saúde e observar a natureza dos possíveis obstáculos ao contato
- Contato com familiares, que podem representar importante fonte de apoio na fase de pós-operatório destacam-se como objetivos.
- Antecipar o papel de apoio ao restabelecimento do paciente.
- Investigar a presença de possíveis sintomas de dificuldades psicológicas frente a situação e definir conduta compatível.

UNIDADES ESPECIAIS

UNIDADES ESPECIAIS

As unidades especiais compreendem as seguintes áreas: UTI Cirúrgica, UTI Clínica, Neonatos, Unidade Coronariana e Recuperação Cardíaca.

I- Unidades de Terapia Intensiva (UTI Clínica e Cirúrgica)

1. Aspectos Médicos:

A UTI cirúrgica caracteriza-se pelo atendimento a pacientes com complicações pós-cirúrgicas advindos da Recuperação Cardíaca, portadores de diversos tipos de cardiopatias. A UTI Clínica, por sua vez, caracteriza-se pelo atendimento a pacientes portadores de diversas cardiopatias graves que não requerem tratamento cirúrgico, mas apenas clínico. Sendo assim, as UTIs atendem pacientes com os mais diversos diagnósticos em uma situação crítica de sua doença.

Os pacientes internados na UTI clínica podem advir basicamente de duas procedências: ou via Pronto Socorro (geralmente onde chegam encaminhados por outros centros de atendimento médico), ou transferidos de outra unidade do hospital. Os diagnósticos são os mais diversos possíveis. Entre os mais comuns pode-se ressaltar: Miocardiopatia Dilatada, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Acidente Vascular Cerebral (AVC), algumas Valvopatias, Coronariopatias e Candidatos a Transplante Cardíaco.

Os pacientes internados em UTI são submetidos a uma rotina rigorosa de controles e exames constantes, manipulações muitas vezes invasivas e desgastantes como por exemplo: passagem de intra-cath, de Swanganz, diálise peritoneal, passagem de diversos tipos de sondas: vesicais, nasogástrica e enteral. Outras vezes os pacientes estão entubados ou traqueostomizados, o que os impossibilita de se expressar verbalmente.

O tempo de permanência do paciente nestas unidades é bastante variável em função da gravidade e necessidade do caso. Algumas vezes a permanência é muito longa, com duração de várias semanas.

O horário de visita dentro das UTIs é de apenas 1 hora diária e restrito a um familiar por vez. Tal restrição pode ser muito angustiante tanto para o paciente como para os familiares. Porém há exceções onde é permitida a presença do familiar por um período mais prolongado de visita, uma vez que percebe-se que tal presença contribui de forma positiva para um melhor restabelecimento do paciente.

2. Aspectos Emocionais:

Durante sua permanência na Unidade, o paciente fica totalmente submetido à equipe, constantemente exposto a um sem número de estimulações e manipulações, frequentemente sendo submetido a procedimentos penosos e invasivos, muitas vezes com risco de vida.

Diante deste panorama, com vivências de angústia sendo exacerbadas por tratamento tão intensivo, é muito frequente que os pacientes se fragilizem demasiadamente do ponto de vista emocional, apresentando muitas vezes comportamentos ora muito regredidos ora de muita rebeldia.

Observa-se, frequentemente, a ocorrência de algumas manifestações psiquiátricas nos pacientes de UTIs, sendo o delírio e depressão os quadros mais comuns.

Os sintomas do delírio podem ser descritos como alterações da consciência com redução da capacidade de fixar, mudar ou manter a atenção nos estímulos ambientais, transtornos perceptivos, linguagem incoerente, perturbação do ciclo sono-vigília, aumento ou diminuição da atividade psicomotora, transtornos emocionais muito frequentes e variáveis, idéias delirantes pobremente sistematizadas. Os sintomas se desenvolvem num curto período de tempo e sua flutuação é uma das características mais expressivas do quadro, cuja duração habitualmente é breve e com recuperação completa se o transtorno subjacente é corrigido ou controlado com rapidez.

As Síndromes depressivas podem estar associadas à própria doença do paciente ou consequentes a qualquer complicação desenvolvida pelo mesmo durante a internação na UTI.

As causas dessas manifestações são, em geral, multifatoriais e, compreendem várias fontes, desde causas orgânicas (como por exemplo, insuficiências renal e respiratória, transtornos

metabólicos, etc.), efeitos colaterais de medicamentos, predisposição de personalidade e fatores ambientais.

Os familiares vivendo o contraponto da experiência do paciente, muito sensibilizados pela criticidade do estado do familiar podem apresentar-se tão angustiados, com um sofrimento tão intenso, que podem, inclusive, dificultar sua relação com o paciente e/ou com a Instituição.

Alguns casos são de pacientes em fase terminal, sendo a morte uma possibilidade quase sempre presente dentro da Unidade, possibilidade mobilizadora de muita tensão em todas as pessoas que se relacionam direta ou indiretamente com o paciente.

Por outro lado, nem todos os pacientes internados na Unidade são, necessariamente, paciente em estado grave, sendo que a internação na UTI se justificaria pela necessidade de alguns cuidados mais delicados,. Porém, o fato de estarem em uma UTI, por vezes, possui para os pacientes a conotação de maior gravidade do que a realidade do seu quadro clínico, além de ficarem expostos a vivências angustiantes em relação a si e ao outro (intercorrências, morte, etc).

Assim, percebe-se que a UTI é o local onde não apenas o tratamento é intensivo mas também todos os sentimentos e vivências são forçosamente intensificados, tanto sentimentos de impotência e desespero como reações de rebeldia e agressividade são exacerbadas dentro deste contexto.

3. Atuação do Psicólogo:

O trabalho psicológico com o paciente é voltado basicamente para o momento que ele está vivendo dentro da UTI, isto é, os sentimentos e angústias que tal internação evoca. É importante ressaltar que algumas vezes esbarra-se em limites concretos que dificultam sobremaneira o atendimento habitual, particularmente em casos de AVC extenso ou quando o paciente encontra-se entubado ou traqueostomizado, e muitas vezes tendo que ser sedado. É utilizado, nestes casos, como recurso, na medida do possível a comunicação não verbal como forma de ser continente à angústia despertada no paciente frente a seu estado. Particularmente nestes casos o trabalho com os familiares se torna mais produtivo, sendo oferecido à família uma continência das angústias e receios que vivem em função da gravidade do estado do familiar, instrumentalizando-os para lidar com esta situação.

Independente de qualquer caso o serviço se coloca à disposição de todos os pacientes e familiares, além de assessorar e orientar a equipe na compreensão das vivências do paciente, particularmente quando este se torna não colaborativo com o tratamento, o que mobiliza angústia e muita raiva nesta equipe.

O acompanhamento psicológico se dá enquanto o paciente se encontra na unidade. Uma vez transferido para a enfermaria, de retaguarda ou a de origem, o paciente pode ou não continuar a ser acompanhado pela psicóloga em função da necessidade da continuidade do profissional da área que recebe o paciente.

II- Unidade Coronariana:

1. Aspectos Médicos:

A Unidade Coronariana (UCO) é uma unidade de terapia intensiva altamente especializada no atendimento a pacientes na fase aguda do infarto do miocárdio. (Ver doença arterial coronariana).

A exigência de atender tais pacientes em situação intensiva existe dado o risco de vida tão marcante na fase aguda do infarto e acaba por distinguir esta unidade tanto das enfermarias do hospital quanto das outras UTIs que, por sua vez, são especializadas em lidar com diversos tipos de cardiopatias graves. Da situação de risco destes pacientes advém a necessidade imperiosa de se combinar o trabalho de especialistas altamente qualificados com aparelhos de alta precisão tecnológicas tais como, ventiladores, monitorização hemodinâmica de beira de leito, bomba de infusão, eletrocardiograma, cateter especiais para medidas hemodinâmicas, hemodializadores, etc.

No InCor, os quartos da UCO tem dois acessos - um interno para a equipe e outro externo para as visitas. Por este acesso externo, o quarto recebe também luz natural durante o dia, além de propiciar a percepção da vista da cidade, e ser um local de contato com a família quando o paciente

se encontra em melhores condições e esta liberado do repouso absoluto. Estes dados diferenciam sobremaneira, do ponto de vista psicológico, a Unidade Coronariana das outras unidades especiais.

A subdivisão em pequenos quartos individuais garante ao paciente um mínimo de privacidade tanto para ser atendido pela equipe, quanto para poder descansar, e ainda pode manter algum contato com o mundo exterior.

Os profissionais trabalham num clima carregado de constante tensão, convivendo sempre com a iminência de algum risco ou desequilíbrio no estado do paciente. Existe sempre a necessidade de atuações frequentes e incessantes frente aos inúmeros pacientes, principalmente da parte da equipe médica e de enfermagem, consistindo num eterno lidar com vivências de onipotência e impotência diante do desenrolar dos casos.

O paciente infartado interna, em geral, via Pronto Socorro. Em geral, trata-se daquele indivíduo que se encontrava em casa ou no trabalho e que começa a sentir os primeiros sintomas que vão se agravando, até sua chegada ao Pronto Socorro, onde recebem um primeiro atendimento. Feito o diagnóstico e finalmente constatado o IAM, o paciente é transferido para a UCO.

O paciente é então introduzido na rotina da unidade, recebendo orientação clara e específica para manter repouso absoluto, não realizando nenhum esforço e sem se ausentar do leito em hipótese alguma nas primeiras horas pós infarto. É imediatamente ligado aos monitores de beira de leito, que controlam a frequência cardíaca, e recebe a medicação segundo prescrição médica, em geral nas primeiras horas via venosa através de uma bomba de infusão, que é um aparelho que controla em doses exatas, o fluxo das drogas aplicadas no organismo do paciente. Além disso, a rotina consiste ainda de controles constantes de pressão, temperatura, frequência cardíaca, coleta de sangue, urina e culturas para diversos exames diários, chapas radiográficas, além de outros exames específicos para cada caso.

A cirurgia de revascularização do miocárdio (Ponte de Safena) é indicada em alguns casos, com o objetivo de prevenir novos infartos. Pode ser indicada com maior urgência e, neste caso, realizada ainda durante esta internação; ou pode ser indicada a longo prazo, quando o paciente tem alta hospitalar e recebe acompanhamento ambulatorial até que seja decidida uma data para o procedimento.

A angioplastia coronária pode ou não ser combinada à terapêutica trombolítica. Quando combinada, pode ser realizada tanto no período precoce (logo após a indicação da terapêutica), como num período tardio (a partir de 48 hs do início do tratamento), dependendo do caso.

Quando o paciente procurou o hospital o mais rapidamente possível após o início da dor torácica, pode haver a reperfusão miocárdica - rTPA. O doente recebe trombolíticos por via endovenosa com o objetivo de reperfundir as artérias obstruídas. Neste procedimento é fundamental determinar qual paciente pode beneficiar-se da terapêutica trombolítica sem um inaceitável risco de complicações hemorrágicas, daí a necessidade de uma triagem adequada dos pacientes respeitando uma série de critérios de indicação para o tratamento. Sabe-se, atualmente, que esta terapêutica melhora a mortalidade hospitalar quando é administrada dentro das primeiras horas desde o estabelecimento dos sintomas em alguns pacientes.

Alguns casos recebem apenas indicação de tratamento clínico, mas todos necessitam de um acompanhamento médico ambulatorial após esta internação.

Em função da ampla gama de tratamentos possíveis e da infinita particularidade de cada caso, fica difícil determinar o tempo de permanência no hospital. Em geral, o paciente infartado sem maiores complicações permanece na UCO em repouso absoluto até o 3 dia pós-infarto. No 4 dia o repouso passa a ser relativo e, entre o 5 e 6 dia, ou tem alta hospitalar direto da UCO, ou é transferido para a enfermaria de retaguarda quando houver necessidade de aguardar novos exames ou cirurgia.

Uma vez tendo recebido alta hospitalar, o paciente pode ser liberado para o retorno às suas atividades habituais entre 3 a 5 semanas pós-infarto.

2. Aspectos Emocionais:

A UCO recebe pacientes vítimas de infarto, pessoas que, na grande maioria, repentina e inadvertidamente se vêem tomadas de uma dor insuportável, ameaçadas de morte e, em geral, com uma noção bastante presente desta ameaça.

Assim, buscam o socorro médico para livrar-se da possibilidade iminente de morte e, tão logo atendido, medicado e sentindo alívio da dor, esta ameaça começa a se dissipar. Deste momento em diante pode começar um processo de idealização dos médicos, do hospital. Observa-se que a grande maioria dos pacientes vai referir, nos primeiros dias de internação e quando aliviados da dor, que o hospital é maravilhoso, o atendimento é incomparável, etc. Da mesma forma, passada a ameaça mais iminente de morte, a tendência geral é afastá-la da mente e, muitas vezes, sentir que os cuidados tão intensos são quase que desnecessários: o paciente sente-se bem e começa cansar-se da internação.

O paciente da UCO está obrigatoriamente restrito ao leito, em repouso absoluto, enfrentando uma situação de alto risco de vida, submetido à excessiva e constante manipulação e controle. Totalmente exposto, à mercê da equipe, afastado da família, sozinho entre desconhecidos e passado a experiência mais angustiante do momento do infarto, o paciente em geral começa a ansiar pela sua alta, desejando o retorno ao lar. Muitas vezes esta ansiedade em sair do hospital é tão grande, o processo de internação é encarado como tão agressivo e violento, mobilizador de tanta angústia, que torna esta vivência extremamente difícil para o paciente. Para pacientes que dispõem de mais recursos internos, a experiência é vivida de forma mais adequada, com ansiedade mobilizada mas dentro de limites passíveis de autocontrole e suportáveis, sem trazer características tão pesadas.

Por outro lado a família do paciente vive um momento muito angustiante ante a incerteza frente ao que aconteceu e que pode acontecer, com um misto de esperança na recuperação e angústia frente ao risco de vida. Pode surgir a raiva por não poder estar mais tempo junto ao paciente (junto com um sentimento de impotência, muitas vezes), assim como a dificuldade em vir visitá-lo e permanecer ao lado dele, vendo-o sofrer. Nesta ocasião são reativados todos os sentimentos de culpa, agressão, acusação, etc.

Todas essas características podem ser observadas no paciente e familiares, com maior ou menor intensidade, mescladas com outros sentimentos e sensações, mais presentes em alguns pacientes que em outros, enfim, em uma infinita combinação peculiar a cada ser humano único e particular.

