

O hospital e seu