3. Atuação do Psicólogo:

Como os pacientes estão acamados, os atendimentos são individuais, à beira do leito. A prioridade de atendimento a pacientes e familiares se dá pelos seguintes critérios:

- Solicitação da Equipe: a observação que a equipe faz dos pacientes deve ser levada em conta já que os profissionais lidam diuturna e intensamente com o paciente. Desta forma, podem observar com facilidade o processo de doença e internação.

- Casos em estado grave: quando o paciente encontra-se com aviso de estado grave é dado prioridade ao atendimento da família, e ao paciente, quando este se encontra em condições de ser atendido (consciente e disponível para o atendimento). Nestes casos facilita-se para a família e paciente a expressão da angústia mobilizada pelo alto risco de vida.

- Contatos de Rotina: é rotina do psicólogo apresentar-se a pacientes novos, a fim de que estes saibam da existência do serviço e que possam solicitá-lo caso assim julguem necessário. Este é um momento em que possam solicitá-lo caso assim julguem necessário. Este é um momento em que se pode observar (muito superficialmente) se não há alguma demanda mais imediata para o atendimento. Deve ser dada atenção especial a pacientes muito jovens com diagnóstico de infarto. Necessariamente exigiriam pelo menos, uma entrevista para conhecer e observar o paciente já que são os de risco de vida alto, e os que mais surpreendem-se com a interrupção de suas atividades produtivas. São também aqueles cujas famílias ficam mais desordenadas em função de se encontrarem com mais frequência em fase de estruturação e equilíbrio em todos os sentidos: financeiros, sociais e até emocionais.

Quando os pacientes são transferidos da UCO para a enfermaria de retaguarda, o atendimento pode continuar a ocorrer na enfermaria até o momento da alta hospitalar, quando de sua necessidade.

III- Unidades para Neonatos

1) Aspectos Médicos:

A Unidade para Neonatos oferece assistência a crianças recém nascidas portadoras de cardiopatias congênitas complexas e a crianças com complicações pós cirúrgicas, que necessitam de um cuidado mais intensivo até que possam voltar a sua enfermaria de origem. As cardiopatias mais frequentes no primeiro ano de vida são quase na sua totalidade decorrentes de problemas anatômicos (vide cardiologia pediátrica).

As crianças internadas nos leitos clínicos vêm, em sua grande maioria, da própria maternidade, com poucos dias de vida. Assim, muitas vezes a mãe não acompanha a criança, vindo então em companhia do pai ou outra pessoa responsável. Muitas crianças são trazidas de outros estados em busca de atendimento especializado. O recém nascido com suspeita de cardiopatia congênita cianótica deve ser considerado de 30 a 40%. O prognóstico dessas crianças depende de fatores variados, incluindo a rapidez na assistência, gravidade do caso e tipo de tratamento administrado.

As crianças que ocupam os leitos pós cirúrgicos vêm da Recuperação Cardíaca, sendo a faixa etária variada, porém com concentração maior de crianças até 3 anos de idade. O tempo de permanência da criança na unidade é variável, podendo compreender várias semanas.

O horário de visita é de 1 hora diária, não excedendo a duas pessoas por vez. Há exceções, por exemplo, quando a mãe amamenta a criança, neste caso, é permitida a entrada nos horários das mamadas, no decorrer do dia.

No quarto de isolamento é permitida a presença de um acompanhante. Este leito destina-se à criança infectadas e na grande maioria com internação prolongada. As crianças são submetidas a tratamentos variados, em geral envolvendo cuidados intensivos, procedimentos delicados e muitas vezes agressivos. Desta forma, a criança fica exposta a várias manipulações da equipe, necessárias e inerentes ao tratamento mas que compreendem situações novas para a criança, possivelmente ameaçadoras e intensificadas pelo distanciamento do contato com a mãe e familiares.

2. Aspectos Emocionais:

O nascimento de uma criança gera um desequilíbrio nas relações familiares, exigindo a adaptação de todos os membros a uma nova constelação familiar. Com a vinda de uma criança doente (cardiopata), o nível de angústia é muito intenso e os pais passam a entrar em contato com emoções variadas, que estão relacionadas à possibilidade real de morte da criança (antagônica à expectativa de vida, geração, inerente à gravidez e parto).

No curso da gestação tanto a mãe como o pai constróem uma imagem mental de seu filho. Quando nasce a criança, surge o conflito ante a discrepância entre a imagem idealizada, o desejo, e a realidade. Torna-se importante a elaboração da perda deste filho idealizado para que se torne possível a aceitação e aproximação afetiva à criança.

Frente a descoberta precoce da cardiopatia, os pais podem assumir atitudes protetoras ou até de rejeição implícita ou explícita. Reagem frente a notícia com sentimentos de choque, tristeza, ou com negação total do problema cardíaco. Assim, se faz importante e fundamental que a equipe possa fornecer aos pais a oportunidade de conversar sobre o diagnóstico e poder adequar a realidade do estado do filho.

Na unidade de Neonatos, verifica-se um comprometimento no vínculo mãe-criança, decorrente de um lado pela condição real e necessária da separação física e, de outro, pela própria dificuldade de aproximação do familiar, que se sente muitas vezes confuso, desejando o contato ao mesmo tempo que o rejeita ou o teme. São vivenciados fatores de intensa angústia tanto para a família quanto para a equipe que assiste a criança. A todo instante, estão em confronto sentimentos de onipotência/impotência, o que faz com que seja intensa a mobilização interna por parte de todos.

É importante que os pais, com o tempo, possam aceitar e aprender a conviver de forma mais adequada com a cardiopatia do filho, pois assim fica facilitada também a forma da própria criança lidar com sua enfermidade. Se conseguem verdadeiramente amá-la, a criança pode ter maior

segurança, desenvolvendo sua auto-imagem, auto-estima, que certamente interfere em suas relações futuras.

3. Atuação do Psicólogo:

O trabalho do psicólogo é quase que totalmente voltado para assistência psicológica ao familiar a fim de possibilitar expressão de todo o sofrimento e conflitos vivenciados neste período, visando melhor elaboração e possibilidade de compreensão mais abrangente acerca do que é vivenciado neste momento.

O outro papel do psicólogo é também oferecer assessoria a equipe na compreensão das vivências e sentimentos dos familiares, sentimentos que estão permeando todas as relações (pais-crianças-equipe).

Excepcionalmente, podem ser internadas na Unidade crianças maiores de 3 anos de idade. Nesses casos, é oferecida assistência psicológica à criança enquanto permanece na unidade, além do acompanhamento aos pais. Este atendimento aos pais é realizado em grupo com frequência semanal e complementado com acompanhamento individual pela psicóloga da unidade.

IV- Unidade de Recuperação Cardíaca:

1. Aspectos Médicos:

Quando a cirurgia termina, o paciente é levado para a sala de recuperação, que fica ao lado do centro cirúrgico. Geralmente permanece aí em torno de 48 horas. Este período pode, no entanto, ser ampliado para melhor avaliação, assistência ou mesmo por haver alguma complicação no estado clínico do paciente. Em seguida, é encaminhado para leito da enfermaria, quando a condição clínica estiver estável, ou UTI, se houver necessidade. A sala de recuperação consiste em local de intensa agitação, pois nela ficam profissionais atuando diuturnamente. As luzes permanecem sempre acesas, ocasionando, às vezes uma desorientação temporal no paciente.

Neste local, o paciente não pode receber visitas de familiares e/ou amigos. Numa tentativa de minimizar os efeitos dele estar num ambiente novo com pessoas desconhecidas, o psicólogo pode combinar com o paciente, ainda na fase pré-operatória, de ir contactá-lo na sala de recuperação.

É importante também que o paciente saiba das características deste ambiente no qual terá que, necessariamente, ficar por algumas horas, pois é de se esperar que estando organicamente debilitado e emocionalmente fragilizado com a intervenção cirúrgica, possa intensificar estes estados com o impacto do ambiente desconhecido.

Nesta sala, o paciente é permanentemente observado por profissionais, o seu despertar ocorre algumas horas após sua chegada. Por precaução seus braços ficam com os movimentos limitados para evitar a desconexão dos aparelhos. Há também diversos tubos e equipamentos ao redor do paciente. Cada um destes, tem por sua vez, uma importante função:

- Tubo Endotraqueal: é um tubo colocado na traquéia, através da boca, no início da cirurgia. Ele é ligado à uma máquina respiratória que promove a respiração do paciente neste período. O paciente permanece com este tubo, na sala de recuperação, até que sua respiração seja normalizada (o que em média ocorre poucas horas após a cirurgia).

Enquanto estiver com o tubo, o paciente não pode falar, porém outras formas de comunicação podem ser utilizadas, pela equipe e pelo paciente. É importante que o paciente saiba, que apesar deste tubo causar um certo desconforto, este pode, no entanto, ser minimizado se tentar relaxar os músculos do pescoço e se procurar não engolir.

- Tubos para drenagem: um ou dois tubos são colocados através de pequenas incisões na área torácica para drenagem de sangue e secreções que podem se acumular na área cirúrgica e na cavidade torácica. Estes tubos são removidos quando as secreções estiverem drenadas, isto ocorre geralmente no 1 ou 2 dia após a cirurgia.

- Sonda Nasogástrica: este tubo é colocado através das narinas até o estômago do paciente para remover líquidos e ar engolidos. Este tubo é necessário por um ou dois dias até minimizar as náuseas e vômitos.
- Sonda para soro: soro intravenoso poderá ser dado ao paciente para repor líquidos e sangue perdido durante a cirurgia e para satisfazer suas necessidades diárias até que este consiga tolerar alimentos e líquidos novamente pela boca. Poderão também ser colocados nesta sonda os medicamentos prescritos.
- Sonda Vesical: um cateter é colocado dentro da bexiga, permitindo uma observação cuidadosa da urina eliminada. O paciente, algumas vezes, pode sentir necessidade de urinar, mas isto ocorre devido à presença do cateter. Esta sensação pode ser minimizada se ele tentar relaxar e permitir que a urina flua através do cateter, sem nenhum esforço de sua parte.
- Monitor Cardíaco: pequenos eletrodos são colocados na região anterior do tórax. Estes eletrodos são conectados a um monitor que providencia um funcionamento contínuo da frequência e ritmo cardíaco.
- Fio de Marcapasso: durante a cirurgia, um pequeno fio (eletrodo) pode ser colocado sobre a superfície do coração através de uma pequena abertura na pele. Os fios são temporários mas podem ser conectados à uma bateria de marcapasso no momento em que o coração desenvolver um ritmo lento ou irregular. A retirada deste fio ocorre geralmente no dia da alta através de simples tração.
- Exercícios e tosses: durante a fase de recuperação é muito importante que o paciente se esforce em exercícios de respiração prolongada e tosses, a fim de prevenir complicações pulmonares. Geralmente, o fisioterapeuta da equipe se encarrega de dar instruções adequadas mesmo antes da cirurgia, informando como realizar efetivamente estes exercícios. O paciente é acompanhado pela fisioterapia na sala de recuperação e no retorno a enfermaria. O nível de atividade é também controlado progressivamente.
- Sudorese excessiva: é comum que os paciente após a realização da cirurgia, transpirem excessivamente durante o sono. Isto pode ocorrer até mesmo após a alta hospitalar, mas acaba desaparecendo com o tempo.
- Redução do Apetite: os pacientes podem ter uma redução no apetite por duas a três semanas depois da cirurgia. Algumas vezes as sensibilidades gustativa e olfativa são reduzidas temporariamente. As preferências alimentares bem como as dificuldades inerentes à este período, podem ser vistas por algum membro da equipe de nutrição.
- Atividade Intestinal: A atividade intestinal pode ficar mais lenta que o normal, após a cirurgia. Quando o paciente começa a alimentar-se e quando o seu nível de atividade física aumenta, a atividade intestinal geralmente volta ao normal.
- Dificuldade na concentração: o paciente pode sentir dificuldade para concentrar-se por um período de tempo em seguida a cirurgia, porém isto geralmente é temporário.
- Distúrbios de Sono: Muitos pacientes relatam que vivenciam distúrbios contínuos de sono. São devidos aos medicamentos, e também a fatores emocionais.
- Dores: é frequente o relato dos paciente sobre dores ou desconforto na área da incisão. Os pacientes podem conseguir tossir e respirar profundamente com menor desconforto se forem regularmente medicados nos primeiros dias depois da cirurgia.

2. Atuação do Psicólogo:

A atuação do psicólogo na sala de recuperação é limitada devido as condições físicas do paciente e condições ambientais. Porém, os objetivos de sua ida à recuperação cardíaca são vários:

a) Facilitar a expressão de sentimentos do paciente, através de sua presença e disponibilidade para ouvir. Nesta situação, mesmo após a retirada do tubo endotraqueal, muitas vezes o paciente se mostra mais quieto, sonolento e suas verbalizações giram em torno de seu estado físico.

b) Estabelecer ponte de ligação entre o antes e o após cirurgia, uma vez que é o único elemento da equipe conhecido pelo paciente. Na recuperação cardíaca todos os outros profissionais são específicos da unidade.

c) Favorecer que o paciente se oriente em termos de tempo e espaço. Nos contatos com o paciente conversando a respeito do tempo que ele está na unidade, dos procedimentos que já foram realizados e dos que ainda serão, o paciente vai conseguindo readquirir a noção de tempo que fica prejudicado nesse ambiente.

d) Avaliar o estado mental e emocional do paciente e orientar a equipe para o estabelecimento de relações mais adequadas.

UNIDADE DE TRANSPLANTE

CARDÍACO

TRANSPLANTE CARDÍACO

O transplante cardíaco é um conjunto de procedimentos multidisciplinares que se iniciam muito antes da cirurgia e estendem-se durante um longo período após essa intervenção.

O transplante cardíaco é um procedimento indicado para pacientes que apresentem doenças cardíacas terminais ou com prognóstico reservado e sem alternativas de boa evolução com tratamentos clínicos ou cirúrgicos. Neste grupo, destacam-se as miocardiopatias dilatadas (aumento considerável da área cardíaca), decorrentes principalmente de problemas coronarianos, processos inflamatórios (miocardites, doença de chagas) ou ideopáticas. Nestes casos, mesmo clinicamente tratadas, alguns pacientes apresentam uma perspectiva de sobrevida reservada em um ano, e com qualidade de vida ruim. Ou seja, apresentam descompensações frequentes, insuficiência cardíaca congestiva, edemas, hepatomegalia e dispnéia, com restrição importante de atividades.

A realização do transplante subentende uma rigorosa seleção de doadores e receptores. Para tanto, existem protocolos de avaliação das condições clínicas de ambos.

A seleção do doador inicia-se com o diagnóstico de morte cerebral e a autorização legal para retirada de órgãos. Levam-se em consideração vários critérios clínicos, entre outros a idade, a inexistência de problemas cardíacos e infecções ou tumores malignos de qualquer natureza.

A seleção do receptor se dá a partir de uma avaliação clínica que visa diagnosticar precisamente a situação de falência cardíaca, bem como de afastar possíveis contra-indicações clínicas, como por exemplo disfunções renais ou hepáticas irreversíveis, infecções ativas, distúrbio vasculares importantes e não aderência às ações terapêuticas propostas.

Estando doador e receptor em condições favoráveis, realiza-se a cirurgia de troca de órgão (transplante ortotópico). A técnica cirúrgica é considerada simples, tendo a cirurgia uma duração média de 6 horas. Inicia-se com a manipulação do doador. O coração é retirado, deixando-se uma parte do átrio esquerdo, todo o átrio direito e trechos da aorta e artéria pulmonar, para facilitar o ajuste no momento do implante.

Paralelamente, o receptor é colocado em circulação extracorpórea, seguindo-se a retirada do coração. Recorta-se o átrio direito, o esquerdo e a artéria pulmonar deixando estas estruturas mais curtas que as do coração a ser implantado.

Realiza-se então o reimplante, com a sutura do átrio esquerdo, direito e da artéria pulmonar e aorta.

Já suturado totalmente o novo coração, a pinça da aorta é aberta e o sangue volta a fluir, estimulando os batimentos cardíacos.

Existe uma outra técnica que é a de transplante heterotópico. Trata-se do implante de um segundo coração que auxilia o coração natural. Esta técnica é uma alternativa ao transplante cardíaco ortotópico, e não como primeira opção.

O órgão transplantado é reconhecido pelo organismo como agente estranho, e induz resposta imunológica contra o mesmo. Este fenômeno denomina-se rejeição. Para evitar tal agressão ao órgão, é necessário o uso de drogas imunossupressoras, que rebaixam o potencial de combate do sistema imunológico do paciente. Assim, surge portanto a possibilidade do aparecimento de infecções oportunistas. As drogas precisam então ser administradas de tal forma que impeçam o aparecimento da rejeição mas não exponham o organismo demasiadamente a infecções.

Tais drogas imunossupressoras podem surtir efeitos colaterais importantes, como por exemplo: aumento de peso e apetite, síndrome de Cushing, hipertensão, hiperglicemia, catarata, distúrbios de comportamento (depressão grave, alterações de personalidade, esquizofrenia, euforia, excitação, hiperirritabilidade, manifestações psicóticas e tendência ao suicídio), tremores, disfunção renal e edema facial entre outros.

É possível fazer diagnóstico precoce de rejeição e intervir de forma eficaz para interromper este processo. Para isto, o paciente submete-se a biópsias de rotina. São exames invasivos que colhem fragmentos do músculo cardíaco para análise. A princípio, o paciente submete-se a biópsias semanais durante o primeiro mês. No 2 e 3 mês as biópsias são quinzenais. A partir de então passam a ser mensais até o término do primeiro ano. Em seguida passam a ser trimestrais.

No pós-operatório imediato o paciente precisa de uma proteção intensa contra as infecções oportunistas. Por isso, permanece na Recuperação Cardíaca (REC) por um período de

aproximadamente 4 a 6 dias. Aí recebe cuidados intensivos, permanecendo em repouso a maior parte do tempo e recuperando-se de forma semelhante aos demais pacientes de cirurgias cardíacas no pós-operatório imediato (vide). Pode receber visitas diárias de 15 minutos, sendo que os contatos se dão através de uma janela, uma vez que o paciente encontra-se em isolamento.

Após este período, é transferido para a unidade de transplante. São quartos individuais semelhantes aos de enfermaria comum, embora com alguns recursos técnicos adicionais (monitores, bombas de infusão, etc). A unidade possui também telefone e T.V. O paciente permanece aí por aproximadamente 4 semanas. A principal diferença entre esta unidade e as enfermarias reside na assepsia da mesma. Devido a necessidade de proteção contra infecções, a unidade é isolada e recebe cuidados de assepsia mais rigorosos. Neste mês, o paciente passa por um período de adaptação à rotina de medicação, asseio e dieta alimentar que deverá seguir, sendo aos poucos incentivado a responsabilizar-se por sua medicação e rotinas diárias. Ou seja, é incentivado e supervisionado a auto cuidado: deve tomar sua medicação, cuidar para que seus objetos, roupas e ambiente estejam sempre limpos; utilizar ainda máscara de proteção sempre que estiver em locais de aglomeração de pessoas; observar dieta alimentar hipossódica e com restrição de alguns alimentos. Paralelamente ocorre o ajuste da medicação que é feito a partir da observação da evolução clínica do paciente e do controle da rejeição (biópsias).

Após este período, o paciente recebe a alta hospitalar, retornando para consultas e exames de controle. Tais consultas ocorrem a princípio semanalmente. Cresce o intervalo entre as mesmas na proporção em que o paciente apresenta condições físicas satisfatórias. A não aderência ao tratamento pode levar a complicações graves e óbito.

II- Aspectos Emocionais:

O transplante deve ser entendido como uma "troca de doença", onde o paciente deixa de apresentar complicações cardíacas graves mas passa a conviver cronicamente com as implicações já descritas, decorrentes do procedimento.

A aderência ao tratamento é fundamental para o sucesso do procedimento em termos de qualidade de vida. Aderir, neste caso, significa submeter-se a uma série de privações e rotinas paralelamente à obtenção de uma sensível melhora da capacidade física. Assim é que o paciente volta ao convívio social podendo usufruir sem problemas, desde que respeite o uso da máscara (proteção contra infecção) e a dieta alimentar (pouco sal e pouco açúcar). O paciente pode desenvolver suas atividades habituais obedecendo a cuidados de higiene e medicação. Percebe-se, pois que faz-se necessária a existência de um potencial emocional para adaptar-se a tais mudanças de forma a garantir um bom estado de saúde (aderência) e uma qualidade de vida, em termos psicossociais, satisfatórios.

Deste modo, faz-se necessário que o paciente apresente certas condições intelectuais e emocionais: pacientes que não apresentam distúrbios psiquiátricos e/ou certo grau de deficiência mental encontram-se em condições de receber a possibilidade de TC como uma opção de tratamento e beneficiarem-se da mesma. Ao passo que, indivíduos com comprometimento emocional importante acabam desenvolvendo quadros psicopatológicos limitantes, em alguns casos ocorrendo inclusive alto risco de suicídio.

Paralelamente, variáveis sociais mostram-se igualmente importantes para um seguimento adequado do procedimento. O médico clínico, o psicólogo e o assistente social, ao confrontarem suas informações sobre os pacientes, identificam os indivíduos que tem condições mais satisfatórias de sucesso no tratamento. Preocupa-se, portanto em garantir melhores condições de vida ao paciente. O transplante só é uma opção de tratamento quando o paciente apresenta certas condições biopsicossociais básicas que lhe permitam conviver com a situação de cronicidade que se instala, sem comprometimento drástico da qualidade de vida.

Não se deve esquecer que, antes de mais nada, trata-se de uma população de pacientes terminais, sendo fundamental a inclusão da questão da morte na abordagem psicológica dos mesmos.

III- Atuação do Psicólogo:

O paciente candidato a TC passa, desde o período de avaliação até a alta hospitalar, por diferentes situações. A abordagem psicológica varia em função do momento em que o paciente se encontra, seja no pré, peri, e pós operatório, e após a alta hospitalar.

a. Pré-transplante: é neste momento que o paciente se aproxima concretamente da gravidade de seu estado. Passa também a ter contato com a possibilidade de transplante. Surgem dúvidas e questionamentos sobre o procedimento e sobre a situação de terminalidade. Cabe ao psicólogo um trabalho psicoterápico de apoio tendo como foco a situação de eminente transplante e o conflito da decisão (submeter-se ou não). Busca-se desta forma a retomada de recursos internos que permitam ao paciente posicionar-se de forma mais equilibrada diante da situação. E este equilíbrio pode-se dar tanto no sentido de uma aceitação como de uma recusa do procedimento. Informado sobre os benefícios e dificuldades do procedimento e apresentando condições psicológicas favoráveis, o paciente pode participar de seu tratamento de forma mais ativa e integrada.

Paralelamente a este trabalho psicoterápico de apoio, realiza-se uma avaliação das condições psicológicas do paciente. Esta avaliação tem por objetivo identificar possíveis comprometimentos de ordem emocional que possam interferir na evolução do pós operatório (não aderência, desenvolvimento de quadros psicopatológicos) comprometendo a qualidade de vida.

Tal avaliação é constituída pelos seguintes critérios:

- Antecedentes psiquiátricos: a identificação de antecedentes psiquiátricos é importante na medida em que pode oferecer parâmetros para se avaliar a probabilidade do paciente vir a apresentar no pós TC uma intensificação de quadros psicopatológicos (potencialmente observados no pré TC) em função da medicação e/ou de possíveis dificuldades emocionais de adaptação.

- Estado psicológico atual: refere-se a configuração emocional atual do paciente. Observa-se a utilização de recursos egóicos e mecanismos de defesa em situação de crise (pré TC). Tais dados são fundamentais na detecção do potencial adaptativo, bem como das condições de discernimento e posicionamento diante da proposta de cirurgia.

- Álcool e Drogas: os pacientes drogaditos ou alcoólatras via de regra não são candidatos a transplante em função principalmente da existência de fragilidade egóica, do ponto de vista psicológico e, sob o ponto de vista clínico, do comprometimento que o fígado já possa ter, dificultando a metabolização das substâncias terapêuticas que deverão ser ingeridas.

- Atividade intelectual: Faz-se necessário que o paciente apresente capacidade de absorção e processamento de informações suficiente para poder responsabilizar-se por seu tratamento (decisão sobre TC e rotinas pós TC) sem que isto se torne um ônus muito grande para ele e sua família.

- Estrutura familiar: Observa-se, principalmente em nosso meio socio-cultural a importância da existência de vínculos estáveis de relacionamento familiar para uma boa recuperação e adaptação do paciente pós TC Intensifica-se o contato, uma vez que o paciente passa a conviver em maior frequência dentro de sua casa, dependendo dos familiares física e emocionalmente de forma mais acentuada.

- Relação que estabelece com a doença: interessa especialmente identificar, na história de vida do paciente elementos que digam sobre sua adaptação à situação de doença. Tal adaptação pode variar em função do caráter agudo ou crônico de sua doença atual, bem como de suas vivências de outras doenças. A aderência ao tratamento é outro ponto importante a ser investigado bem como sua compreensão sobre seu estado atual.

A avaliação é realizada através de entrevistas semidirigidas com o paciente e familiares (4 a 6 entrevistas). Quando necessário são utilizados alguns testes projetivos como por exemplo o Machover, o AT e o PFISTER. Com isso busca-se levantar a condição emocional do paciente, avaliando a possibilidade de intervenção psicológica dentro da especificidade da situação.

b) Peritransplante: Refere-se ao momento em que o paciente encontra-se ainda na unidade de recuperação cardíaca (REC). É um período onde podem ocorrer oscilações do nível de consciência e quadros confusionais devido em sua maioria ao excesso de manipulação durante cirurgia (drogas, circulação extracorpórea) e após a mesma. O paciente encontra-se bastante destituído de sua privacidade e sem controle sobre o ambiente, o que pode gerar ansiedade, sensação de abandono e despersonalização. Neste momento cabe ao psicólogo, em suas intervenções, ajudar o paciente a retornar sua identidade e autonomia, assegurando-lhe um espaço para continência de seus medos e ansiedade e fortalecendo defesas egóicas quando necessário.

c) Pós-Transplante: podemos dividir o período pós-transplante entre o período em que o paciente encontra-se ainda internado (Unidade de transplante) e o período pós alta hospitalar.

Na unidade de transplante o paciente começa, com a melhora física, a retornar às atividades normais e a aprender a conviver com a rotina de higiene e medicação que lhe acompanharão para sempre. É comum, neste período que o paciente apresente-se inseguro diante das situações novas, uma vez que ele próprio percebe-se diferente e tendo que se adaptar, antes de mais nada às alterações corporais que se apresentam e que só se confirmam concretamente ao transplantado, após o primeiro episódio de rejeição. Esta rejeição constitui a primeira prova irrefutável ao paciente de que realmente houve uma substituição do coração, uma vez que o transplante não traz sintomas que identifiquem a troca do órgão. Tal realidade pode desencadear uma depressão reativa. Os pacientes podem apresentar também comportamentos regredidos, evidenciando uma dificuldade considerável em reintegrar-se psicologicamente pós T.

Embora seja possível identificar-se dificuldades mais comuns nas diferentes etapas do tratamento, cabe ao psicólogo analisar caso a caso os pacientes. Identificam-se necessidades e programam-se abordagens, que podem variar desde uma orientação a um trabalho psicoterápico mais profundo.

No momento da alta podem surgir novamente certa insegurança e ansiedade diante da volta ao convívio familiar e à sociedade. O uso da máscara e rotinas de asseio e dietas tornam-se obstáculos ao bom contato social caso o paciente não se encontre emocionalmente preparado. Após a alta, o acompanhamento psicológico se dá através de entrevista mensais visando apenas manutenção do vínculo, uma vez que os pacientes são orientados a solicitar atendimento, sempre que necessário.

4. Cardiomioplastia

A cardiomioplastia é uma técnica cirúrgica de início recente (1985 por Carpentier e Chachoues). Trata-se da utilização de enxertos musculares esqueléticos estimulados artificialmente para envolver ou substituir o miocárdio. Esta cirurgia é indicada para pacientes com miocardiopatia dilatada de origem chagásica, ideopática ou isquêmica. Embora a indicação seja semelhante à do TC, ressalta-se que a técnica não o substitui. Encontra-se associada ao programa de T. devido a necessidade de comprovação de seus benefícios reais. Por esta razão é indicada para pacientes graves. No futuro, de acordo com os resultados obtidos deve ser ampliada sua utilização para pacientes menos graves. A técnica inicia-se com a dissecação do músculo grande dorsal esquerdo. A seguir implanta-se os eletrodos próximos ao nervo toráco-dorsal. Introduce-se o enxerto no tórax através de uma incisão aberta na altura da II costela. Num segundo momento, procede-se a exposição do coração e o músculo é então fixado no miocárdio. Por fim, implanta-se o cardiomiostimulador na região abdominal.

Após o término da cirurgia (que dura aproximadamente 8 horas) o paciente é levado à Recuperação Cardíaca, onde permanece em média por uma semana. Durante este período o paciente fica em isolamento numa tentativa de resguardá-lo do stress emocional que o ambiente proporciona. Após este período o paciente vai para uma enfermaria comum. Somente após 2 semanas da cirurgia é que inicia-se a estimulação do aparelho. Portanto, os resultados do procedimento não são perceptíveis no pós operatório imediato. A estimulação acontece de forma gradual (a cada 2 semanas) levando-se em conta a adaptação do paciente à cirurgia.

A abordagem psicológica dos pacientes no pré operatório é semelhante à dos pacientes de TC uma vez que a definição de conduta médica só é conhecida após o término da avaliação médica,

psicológica e social. Assim, o paciente é informado sobre a cardiomioplastia e sobre o TC como possibilidades terapêuticas num primeiro momento. Após a definição de conduta médica o paciente com indicação para cardiomioplastia é preparado para a cirurgia e acompanhado no pós operatório de forma semelhante aos pacientes de marcapasso, pela gravidade da doença e pelo caráter experimental do procedimento. Portanto, o nível de ansiedade se acentua e a abordagem psicológica deve incluir tais variáveis.

PNEUMOLOGIA

PNEUMOLOGIA

I. Aspectos médicos:

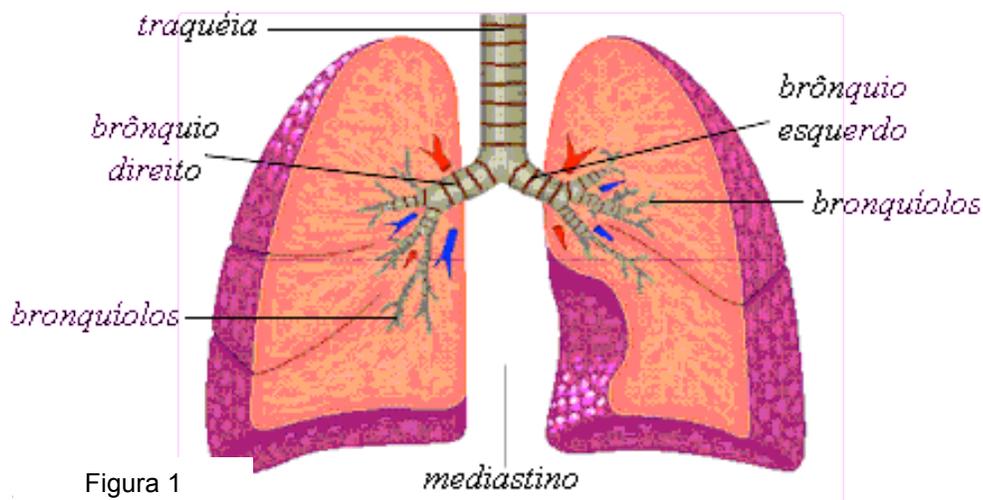
Os pulmões do ser humano são os principais órgãos do [sistema respiratório](#), responsáveis pelas trocas gasosas entre o ambiente e o sangue. São dois órgãos de forma piramidal, de consistência esponjosa, medindo mais ou menos 25 cm de comprimento, e pesando 700g.

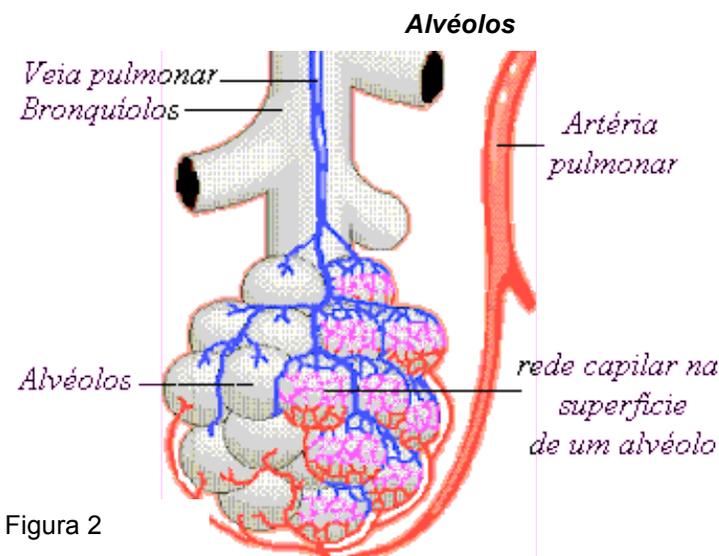
Eles são compostos de brônquios que se dividem em bronquíolos e [alvéolos pulmonares](#). Os alvéolos totalizam-se em 350 milhões e são estruturas saculares (semelhantes a sacos) que se formam no final de cada [bronquíolo](#) e têm em sua volta os chamados [capilares pulmonares](#). Nos alvéolos dão-se as trocas gasosas ou [hematose pulmonar](#) entre o meio ambiente e o corpo, com a entrada de [oxigênio](#) na hemoglobina do [sangue](#) (formando a [oxiemoglobina](#)) e saída do gás carbônico ou [dióxido de carbono](#) (que vem da célula como carboemoglobina) com dos capilares para o alvéolo.

São também divididos em segmentos denominados *lobos*: o esquerdo possui dois lobos e o direito, ligeiramente maior, possui três. Ambos são revestidos externamente por uma membrana chamada pleura.

Na respiração, o ar entra pela traquéia (que se divide em dois tubos – brônquios, que vão até o pulmão) e sai dos pulmões devido à contração e ao relaxamento do diafragma. Quando o diafragma se contrai, ele diminui a [pressão](#) nos pulmões e o ar que está fora do corpo entra rico em oxigênio O₂; processo chamado de [inspiração](#). Quando o diafragma relaxa, a [pressão pulmonar interna](#) aumenta e o ar que estava dentro agora sai com o [dióxido de carbono](#); processo denominado de [expiração](#).

As pessoas podem parar de respirar, mas ninguém consegue suspender a respiração por mais de alguns segundos, porque a concentração de dióxido de carbono no sangue fica tão alta que o corpo não consegue mais fornecer energia para as [células](#) e o bulbo (parte do sistema nervoso que forma o [encéfalo](#)) manda impulsos nervosos para o diafragma e os músculos intercostais, para que se contraíam e a respiração volte a ser executada normalmente.





O oitavo andar do InCor abriga leitos da equipe de Pneumologia, onde estão internados pacientes com diversas patologias, na maioria das vezes crônicas e de pouca ou nenhuma perspectiva de cura. Dentre estas, encontram-se:

- hipertensão pulmonar (pressão aumentada na circulação pulmonar, ocasionada por diversas doenças),
- pneumonia (processo infeccioso do parênquima pulmonar),
- DPOC (ou enfisema pulmonar – doença degenerativa; dilatação anormal dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, acompanhado por destruição de suas paredes, sem sinais de fibrose),
- fibrose pulmonar (substituição do tecido pulmonar normal por um tecido cicatricial),
- fibrose cística (doença de origem genética caracterizada por bronquiectasias, ou seja, dilatação irreversível localizada ou difusa da árvore brônquica, com distorção dos brônquios, e insuficiência pancreática exócrina),
- tuberculose (doença infecciosa do parênquima pulmonar, causada por uma bactéria),
- nódulos / neoplasias pulmonares.

As causas são muitas. Os pacientes são de idades variadas e não raro fazem uso contínuo de oxigênio, o que os deixa presos ao leito.

Comumente os tratamentos são apenas clínicos. Em alguns casos, como nos de massa pulmonar, a cirurgia pode ser necessária, sendo de responsabilidade da equipe de cirurgia torácica.

Outros casos, quando apresentam condições específicas, são encaminhados para avaliação para transplante pulmonar.

II. Aspectos emocionais:

Normalmente, pela redução da capacidade pulmonar, os pacientes estão limitados fisicamente, tiveram que diminuir, muitas vezes drasticamente, suas atividades, e estão bastante dependentes das pessoas de seu grupo familiar.

Nos casos de nódulos pulmonares, é comum que estes sejam descobertos durante a internação. Com frequência são neoplasias, e algumas vezes descobertas em estágio avançado, não têm sequer tratamento. Causam um choque emocional intenso no paciente e seus familiares, gerando muito medo, insegurança e angústia pela possibilidade e proximidade da morte. Nos casos em que a terapêutica é possível, o temor da quimioterapia surge mais do que o da cirurgia, pelos efeitos colaterais que esta provoca. Nestes casos ainda, o uso contínuo e duradouro do cigarro pode ter sido um dos fatores desencadeantes; é comum surgirem sentimentos de culpa : “ Se eu não tivesse fumado tanto talvez não tivesse acontecido isto comigo...”

Esta mesma culpabilização é verificada nos pacientes que desenvolvem DPOC, também devido, muitas vezes, ao uso prolongado do cigarro.

Nos pacientes com fibrose cística, o período da adolescência é o mais complicado. Há certa revolta contra a doença, vergonha de si diante de outras pessoas, pode haver isolamento social e conseqüente má adesão ao tratamento. Pela recorrência de quadros agudos desde a primeira infância, são superprotegidos pelos pais. Esta superproteção tem seu ponto positivo: é às custas deste cuidado intenso que a criança sobrevive. Por outro lado, pode contribuir para construir uma personalidade voluntariosa, manipuladora, ou frágil, insegura e dependente.

O uso de oxigênio é sentido por alguns como um alívio, por tirá-los de uma sensação de “afogamento”. Para outros causa imenso desconforto: limita deslocamentos, chama atenção e gera curiosidade nas pessoas, denuncia publicamente uma doença. Além disto, é o sinal de o corpo não dá mais conta de si mesmo, de que a patologia está no seu grau mais avançado.

Mas o que é comum à maioria dos pacientes (devido ao tipo de doença) é o conhecimento de que, por mais que se faça, não há possibilidade de cura. Isto muitas vezes gera sentimentos de falta de perspectiva, de angústia ao pensar no futuro. Ocorrência de depressão é freqüente. Para que possam viver da melhor maneira possível, mecanismos de defesa são utilizados.

III. Atuação do Psicólogo:

Como é frequente os pacientes estarem restritos ao leito, os atendimentos psicológicos são individuais.

Podem ser feitos como parte da rotina do Serviço de Psicologia ou a partir de alguma solicitação.

São voltados basicamente para o momento da internação e as causas desta.

Busca-se o conhecimento dos aspectos emocionais, pessoais e relacionados à doença e tratamento. A partir daí, são feitos atendimentos que visam dar suporte emocional, orientação, facilitar expressão de sentimentos.

Também os familiares recebem os serviços da Psicologia.

O contato com a equipe e a discussão dos casos dá-se diariamente no próprio andar, de forma informal, com os residentes, assistentes, equipes de enfermagem, fisioterapia, nutrição e serviço social. Também às 3ª feiras, às 14 horas, toda a equipe se reúne, no próprio andar, para passar visita e discutir os casos.

TRANSPLANTE PULMONAR

I – Aspectos médicos:

O transplante pulmonar , assim como o cardíaco, é um processo, e envolve uma série de procedimentos multidisciplinares que se iniciam muito tempo antes do ato cirúrgico e se prolongam durante um longo período após esta intervenção.

Ele é indicado a pacientes com pneumopatia não neoplásica, em estágio avançado do ponto de vista clínico e fisiológico, cujo tratamento médico seja inefetivo ou não disponível, com expectativa de vida menor do que 2 a 3 anos, com estado nutricional aceitável, e idade até 50-55 anos (para transplante pulmonar bilateral) ou até 60-65 (para transplante pulmonar unilateral). Dentre estes, encontram-se pacientes com DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), fibrose pulmonar, fibrose pulmonar idiopática (de causa desconhecida), bronquiectasias, hipertensão pulmonar, fibrose cística, silicose, todas já num grau bastante avançado.

O processo de transplante inclui algumas etapas: avaliação do candidato, período de espera, período peri-transplante, pós-operatório imediato e pós-operatório tardio.

Quando selecionados para a fila de espera, os pacientes são incluídos uma lista única, por ordem de entrada, o que não significa que eles serão chamados conforme sua classificação. Existem critérios de distribuição de pulmão segundo:

- Compatibilidade ABO (tipo sanguíneo)
- Compatibilidade de tamanho da caixa torácica
- Prioridade devido a gravidade quais sejam:
 1. Necessidade de retransplante por falência aguda do enxerto
 2. Fibrose Pulmonar, com rápida progressão, como doença base
 3. Paciente já em lista de espera para transplante pulmonar, que necessitou de ventilação mecânica invasiva por descompensação da doença pulmonar de base
 4. Paciente portador de Hipertensão Pulmonar com insuficiência cardíaca descompensada refratária a tratamento clínico

A lista de espera é de responsabilidade da Central de Transplantes , da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Todos os pacientes do estado fazem parte de um único cadastro, categorizado de acordo com o tipo de transplante. As etapas são as seguintes:

1. Hospital notifica a Central de Transplantes sobre um paciente com morte encefálica (doador);
2. Central de transplantes repassa a notificação para a Organização de Procura de Órgãos (OPO);
3. OPO contacta o Hospital e viabiliza o doador;
4. OPO informa a Central de Transplantes se o doador é viável;
5. Central de Transplantes emite lista de receptores e encaminha para o Laboratório de Imunogenética (apenas o Rim);
6. Laboratório de Imunogenética realiza o “crossmatch” e informa para a Central de Transplantes;
7. Central de Transplantes, com a lista definitiva dos receptores para cada órgão, informa as Equipes de Transplante;
8. Equipes de Transplante realizam os transplantes.

Ao serem incluídos em lista, os pacientes recebem uma senha eletrônica que lhes dá acesso a um site da Secretaria da Saúde do Estado, por onde eles podem acompanhar o “andamento” da fila.

II – Aspectos Emocionais:

O grande desafio do transplante, é a mudança do curar para o cuidar. Não se pretende a cura de uma doença com a realização do transplante. O que se procura é ajudar o paciente e os seus a lidar com uma situação que passa a ser de cronicidade, em que a qualidade de vida irá surgir da convivência delicada entre os limites e as possibilidades da condição de um paciente transplantado.

O transplante, assim, é um processo que exigirá de todos os envolvidos - paciente, família e equipe de saúde – um caminhar e um aprendizado constante. Ele é mais do que a retirada e a substituição de um órgão disfuncional por um órgão saudável, é um compromisso com uma trajetória que tem início com a decisão de se realizar o procedimento, percorre um árduo caminho de profundas desconstruções e reestruturações pessoais e familiares e encerra-se, ou melhor, começa a encerrar-se com a morte do transplantado. Pois neste caso, a morte pode ser considerada o início de um fim, visto que ainda a família precisará atravessar por um tempo de luto, acompanhada pelas dores insuportáveis da ausência e pela necessidade da re-significação das funções e relações familiares que, na maioria das vezes, eram estruturadas ao redor do cuidado do doente.

A fila de espera é o período considerado como de maior estresse emocional em todo o processo, devido à incerteza e imprevisibilidade, ou seja, a espera pode durar meses, um ano ou até mais (média de 1 ano e meio). São freqüentes os altos níveis de ansiedade.

O doente percebe que a cada dia a morte vai se tornando uma realidade mais próxima. Muitos acabam falecendo enquanto aguardam na fila de espera.

Quando a espera se torna prolongada, com hospitalizações constantes, verifica-se que o potencial receptor e familiares passam a apresentar sentimentos de desesperança. À medida que o tempo passa, todo o grupo, que inicialmente se mostrava preparado e com energia vital, pode começar a apresentar sintomas depressivos.

Após realizar a cirurgia, o paciente permanece, por no mínimo uma semana na Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica (REC). Ainda em recuperação e dependente de cuidados da equipe, realiza um número elevado de exames, incluindo a primeira biópsia do órgão transplantado, sendo constantemente manipulado. Recebe visita diária dos familiares, o que o faz sentir-se amparado e acolhido.

Após este período, é transferido para a enfermaria, onde permanecerá por mais cerca de 20 dias, antes da alta hospitalar. Aí, começa a entrar em contato com a rotina de cuidados que deverá ter ao voltar para casa. O ambiente de enfermaria favorece com que o transplantado fique mais próximo de seus familiares, pois o horário de visita é mais extenso do que na Unidade de Terapia Intensiva. Também passa a ter contato com outros pacientes, incluindo outros transplantados, o que possibilita a troca de experiências.

No momento da alta podem surgir novamente certa insegurança e ansiedade diante da volta ao convívio familiar e à sociedade. O uso de máscara e rotinas de asseio tornam-se obstáculos ao bom contato social caso o receptor não se encontre emocionalmente preparado.

No pós-operatório tardio, ele vai se deparar com a necessidade de dar continuidade ao tratamento, com o uso freqüente da medicação imunossupressora, e os retornos periódicos ao hospital para consultas e exames. Nos primeiros 3 meses, eles vêm 3 vezes por semana. A partir daí há um espessamento maior, que com o passar do tempo vai aumentando.

E o transplantado, pouco a pouco, retomará as suas atividades cotidianas e os seus compromissos sociais. A criança e o adolescente passam a não apresentar uma vida de tantas restrições quanto ao esforço físico como no início, e tem a possibilidade de voltar a brincar e a freqüentar uma escola. O adulto, por sua vez, pode retornar ao exercício de atividades trabalhistas.

Em alguns casos há necessidade de reinternações devido a complicações como rejeições, infecções. Desta maneira, o transplantado se distancia de seu cotidiano, de suas atividades e de seus familiares para priorizar, mais uma vez, seu tratamento, o que pode provocar muitos sentimentos, entre eles, medo, insegurança, raiva e irritação.

III – Atuação do Psicólogo:

A realização do transplante pressupõe uma rigorosa seleção de receptores. Para tanto, existem protocolos de avaliação das condições tanto físicas, quanto das nutricionais, sociais e psicológicas dos pacientes, que têm o objetivo de indicar os candidatos que mais se beneficiarão com o transplante, já que existem aspectos biopsicossociais que podem interferir e prejudicar o sucesso do transplante, que é um procedimento de alto custo. Além disto há um número limitado de doadores para o número de receptores.

Nestas avaliações são verificadas as reais indicações ao processo, bem como as possíveis contraindicações médicas (como uso atual de tabaco ou outras drogas, cirrose, insuficiência renal, HIV, presença de neoplasia maligna, entre outras), nutricionais, sociais e/ou psicológicas.

A avaliação do paciente pode ser realizada no ambulatório ou, dependendo de suas condições clínicas, em enfermaria ou UTI.

A atuação do psicólogo nesta etapa é fundamental. Através de entrevistas semi-dirigidas (quantas forem necessárias) com o paciente e familiares (candidato a cuidador), o psicólogo irá abordar diversas questões que identificarão as condições (ou não) do paciente à inclusão em fila de espera. São estas:

- Dados pessoais
- Estado emocional atual
- História pessoal / profissional / ocupacional
- Estrutura familiar e sua dinâmica / rede de apoio
- Capacidade de lidar com normas e regras
- História da doença atual e doenças anteriores / aceitação e adesão a tratamento
- Conhecimento sobre o transplante
- Aceitação do transplante / motivação
- Expectativas em relação a futuro
- Uso de substâncias psicoativas
- História de tratamentos psiquiátricos e/ou psicológicos

(outros detalhes, ver item Transplante Cardíaco)

Após concluída a avaliação, é feito um relatório com um parecer, que será levado à reunião formal da equipe (quartas-feiras, às 12 hs). Este parecer baseia-se em critérios de inclusão, definidos internacionalmente, sendo os fatores indicativos de sucesso: aceitação do transplante, suporte familiar adequado, autocontrole, capacidade de lidar com stress, tolerância à frustração, expectativas positivas, boa aderência ao tratamento médico e capacidade de compreensão não só para orientações do autocuidado, mas sobretudo para consentimento em participar do processo. Baseia-se também em critérios de exclusão: alcoolismo, drogadição, estados psicopatológicos que comprometam o autocuidado, tentativa recente ou história de tentativas de suicídio e não aderência passada ou atual a tratamento médico. É importante destacar que o parecer psicológico não é estático, podendo ser modificado ao longo do tempo.

Na reunião de equipe, a psicóloga dará seu parecer (com base no relatório) sobre o caso, e discutirá a pertinência ou não da inclusão do paciente em fila de espera para o transplante. Estas discussões em equipe são de extrema importância porque permitem uma troca constante através da contribuição de cada profissional, para conjuntamente se chegar a uma percepção mais ampla da situação.

Por vezes, há a necessidade de um acompanhamento psicoterapêutico de apoio já neste momento, ainda durante a avaliação. É relevante lembrar que é nesta etapa que o paciente se aproxima concretamente da gravidade de sua doença, começa a ter contato com a possibilidade de um transplante (algo ainda muito desconhecido e temido). É natural surgirem dúvidas, questionamentos, ocorrência de depressão e estados de ansiedade. Outras vezes, a avaliação pode identificar aspectos que necessitam de intervenção para que sejam modificados, e posteriormente reavaliados.

Enquanto na fila de espera os pacientes podem ser atendidos pelo Serviço de Psicologia individual ou grupalmente, de acordo com a necessidade de cada um.

Já tendo recebido o órgão doado, durante internação na UTI cirúrgica, o atendimento psicológico é individual e realizado diariamente. Tem como finalidade fornecer dados de realidade e orientações espaço-temporal, proporcionar escuta e acolhimento, facilitar a expressão de sentimentos e medos, corrigir idéias distorcidas e fantasias e promover a resolução de conflitos gerados pelo transplante.

Na enfermaria, a frequência dos atendimentos psicológicos pode ser reduzida. Normalmente eles acontecem de forma individual, tanto com os pacientes quanto com os familiares.

Após a alta, o acompanhamento psicológico dá-se quando houver necessidade, sendo os pacientes orientados a solicitar o atendimento psicológico sempre que necessário. Grupos ambulatoriais, a cada 6 meses também podem ser um recurso para o acompanhamento destes.

CIRURGIA TORÁCICA

I – Aspectos médicos:

Cirurgia torácica é a especialidade médica capacitada para realizar intervenções cirúrgicas nas doenças que acometem a região torácica, sejam elas operações grandes com finalidade curativa, ou procedimentos menores que buscam estabelecer diagnósticos. São abordados os pulmões, as pleuras, o mediastino, o esterno, a parede torácica e a traquéia.

Esta equipe também tem leitos no oitavo andar, onde são internados pacientes para tratamentos, mais frequentemente, de:

1- massa pulmonar – é realizada a retirada da massa ou nódulo, que muitas vezes é maligno. Algumas vezes já é metástase de algum CA anterior. Em alguns casos é necessário tratamento quimioterápico posterior, realizado em outra instituição.

2- hiper-hidrose – disfunção do Sistema Nervoso Autônomo Simpático, que provoca sudorese excessiva, principalmente nas regiões afetadas (mãos, pés, axilas...). A cirurgia, chamada simpatectomia, nestes casos é simples e de rápida recuperação. Uma pequena incisão é feita e um ramo de condução nervosa é interrompido. O período pós-operatório, quando tudo corre bem, é de 1 dia. Assim, é comum o paciente internar em um dia e ir de alta dois dias após.

3 – estenose de traquéia – normalmente ocorre em pacientes que sofreram período prolongado de internação em UTIs, com necessidade de intubação e posteriormente traqueostomizados. É comum serem pacientes jovens, acidentados no trânsito. Devido à traqueostomia, muitas vezes a comunicação verbal fica prejudicada pela não emissão de som.

4 – pectus – cirurgia estética realizada em pacientes que têm o chamado “peito de pombo” (pectus carinatum), ou o osso esterno afundado (pectus excavatum). Neste segundo caso, a cirurgia é feita em duas etapas: na primeira é colocada uma prótese para “calçar” o osso e mantê-lo na posição correta; na segunda, alguns anos depois, é efetuada a retirada desta prótese.

II – Aspectos emocionais:

1 – massa pulmonar

A necessidade de intervenção cirúrgica, sendo a característica da massa a ser retirada maligna ou não, é sempre causadora de medo e ansiedade. Por outro lado, quanto antes efetuada, mais alívio parece trazer, pois há constante preocupação de que as células estranhas se reproduzam ainda mais. Nos casos de neoplasia, o primeiro impacto do diagnóstico já foi experienciado, estando o paciente numa etapa de esperança nos resultados positivos do tratamento atual proposto.

2- hiper-hidrose

Os pacientes que buscam tratamento para este problema são usualmente jovens. A intensa produção de suor causa constrangimentos, pode comprometer as atividades escolares, profissionais e afetivas. É comum andarem sempre com uma toalha para enxugar as mãos, que estão sempre com “ água minando”, segundo alguns deles. Também fatores emocionais são desencadeantes da sudação excessiva, ligada a reação de excitação, angústia, ansiedade, medo e estresse de modo geral.

3 – estenose de traquéia

Apesar de não ser regra, nos casos de jovens acidentados, histórias de abusos no trânsito conseqüentes de comportamentos desafiadores, de testar limites, de burlar normas, são encontrados. Associados ao problema torácico muitas vezes têm membros comprometidos.

Qualquer que seja a causa que levou à necessidade de UTI e traqueostomia, o fato é que a fala fica prejudicada. A impossibilidade de emitir sons é geradora de angústia e muitas vezes pode levar à depressão. Há um sentimento de incapacidade de se comunicar, de não poder se fazer compreender.

4 – pectus

A cirurgia é esperada com ansiedade por estes pacientes. Ela corrige um “defeito” causador de desconforto psicológico para todos eles. “Não tirava a camiseta de jeito nenhum”, dizia um rapaz.

III – Atuação do Psicólogo:

O atendimento psicológico é oferecido a todos os pacientes internados e são realizados individualmente, sempre que necessários. Também podem ser feitos por solicitação da equipe.

O contato com toda a equipe, médica e multiprofissional, acontece diariamente, no próprio andar.

AMBULATÓRIO

I – Apresentação do Ambulatório (AB)

O AB é um conjunto de consultórios preparados para atendimento em consultas, exames diagnósticos ou realização de pequenos procedimentos (curativos, medicação).

1. Objetivos:

A unidade de Ambulatório realiza diagnóstico, tratamento, recuperação e reintegração comunitária de doentes cardíacos. Além do atendimento deste objetivo principal, propõe-se a:

- Desenvolver programa de trabalho em equipe para atendimento global do indivíduo;
- Desenvolver trabalho de investigação científica;
- Participar dos programas de formação de recursos humanos para a área de saúde;
- Manter um processo de auditoria para avaliação dos programas executados.

2. Composição:

Localiza-se no 1º. Subsolo contando com os serviços de:

- Atendimento médico de triagem, diagnóstico e tratamento;
- Exames especializados: métodos gráficos (eletrocardiograma, vetocardiograma, fonocardiograma, eletrocardiograma dinâmico), radioisótopos, provas funcionais (hemodinâmica, pulmonar);
- Laboratório clínico;
- Radiologia;
- Atendimento multiprofissional (enfermagem, nutrição, psicologia, odontologia e serviço social).
- UAPA – Unidade de Atendimento ao paciente Ambulatorial;
- Arquivo Médico.

3. Estrutura e funcionamento:

A estrutura de funcionamento compreende uma divisão em Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Ambulatório Especializado. No SPA realizam-se as consultas preliminares (triagem) e as consultas fora-de-dia. No ambulatório especializado realiza-se diagnóstico, tratamento, recuperação e reintegração comunitária do paciente matriculado.

4. Serviço de Pronto Atendimento:

Seu horário de funcionamento é de 2ª. a 6ª. feira das 7:00 às 19:00 horas.

Tem o objetivo de recepção e triagem dos pacientes que serão matriculados para realizar tratamento cardiológico no AB do InCor. Serão matriculados os pacientes que apresentarem cardiopatia complexa ou se enquadrarem em algum protocolo científico da instituição.

Os pacientes que não se enquadram nos critérios de atendimento são encaminhados para o recurso da comunidade mais indicado para a sua necessidade e de acordo com a região de seu domicílio.

Os pacientes atendidos no Serviço de Pronto Atendimento vêm encaminhados das UBS, por apresentarem necessidade de atendimento cardiológico especializado. A consulta no AB Geral é agendada pela própria UBS.

5. Ambulatório Especializado:

O horário de funcionamento do Ambulatório especializado é de 2ª. a 6ª. feira das 8:00 às 18:40 horas. Todas as consultas são previamente agendadas. No Ambulatório especializado, a equipe médica está dividida em subgrupos que se definem por cardiopatias.

- UNVAL (Unidade de Valvopatias)
- UNHIP (Unidade de Hipertensão)
- UNARR (Unidade de Arritmias)
- UNLIP (Unidade de Lípidos)
- UNCON (Unidade Clínica de Cardiologia Pediátrica e Cardiopatias Congênitas)
- UNMIC (Unidade Clínica Interdisciplinar Cardiologia)
- UNGRA (Unidade Clínica de Ambulatório Geral)
- UNATE (Unidade Clínica de Aterosclerose)

- UNGRT (Unidade Clínica de Cardiogeriatría)
- UNCAR (Unidade Clínica de Cardiopatía Geral)
- UNUCO (Unidade Clínica de Coronariopatía Aguda)
- UNCOR (Unidade Clínica de Coronariopatía Crônica)

O paciente é matriculado no grupo de sua cardiopatía. Existem também os grupos de Hemodinâmica (EQHEM) e Marcapasso (EQMPA). O paciente é matriculado no grupo de Hemodinâmica quando vem ao InCor somente para realizar cineangiocoronariografía ou angioplastía. No grupo de Marcapasso são matriculados os pacientes que tem indicação de implante de marcapasso.

6 – Seção de Atendimento ao Paciente Ambulatorial (UAPA) e Arquivo Médico:

A UAPA centraliza o cadastro dos pacientes do SPA e do Ambulatório Especializado, o agendamento de consultas e exames e a emissão e laudos médicos. No ato da matrícula é fornecido ao paciente um cartão de identificação. A UAPA fornece ao paciente comprovantes de agendamento de consultas e exames durante o seu tratamento.

O impresso interno que os profissionais utilizam para solicitar agendamento de consulta na UAPA é denominado de “bolela”. O agendamento é realizado utilizando-se de códigos referentes ao Serviço (Unidade) e ao profissional solicitante.

O Arquivo Médico fornece relações diárias das consultas agendadas que são distribuídas nas respectivas áreas de atendimento, bem como os prontuários dos pacientes que tem consulta agendada.

A UAPA emite laudos médicos tanto através de pedido de paciente quanto médico.

7 – O atendimento multiprofissional:

O ambulatório conta com serviços de atendimento multiprofissional aos quais o paciente pode recorrer espontaneamente ou ser encaminhado por qualquer profissional do ambulatório, uma vez tendo sido detectada sua necessidade.

a) Enfermagem: A enfermeira trabalha dando apoio à consulta médica, realizando consulta de enfermagem em programas pré-estabelecidos, fornecendo orientações sobre doença, tratamento, preparo de exames, peso e altura (após 1ª. consulta). Participa de Programa Multiprofissional de atendimento ao Diabético (GDM) e ao Fumante (Programa de Tabagismo).

b) Nutrição: O Serviço de Nutrição realiza assistência nutricional através de consultas individuais e grupais. Participa de Programa Multiprofissional de atendimento ao Diabético (GDM), ao Obeso (GIO) e ao Renal Crônico (GIRC).

c) Psicologia: O Serviço de Psicologia realiza avaliações psicodiagnósticas, atendimento psicoterápico individual e grupal e programas de atendimento psicoprofilático, atuando no tratamento e reabilitação do paciente cardíaco.

d) Odontologia: A equipe de odontologia presta assistência odontológica atendendo os pacientes com indicação cirúrgica valvar na erradicação de focos infecciosos dentários para prevenção de riscos e contração de doenças com alto índice de mortalidade. Participa do Programa Multiprofissional de Tabagismo.

e) Serviço Social: O Serviço Social tem duas seções no ambulatório: seção de classificação e seção de atendimento ambulatorial. A seção de classificação realiza classificação social para fornecimento de medicamentos e programa de referência e contra-referência para serviços comunitários em casos de alta ou nos casos de não matrícula no InCor. A seção de seguimento ambulatorial realiza atendimento aos pacientes matriculados trabalhando com problemas de ordem social que possam intervir ou gerar interrupção do tratamento, orientando a respeito de recursos sociais de saúde, previdenciário e trabalhista.

II – Serviço de Psicologia no Ambulatório:

1. A inserção do Serviço de Psicologia no Ambulatório:

a. Objetivos:

O Serviço de Psicologia insere-se no ambulatório como complementar ao atendimento do restabelecimento e de promoção de saúde do paciente cardíaco. Nosso âmbito geral de atuação se dá no campo da Higiene Mental, abarcando a administração dos conhecimentos, atividades técnicas e recursos da psicologia para tratar os aspectos psicológicos envolvidos e perturbados em suas múltiplas manifestações e fenômenos humanos inerentes à situação de saúde e doença de que trata a instituição. Buscamos uma perspectiva de trabalho que abranja o nível psicológico da relação paciente-instituição, atuando desde o nível dos processos que gravitam e afetam a estrutura de personalidade do indivíduo doente, até os fenômenos de sua relação com a instituição, visando atenuá-las e incrementando as condições para que as relações e a comunicação na instituição ocorram de forma mais integrada e menos conflitiva.

Tratando-se de um Serviço de Psicologia inserido em uma instituição pública, atendendo uma população carente em vários sentidos, percebemos a necessidade da nossa forma de atuação extrapolar o modelo assistencial individual, buscando âmbitos não somente em termos de terapia, mas também de profilaxia e promoção de saúde.

O esquema de atendimento de Psicologia se estrutura em termos de programas de atendimento psicoprofilático, avaliação psicodiagnóstica (triagem) e atendimento psicoterápico individual e grupal.

b. O encaminhamento para o Serviço de Psicologia:

O paciente pode ser encaminhado por qualquer profissional do ambulatório com pedido de consulta ou anotação em prontuário, através do seu encaminhamento para o guichê n.1 do UAPA com boleta assinalada "Psicologia". Este paciente será agendado como paciente novo no Serviço de Psicologia.

c. Agendamento dos atendimentos:

O Serviço de psicologia atende em salas no ambulatório. A sala 156 é reservada aos atendimentos de triagem e atendimentos individuais; e a 159 para atendimento individuais. A sala de atendimento em grupo é reservada predominantemente aos atendimentos em grupo.

As consultas são agendadas pela UAPA, através do preenchimento pelo psicólogo de boleta que é entregue pelo paciente no guichê n.1.

Para o agendamento de consulta foi criado um código para o Serviço de Psicologia (MPSI) e por horário para cada sala (unidade).

AGENDAMENTO AMBULATÓRIO – SALA 156

SEGUNDA-FEIRA					
3120	8:00h	Triagem	3121	13:00h	Triagem
3122	9:00h		3123	14:00h	
3124	10:00h		3121	15:00h	Triagem
3126	11:00h		3127	16:00h	
	12:00h		3129	17:00h	
TERÇA-FEIRA					
3120	8:00h	Triagem	3121	13:00h	Triagem
3122	9:00h	Aval Tx Pulmão	3123	14:00h	
3124	10:00h		3121	15:00h	Triagem
3126	11:00h		3127	16:00h	
	12:00h		3129	17:00h	
QUARTA-FEIRA					
3120	8:00h	Triagem	3121	13:00h	Triagem
3122	9:00h		3123	14:00h	.
3124	10:00h		3121	15:00h	Triagem

3126	11:00h		3127	16:00h	
	12:00h		3129	17:00h	
QUINTA-FEIRA					
3120	8:00h	Triagem	3121	13:00h	Triagem
3122	9:00h		3123	14:00h	
3124	10:00h		3121	15:00h	Triagem
3126	11:00h		3127	16:00h	
	12:00h		3129	17:00h	
SEXTA-FEIRA					
3120	8:00h	Triagem	3121	13:00h	Triagem
3122	9:00h		3123	14:00h	
3124	10:00h		3121	15:00h	Triagem
3126	11:00h		3127	16:00h	
	12:00h		3129	17:00h	

AGENDAMENTO AMBULATÓRIO – SALA 159

SEGUNDA-FEIRA					
3130	8:00h	Aval Tranplante Cardíaco	3091	13:00h	
3092	9:00h	Aval Transplante Cardíaco	3093	14:00h	
3098	10:00h		3125	15:00h	
3096	11:00h		3097	16:00h	
3100	12:00h		3099	17:00h	
TERÇA-FEIRA					
3094	7:00h				
3130	8:00h	Aval Transplante Cardíaco	3091	13:00h	
3092	9:00h	Aval Transplante Cardíaco	3093	14:00h	
3098	10:00h		3125	15:00h	
3096	11:00h		3097	16:00h	
3100	12:00		3099	17:00h	
QUARTA-FEIRA					
3090	8:00h		3091	13:00h	Aval Tx Infantil
3092	9:00h	Aval Tx Infantil	3093	14:00h	Aval Transplante Pulmonar
3130	10:00h	Aval Transplante Cardíaco	3125	15:00h	Aval Transplante Pulmonar
3096	11:00h	Aval Transplante Cardíaco	3097	16:00h	Aval Transplante Pulmonar
3100	12:00h		3099	17:00h	
QUINTA-FEIRA					
3094	7:00h				

3090	8:00h		3091	13:00h	
3092	9:00h	Aval Transplante Pulmonar	3093	14:00h	
3098	10:00h	Aval Transplante Pulmonar	3125	15:00h	
3096	11:00h		3097	16:00h	
3100	12:00		3099	17:00h	
SEXTA-FEIRA					
3090	8:00h		3091	13:00h	
3092	9:00h		3093	14:00h	
3098	10:00h		3125	15:00h	
3096	11:00h		3097	16:00h	
3100	12:00h		3099	17:00h	

AGENDAMENTO AMBULATORIO – SALA GRUPO

SEGUNDA-FEIRA					
3102	8:00h		3111	13:30h	Ret.
3132	9:00h	G I.R C (1ª e 2ª sem.)		14:00h	Ret. GDM
3134	10:30h		3105	15:00h	
	11:00h			16:00h	
3136	12:00h			17:00h	
TERÇA-FEIRA					
3114	8:00h		3113	13:00h	
3104	9:00h	GM ICC e TX	3101	14:00h	
grupo	10:00h	GM ICC e TX	3105	15:00h	
3106	11:00h			16:00h	
grupo	12:00h		grupo	17:00h	
QUARTA-FEIRA					
3114	8:00h	Retorno Aval Tx	3103	13:00h	
3104	9:00h		3101	14:00h	
	10:00h			15:00h	
3116	11:00h		3105	16:00h	
3108	12:00h	.Grupo POCC		17:00h	
QUINTA-FEIRA					
3102	8:00h		3113	13:00h	G. Tab (1ª e 4ª sem.)
	9:00h		3101	14:00h	
3118	09:30h			15:00h	
3138	11:00h		3105	16:00h	
3112	12:00h			17:00h	
SEXTA-FEIRA					
3128	8:00h	G. Obesos (GIO)	3107	13:00h	
	9:00h	G. Obesos (GIO)		14:00h	
3110	10:00h	G.Diabéticos GDM	3109	15:00h	Ret. (GIO)
	11:00h	G. Diabéticos GDM		16:00h	Ret. (GIO)
	12:00h			17:00h	

A boleta vem dentro do prontuário do paciente. Para agendar retorno na psicologia, na boleta deve constar o nome do paciente e número de registro, MPSI no campo referente a equipe. O código da sala e horário da consulta no campo referente à Unidade e no campo “data”, a data da consulta. Assinar e carimbar no campo “autorização do médico da equipe recebedora”.

Para a triagem da Psicologia nos casos de encaminhamento de paciente que participou de um dos grupos multiprofissionais (GIO, GDM, tabagismo), marcar “MPSI” no campo “equipe”, o código “3120” ou “3121” no campo “unidade” e não definir a data, deixando o campo “data” em branco. A UAPA agendará a triagem para a 1ª. vaga disponível. Para finalizar o procedimento de agendamento de consulta na Psicologia, orientar o paciente a entregar a boleta preenchida no guichê n.1 da UAPA.

Juntamente com prontuário, o SAME encaminha diariamente a relação de pacientes agendados em cada unidade. Nesta lista deve ser indicado o comparecimento ou a falta do paciente no atendimento, através de RT ou F, respectivamente. Esta lista deve ser **obrigatoriamente** preenchida.

d. Registro de atendimento no sistema Si3:

Após a realização do atendimento deve-se proceder ao registro de procedimento no sistema Si3 (vide Registro no Si3 - unidades de Internação). Este procedimento deve ser realizado OBRIGATORIAMENTE no mesmo dia da realização da consulta para que seja possível computá-la, para todos os fins, como consulta realizada.

2. Triagem do Serviço de Psicologia do Ambulatório do InCor:

A triagem é uma avaliação psicológica. Parte de princípios gerais, através dos quais busca atender a demanda de atendimento à saúde mental de pacientes que realizam acompanhamento ambulatorial, entre esses:

- unificação e sistematização da recepção de pacientes no AB do Serviço de Psicologia;
- identificação da necessidade de acompanhamento psicológico;
- seleção de casos que possam beneficiar-se de atendimento junto ao serviço, de acordo com os critérios de seguimento.

A partir deste esclarecimento inicial, optamos por caracterizar cada um dos momentos envolvidos na passagem do paciente pela triagem a saber:

- a. o encaminhamento do paciente no serviço
- b. a organização interna da triagem
- c. a triagem do ponto de vista técnico
- d. alguma consideração sobre o vínculo psicólogo-paciente na triagem
- e. a conduta final
- f. evolução multiprofissional
- g. pronto atendimento psicológico

a. O encaminhamento do paciente ao Serviço:

A demanda da triagem provém de três fontes principais: encaminhamento dos profissionais de saúde do ambulatório (médico, enfermagem, nutricionista, assistente social), encaminhamento ou solicitação de consulta a partir de grupos psicoprofiláticos realizados por psicólogas do Serviço e solicitação espontânea de pacientes em contato direto com o serviço. Faremos, a seguir, uma breve consideração a respeito de tais fontes.

Os encaminhamentos realizados pela equipe de saúde do ambulatório destacam o médico como solicitante mais frequente. Supõe-se que, devido ao contato mais frequente proporcionado pelas consultas médicas, as dificuldades de natureza emocional, sobretudo quando exacerbadas, tenham maior possibilidade de serem destacadas por este profissional.

Os motivos de encaminhamento mais comuns são: estados depressivos, ansiedade, problemas de relacionamento conjugal ou familiar etc. problemas de natureza emocional que dificultam o contato médico, a avaliação diagnóstica cardiológica e o estabelecimento de terapêutica adequada também constituem motivos habituais de encaminhamento para a Psicologia e, embora nem sempre explicitados como motivos, são revelados por observação na evolução médica como: incompatibilidade entre queixas e achados clínicos e de exames, “poliqueixoso”, “não segue prescrição medicamentosa”, etc.

O encaminhamento ao serviço pode ser feito através de um “pedido de consulta”, impresso amarelo utilizado em solicitação de consulta clínica dentro do Hospital das Clínicas. Nestes constam dados pessoais do paciente (nome, idade, estado civil etc), equipe médica que realiza seguimento,

motivo do encaminhamento, data e assinatura do médico solicitante. Pode ser encontrado anexado ao prontuário médico ou ser entregue pelo paciente para a psicóloga na data da consulta. Mais frequentemente, ao invés de registrar o encaminhamento para o Serviço de Psicologia neste impresso, o profissional encaminhante anota na própria evolução de atendimento ambulatorial este procedimento. No entanto, é muito frequente ainda não haver nenhum registro do encaminhamento.

De modo geral, observa-se que, apesar de destacar-se a possibilidade do encaminhamento ser percebido pelo paciente como parte da “prescrição” do médico, uma vez que o paciente comparece à triagem supõe-se que houve algum nível de identificação com a necessidade da consulta, ainda que, por vezes, discrepante em relação as possibilidades do atendimento psicológico ou mesmo distante do motivo colocado pelo médico. Ou seja, o motivo do encaminhamento pode ser diferente da queixa do paciente.

Dos grupos psicoprofiláticos chegam à triagem os pacientes encaminhados pela psicóloga a partir da identificação de dificuldades emocionais e aqueles que solicitam consulta. Mais raramente ocorrem solicitações espontâneas de pacientes que tomaram conhecimento da existência do serviço, seja através de outros pacientes ou de contato informal com o psicólogo no ambulatório.

b. A organização interna da triagem

Atualmente triagem conta com 15 horários semanais para casos novos. O atendimento é realizado pelas psicólogas aprimorandas e especializadas, com supervisão da chefe do ambulatório. Os horários de triagem são fixos, de 2^a. a 6^a.feira e sempre na sala 156:

- unidade 3120 – 8h
- unidade 3121 – 13h e 15h

A data destes atendimentos é definida pela UAPA. Podem ter sido agendados 2 pacientes por horário.

Os pacientes a serem atendidos na triagem deverão ser identificados consultando-se a lista de pacientes agendados nas UNIDADES 3120 e 3121. A boleta para agendamento do retorno ao Serviço de Psicologia está dentro do prontuário do paciente. Ela deve ser preenchida nos campos: equipe - MPSI; unidade – correspondente ao horário que o psicólogo vai atender em retorno; data – data do retorno; autorização do médico da equipe recebedora – assinatura e carimbo.

Em seguida o paciente deve ser encaminhado ao guichê n. 1 da UAPA, onde ele deverá entregar a boleta para agendamento de triagem. A fila de espera para a consulta de triagem, atualmente, não é grande, possibilitando a passagem pelo serviço dentro de no máximo 1 ou 2 semanas, embora hajam variações significativas na quantidade de encaminhamento, o que resulta em variação no tempo de espera.

Para nossa melhor organização, para identificarmos quem fez a triagem, deve-se fazer o registro do 1º. atendimento no caderno preto, colocando o nome do paciente, no. de registro, motivo do encaminhamento, conduta, nome do psicólogo e data.

c. A triagem do ponto de vista técnico:

O Objetivo da triagem é realizar uma avaliação psicológica, o que compreende conhecer o funcionamento psíquico do paciente e sua relação com a cardiopatia e seu tratamento. Para tanto, procede-se à elaboração da história clínica, da formulação diagnóstica-prognóstica, da definição da conduta compatível para o caso e devolutiva para o paciente. Cabe salientar que a avaliação psicológica constitui-se para o paciente numa oportunidade de formular sua história de vida e perceber eventuais associações de eventos significativos com o desenvolvimento da doença cardíaca, o que produz efeitos terapêuticos. Além disso, a triagem possibilita a mobilização do paciente para busca da integração no plano psíquico de algo que está sendo vivido no plano corporal.

Para atingirmos tal objetivo é necessário conhecer o funcionamento psíquico do paciente. Abordaremos aqui as características centrais do processo de investigação psicológica, destacando pontos de especificidade da triagem devido a inserção do serviço de psicologia em um instituto de especialidade. As demais finalidades serão enfocadas sucintamente ou comentadas mais detalhadamente em outros itens.

A entrevista psicológica constitui o instrumento de investigação de excelência a ser utilizado na triagem. Realizam-se tantas entrevistas quanto forem necessárias para atingir o objetivo da triagem, em média, de 2 a 5. O uso de recursos adicionais de investigação é definido em função da necessidades específicas de cada caso, geralmente, clarificação ou ampliação da compreensão diagnóstica. Nestes casos são utilizados, sobretudo, técnicas projetivas.

Considerando que, o paciente na maioria das vezes não vem procurar atendimento no Serviço de Psicologia espontaneamente, mas é mais frequentemente encaminhado para a triagem,

pode muitas vezes ocorrer que ele não tenha demanda de atendimento psicológico, nem mesmo uma queixa formulada. O profissional que o encaminhou foi quem identificou uma questão. Por outro lado, para definir a conduta necessitamos obrigatoriamente conhecer a relação com a cardiopatia e seu tratamento, o que deve ser pesquisado mesmo se o paciente não falar sobre este tema. Dessa maneira, o tipo de entrevista adequado aos objetivos da triagem é a entrevista semi dirigida. Depois de ler o prontuário, deve-se iniciar a primeira entrevista estabelecendo-se o enquadre da avaliação psicológica: esclarecer seus objetivos, seus procedimentos e a possibilidade de ser encaminhado para a realização de atendimento psicológico em recurso da comunidade, caso tenha indicação de atendimento psicológico mas não atenda nossos critérios de seguimento no InCor.

De maneira geral, a entrevista deve investigar o motivo do encaminhamento, a queixa, história de vida (família constituída e de origem) e a história da doença. Cabe salientar que é de fundamental importância para a compreensão do funcionamento psíquico a pesquisa dos antecedentes da situação-problema, dos fatores desencadeantes do sintoma, das situações traumáticas, a avaliação das condições egóicas (controle dos impulsos, tolerância à frustração, mecanismos defensivos), da qualidade da vida representativa e da vida relacional.

O entrevistador deve criar condições favoráveis para a entrevista, pois a consulta com o psicólogo pode ser muito ansiógena para o paciente cardiopata, que foi encaminhado para o profissional de saúde mental e não foi buscá-lo espontaneamente. O psicólogo deve funcionar como um agente facilitador da expressão pelo paciente de seus sentimentos e angústias. Sentir-se compreendido e acolhido, facilita o contato do paciente com o psicólogo. A entrevista deve ser conduzida deixando o paciente expressar-se livremente, complementando-se as informações, indagando-se sobre as omissões, buscando compreender as ambiguidades e esclarecendo as informações que tenham ficado pouco claras. As perguntas devem ser bastante amplas e genéricas para evitar induzir uma resposta. O psicólogo deve ter uma postura ativa, assinalando alguns vetores caso o paciente demonstre dificuldade de começar ou continuar falando, bem como assinalar situações de bloqueio ou paralisação pela mobilização da angústia. Nestes casos, pode-se recorrer a clarificações, recapitulação, perguntas. A relação paciente-psicólogo também é material a ser observado, que pode ajudar na formulação da hipótese da dinâmica psicológica e do prognóstico de adesão ao encaminhamento do caso. (Ocampo, 1987; Braier, 2000)

A primeira pergunta deve investigar se é do conhecimento do paciente o motivo pelo qual ele foi encaminhado ao Serviço de Psicologia e a queixa.

A história da doença pode ser um bom tema para iniciar a investigação nos casos em que o paciente tem mais dificuldade de falar espontaneamente, pois geralmente este não é um tema ansógeno, uma vez que ele fala da cardiopatia para todos os profissionais do AB. Por outro lado, no levantamento da história da doença já teremos acesso a dados importantes para nossa avaliação, tais como o impacto psicológico do diagnóstico da cardiopatia e o perfil de adesão ao tratamento.

É muito importante que se faça uma devolutiva ao paciente do que foi observado na triagem. A devolução dos dados obtidos deve incluir as impressões gerais sobre a problemática, bem como esclarecimento sobre o encaminhamento final. Pode-se ou não realizar uma entrevista para este fim. A devolutiva pode ser realizada gradativa e paralelamente ao momento de investigação. O objetivo geral é: possibilitar a ampliação da compreensão do paciente sobre sua problemática e reforçar ou mobiliza-lo para resolução de suas dificuldades. Comumente surgirão fantasias relacionadas a situação de rompimento do vínculo estabelecido e de futuro atendimento, sendo útil, tanto facilitar sua explicitação como trabalha-la terapeuticamente.

d. Algumas considerações sobre o vínculo psicólogo-paciente na triagem

Pretende-se, aqui, focar brevemente os elementos psicológicos que entram em jogo quando a tarefa central é o psicodiagnóstico, como ocorre na triagem. Ocampo oferece importante contribuição à compreensão interna da tarefa psicodiagnóstica. Destaca a importância do enquadre de tal tarefa, bem como da atenção ao seu desenrolar, uma vez que, geralmente, este momento constitui a base do modelo de vínculo psicólogo-paciente que este último irá introjetar. Menciona que o psicólogo deve estar atento a predominância do tipo de vínculo que se estabelece, positivo ou negativo, a fim de que este não constitua o determinante central do andamento do processo, sobretudo, em termos de duração da avaliação psicológica. Sublinha a relevância da duração e das características do psicodiagnóstico no psicólogo e no paciente. Um prolongamento excessivo, bem como um exame exageradamente minucioso, poderá ser decorrência de sentimentos de impotência do psicólogo em relação ao paciente, ficando este último sobrecarregado em sua parte da tarefa. Também pode gerar a fantasia do paciente de que o que está acontecendo a ele é tão sério ou complicado, que necessita de uma exploração intensiva. Pode ainda dificultar a interrupção do

vínculo, dificultando a passagem transferencial que o paciente deverá realizar ao começar sua terapia. Este inconveniente torna-se mais sério quando a patologia é muito grave, o ego muito fraco e suas defesas muito precárias.

Um contato demasiadamente breve pode denotar, em outro extremo, o manejo onipotente da situação pelo psicólogo e pode estimular a fantasia no paciente de que este é uma espécie de bruxo.

Em ambas as situações, oculta-se um déficit de informação, que leva, em um caso, a uma busca de infinitos contatos, e no outro, a negar a necessidade de investigação, o que compromete uma boa síntese da problemática do paciente.

O campo coloca que o mecanismo de contra-identificação projetiva do psicólogo com o paciente interfere no processo de investigação. Se o paciente tenta evitar fobicamente o psicólogo ou tenta absover-lo e tenta manter uma relação perdurável com ele, pode mobilizá-lo a contra-identificar-se através de condutas, que podem comprometer sua capacidade de pensar e metabolizar o que o paciente lhe dá. Torna-se necessário, assim, alcançar um equilíbrio neste processo, que deve manter como objetivo central a compreensão da problemática emocional do paciente, bem como de dinamismos de sua personalidade.

Nagera em "Introduction a la Psiquiatria" chama a atenção para a angústia que permeia a relação profissional de saúde mental com o paciente, destacando a simultaneidade de tal relação. O paciente tem muitos motivos de temor, principalmente se considerarmos a circunstância mais comum da consulta, o encaminhamento do médico. Muitas vezes teme a insanidade mental, o modo como será tratado, a situação de expor-se a um estranho, etc. Para o psicólogo a presença de um novo paciente o confronta com a incerteza quanto a sua capacidade de realizar o diagnóstico e atuar corretamente.

No geral, é possível dizer que a investigação diagnóstica/prognóstica realizada na triagem é uma tarefa amplamente complexa e importante, e pode ser considerada como parte da atenção psicoterapêutica.

e. Conduta final:

Ao final da investigação será estabelecida a conduta compatível com as necessidades terapêuticas do caso. Ou seja, estará estabelecido se o paciente tem indicação de atendimento psicológico. Em caso positivo, se é caso de atendimento psicológico no InCor ou em recurso da comunidade.

No que diz respeito ao encaminhamento para recursos da comunidade faremos algumas considerações gerais sobre sua utilização.

Usualmente recorre-se a serviços de atendimento a saúde mental da Rede Pública, comunitários, ligados a entidades de ensino/especialização ou particulares. Nestes casos, o encaminhamento é acompanhado de uma carta de apresentação padronizada, obtida no "Banco de Dados de Recursos da Comunidade". Na carta constam nome e idade do paciente, referência à passagem pela triagem do serviço, tipo de atendimento, conduta e o telefone do serviço para informações complementares.

O serviço conta com um cadastro destes serviços (trata-se do Banco de Dados de Recursos da Comunidade), organizado pela natureza do atendimento oferecido (psicologia individual, psicoterapia grupal etc) e, secundariamente, por bairros ou cidades. A consulta a este cadastro, habitualmente, define o local, porém ocasionalmente é necessário um contato direto com o local para verificação da adequação do encaminhamento ou para pesquisa de recurso adequado.

Se for o caso de acompanhamento psicoterápico no InCor, o psicólogo da triagem deve preencher ficha para incluir o caso no fichário de fila de espera para atendimento.

A triagem criou uma folha que inclui um espaço reservado aos dados obtidos durante a investigação que inclui, também um espaço reservado ao registro de seguimento do caso. Embora este registro tenha sido criado, inicialmente, para os casos oriundos da triagem, qualquer caso onde for detectada a necessidade de seguimento ambulatorial, mesmo por ocasião da hospitalização do paciente, deverá ser incluído neste fichário.

O objetivo geral deste registro é organizar a fila de espera e obter dados informativos sobre o seguimento psicoterápico do paciente, informações que contribuem para a avaliação da atuação do serviço no ambulatório.

O fichário permanece no 2º. Andar com a psicóloga Glória. O psicólogo da triagem preenche a folha até o item "aguarda em fila de espera a partir de _____", identifica-se e faz a anotação sobre a origem de tal paciente (triagem).

f. Evolução multiprofissional:

A evolução é um registro no prontuário médico de um relatório técnico, de natureza descritiva e interpretativa que expõe dados e argumenta sobre o que foi encaminhado, comunicando aos outros profissionais da equipe multiprofissional os resultados de uma avaliação psicológica e a evolução do atendimento psicológico. Deve conter informações que sejam relevantes à equipe para entender o funcionamento psíquico do paciente e sua relação com a doença e que, portanto, possa ajudar os profissionais na sua atuação junto a ele.

Após o registro de procedimento no SI3 (conforme roteiro explicativo – vide unidades de internação), proceder ao registro da evolução. A evolução da triagem deve ser elaborada preenchendo-se o formulário **psicologia** do Si3

Pode-se elaborar apenas uma evolução para todas as entrevistas de triagem. No item **Parecer**, começar especificando o no. de entrevistas e as datas em que foram realizadas.

g. Pronto atendimento psicológico no AB:

Eventualmente, receberemos solicitação para pronto atendimento no AB de paciente que não está agendado. Estes casos incluem desde agudização de transtornos neuróticos até emergências psiquiátricas. Trata-se da solicitação de um atendimento urgente.

Entre os exemplos mais frequentes temos:

- Ideação suicida,
- Agitação psicomotora e comportamento violento,
- Indícios de quadro psiquiátrico (delírio, alucinação, etc),
- Reações de descontrole emocional importantes (choro compulsivo, ansiedade, etc).

Nestas solicitações de atendimento do psicólogo deve-se proceder a uma análise da situação, identificando-se a problemática e acolhendo tanto equipe solicitante, quanto paciente. Essa situação demanda flexibilidade do psicólogo, buscando conciliar este atendimento com os previamente agendados. A experiência mostra que a disponibilidade e interesse do psicólogo em colaborar no atendimento daquela situação de crise, já alivia uma parte da tensão, inerente a ela.

Acolhimento e encaminhamento do paciente ao recurso adequado para o atendimento de sua necessidade terapêutica é geralmente a conduta cabível nestas situações. Em casos de emergência psiquiátrica, muitas vezes pode ser necessário também, o cuidado para que o paciente tenha condições de ir ao recurso indicado em segurança, cabendo a orientação de acompanhante ou se o paciente estiver desacompanhado, entrar em contato e envolver familiares neste procedimento.

III – O acompanhamento psicológico no AB do InCor:

O atendimento psicoterápico no InCor realiza-se em 2 modalidades: individual e grupal. Os casos são preferencialmente encaminhados para psicoterapia em grupo. São atendidos em psicoterapia individual os casos que tem uma contra-indicação para atendimento em grupo.

a. O atendimento psicoterapêutico em grupo:

A assistência psicoterápica no ambulatório se dá preferencialmente em grupo, viabilizando-se o atendimento da demanda de atendimento psicoterápico advinda da triagem de forma mais ágil. Inicialmente, a estrutura de atendimento psicoterapêutico grupal esteve articulada na forma de grupos fechados e homogêneos, compostos por portadores de mesma cardiopatia ou mesma problemática geral. Atualmente, visando agilizar e racionalizar a oferta de atendimento e diminuindo o tempo de espera, este critério não vem sendo mais obedecido.

Trabalhamos com grupos abertos, com objetivos limitados. Os objetivos do atendimento são trabalhar os aspectos psicológicos envolvidos na relação com a doença e o tratamento.

Os grupos têm como objetivo geral a instrumentalização para uma adaptação ativa à doença, criando um processo de maior percepção de si mesmo e do outro e dos aspectos da vida emocional envolvidos na vivência da doença.

A coordenação dos grupos é realizada por um coordenador. As sessões têm a duração de 90 minutos, com frequência semanal. É elaborado um relatório de cada sessão no impresso “evolução multiprofissional” para cada paciente constando temática principal abordada na sessão e evolução dinâmica de personalidade do paciente, priorizando-se os dados que se traduzam em esclarecimentos importantes nas condutas da equipe com aquele paciente.

b. O atendimento psicoterapêutico individual:

O atendimento psicoterapêutico individual se realiza com pacientes que tenham necessidades terapêuticas não preenchidas com os atendimentos em grupo oferecidos. O atendimento é de curta

duração com objetivos limitados, tendo-se como objetivo principal o trabalho terapêutico dos aspectos emocionais vinculados à vivência da cardiopatia e seu tratamento. As sessões são semanais com duração de 50 minutos e o período de tratamento oferecido é variável conforme as necessidades terapêuticas.

Após a realização de cada consulta deve ser anexado ao prontuário relatório sobre a sessão preenchido e impresso “evolução multiprofissional”, contendo dados sobre a dinâmica de personalidade do paciente e sua evolução no atendimento salientando os aspectos relacionados à doença cardíaca e o tratamento.

c. Programas de atendimento psicoprofilático:

Com a compreensão de que fatores biológicos, psicológicos e sociais sempre interagem de diferentes modos no desenvolvimento de qualquer enfermidade humana, esta relação nem sempre clara para os pacientes é de vital importância para seu tratamento de saúde, à medida que aspectos da personalidade podem manter um processo de desgaste físico, cronificando o estado de doença. Partindo desse pressuposto foram implantados os programas de atendimento psicoprofiláticos com o objetivo de preventivamente minimizar a interferência negativa dos fatores psicológicos no estado geral de saúde do doente cardíaco. Os programas de atendimento psicoprofilático em andamento no momento são:

- Grupo de orientação de pais de crianças cardiopatas com indicação cirúrgica
- Grupo informativo de obesos (GIO)
- Grupo informativo de Diabetes Melitus (GDM)
- Grupo de Tabagismo
- Grupo informativo de Renais Crônicos (GIRC)
- Grupo de implante de marcapasso recente

Estes grupos são de caráter informativo e têm como objetivo:

- Informar sobre os aspectos psicológicos envolvidos na doença e que dificultam seu tratamento

- Apresentar e oferecer atendimento psicológico
- Desmistificar o atendimento psicológico e a figura do psicólogo.

A princípio, o trabalho implica em oferecer ao paciente informações sobre a doença e seus aspectos psicológicos, confrontando-o com suas próprias concepções sobre a doença. Complementa-se com a informação dos recursos terapêuticos oferecidos pelo serviço de Psicologia e sensibilização dos pacientes para a importância do atendimento psicoterápico. A partir dessas informações pretendemos que o paciente tenha mais condições de identificar suas necessidades terapêuticas e busque o atendimento psicológico espontânea e mais precocemente.

Grupo de orientação psicológica de pais de crianças cardiopatas com indicação cirúrgica:

Este grupo é realizado com os pais das crianças que tem indicação cirúrgica. A convocação é realizada através da lista que contém o nome da criança que está em lista de espera para cirurgia. Ocorre semanalmente com duração de 90 minutos. Tem como objetivos:

- Psicoprofilaxia dos pais com intuito de prevenir distúrbios de adaptação que podem aparecer na internação
- Detectar e esclarecer fantasias em relação à doença e tratamento (internação e cirurgia).
- Averiguar as informações que a própria criança recebeu dos pais acerca de sua doença, internação e cirurgia.
- Instrumentalizar os pais para que possam a partir de uma melhor conscientização de suas dificuldades pessoais, dar suporte ao filho para enfrentar a situação de internação e cirurgia.
- Identificar casos que necessitam de atendimento psicológico pré-internação.

Na realização do grupo, num primeiro momento, a psicóloga coloca para os pais a razão de terem sido convocados e como a psicologia pode, neste momento pré-internação, auxiliá-los. Solicita que os membros do grupo se apresentem e coloquem-se principalmente em relação a questões referentes a :

- Como se sentiram quando souberam do diagnóstico da cardiopatia
- Como se sentiram quando o médico indicou o tratamento cirúrgico
- O que significa para cada um deles viver e conviver com a criança em questão
- Como vivenciam a espera para a internação
- O que a criança sabe a respeito de sua doença, tratamento e futura internação.

Dessa forma, a psicóloga investiga e conhece os pais e isso faz com que se consiga realizar um prognóstico não só em relação ao como os pais viverão o momento de internação e cirurgia principalmente em relação a própria criança.

A psicóloga orienta os pais em relação aos temas que emergiram no grupo e faz uma síntese do que foi colocado, focando a importância da criança estar a par de seu diagnóstico e tratamento e orientando sobre algumas atitudes dos pais no período pré e durante a internação que podem contribuir para a adaptação da criança.

Em seguida são fornecidas informações sobre a enfermagem e algumas normas de rotina do hospital (ex.: horário de visitas, visitas na recuperação, etc) com o objetivo de colocá-lo mais próximo da realidade impedindo a elaboração de fantasias extremamente persecutórias. Por fim, visando proporcionar suporte para as possíveis dificuldades com relação as orientações que foram colocadas, é aberta aos pais a possibilidade de participação nas próximas reuniões (em quantas lhe forem necessárias). Os casos nos quais se detecta uma problemática mais complexa, os pais são orientados para uma consulta de triagem.

Grupo informativo de obesos (GIO):

Realiza-se com pacientes atendidos pelo Serviço de Nutrição com indicação de dieta hipocalórica. É coordenado por uma nutricionista e uma psicóloga. Visa esclarecer sobre o que é obesidade, os seus aspectos psicológicos e apresentar as condições de tratamento oferecidas no InCor. Esse grupo tem como objetivos contribuir para:

- Favorecer a relação nutricionista-paciente
- Favorecer a adesão do paciente ao tratamento da nutrição e da psicologia
- Desmistificação do psicólogo e seu trabalho
- Incentivar a busca espontânea do atendimento psicológico
- Melhora do grau de aceitação do encaminhamento para atendimento psicológico

O grupo se realiza em duas sessões. Na primeira sessão temos uma apresentação da nutricionista sobre o que é obesidade e seu tratamento e uma apresentação do psicólogo falando sobre os aspectos psicológicos envolvidos no comportamento alimentar. A idéia é que o paciente avalie o seu comportamento alimentar e identifique se há necessidade de atendimento psicológico como complementar ao tratamento da obesidade. Na terceira parte da primeira sessão, a nutricionista realiza a oficina do cardápio saudável. Os pacientes recebem a tarefa de fazer o registro de um dia de alimentação na semana que precede o retorno ao ambulatório.

Na segunda sessão, a nutricionista avaliará a adequação da alimentação do registro alimentar. A psicóloga promove a reflexão sobre o seu comportamento alimentar e os fatores que podem estar influenciando no tratamento. Oferece encaminhamento para a triagem do Serviço de Psicologia àqueles casos em que há a detecção de alguma problemática de ordem psíquica e o paciente não solicitou espontaneamente.

Grupo informativo de Diabetes Melitus (GDM):

Grupo informativo multiprofissional realizado pelo Serviço de Psicologia, Serviço de Nutrição, Enfermagem e Serviço de Odontologia. Tem como objetivo geral informar sobre Diabetes e seu tratamento, favorecendo a adesão ao mesmo. Também se realiza em duas sessões. Na primeira sessão temos a apresentação da enfermeira sobre a diabetes e seu tratamento, do dentista sobre os cuidados especiais com a saúde bucal e da psicóloga sobre os aspectos psicológicos que podem comprometer o controle da Diabetes. Na última parte a nutricionista realiza a oficina do cardápio saudável.

A apresentação da Psicologia abrange três temas: a dificuldade de aceitação do diagnóstico de diabetes, compulsão alimentar e estresse. Os pacientes são orientados a trazer para a segunda sessão o registro de alimentação de um dia solicitado pela Nutrição, a resposta de um questionário sobre diabetes solicitado pela enfermeira. Na segunda sessão será realizado a avaliação deste material.

A psicóloga promoverá reflexão com o objetivo de melhorar a auto-percepção de estresse e incentivando a busca pela triagem do Serviço de Psicologia por aqueles pacientes em que foram detectados alguma problemática de ordem psíquica.

Grupo de Tabagismo:

Trata-se de um grupo psicoeducativo de motivação e preparação para o tratamento de tabagismo. Conta com a participação do Serviço de Psicologia, Serviço de Nutrição e de

Enfermagem. Inclui apenas uma sessão para a qual o paciente é encaminhado antes de iniciar o tratamento medicamentoso. A sessão compreende dois momentos:

- Primeiro momento: auto-conhecimento
- Segundo momento: psicoeducativo.

No primeiro momento, o paciente tem avaliado o nível de monóxido de carbono no ar expirado e o peso corporal. A avaliação do nível de monóxido de carbono possibilita ao fumante identificar o impacto do seu comportamento de fumar no pulmão, o que pode contribuir na motivação para o tratamento do tabagismo. A avaliação do peso corporal assim como a participação do Serviço de Nutrição visa oferecer suporte para prevenir ganho de peso, com a abstinência do fumar. Além de prevenir o ganho de peso que seria prejudicial à saúde do coração, esta intervenção pode motivar pacientes que resistem a parar de fumar pelo receio de ganhar peso.

No segundo momento da sessão, a psicóloga realiza apresentação sobre os aspectos psicológicos do comportamento de fumar e de estratégias de preparação para o tratamento. Segue-se a apresentação da nutricionista sobre alimentação saudável e depois da enfermeira sobre os benefícios de parar de fumar e sobre o uso de medicamentos no tratamento.

Grupo informativo de Renais Crônicos (GIRC):

Este grupo é realizado com pacientes que, além da doença cardíaca, apresentam comprometimento da função renal. O objetivo principal é favorecer a adesão à dieta alimentar visando estabilizar o comprometimento da função renal e dessa maneira, evitar ou adiar o máximo possível a necessidade de hemodiálise.

É realizado pelo Serviço de Nutrição e Serviço de Psicologia em duas sessões. Compreende a orientação sobre a dieta adequada a portadores de insuficiência renal crônica e sobre os aspectos psicológicos que podem dificultar a realização desta dieta. O objetivo da intervenção psicológica neste caso é instrumentalizar o paciente para identificar questões de ordem psíquica e procurar a triagem do Serviço de Psicologia.

Grupo de pacientes com implante de marcapasso recente:

Este grupo propõe um enfoque psicoprofilático da experiência de implante de marcapasso. Embora considerado um procedimento relativamente simples do ponto de vista médico, exige do paciente uma adaptação psicológica a uma nova condição que pode proceder-se de forma mais ou menos favorável com implicações em sua qualidade de vida. Auto-imagem, relacionamento com o outro, o trabalho são temas em jogo nesse processo de adaptação psicológica ao uso do aparelho. O grupo é realizado no ambulatório em função do curto intervalo de tempo de hospitalização destes pacientes. Trata-se de uma abordagem breve em termos de tempo (um mês e meio, uma sessão semanal) com objetivos limitados. Pretende-se propiciar um espaço comum que facilite o reconhecimento e expressão de sentimentos relacionados a nova condição. Os pacientes são convocados por ocasião da alta hospitalar da internação para a implantação do marcapasso.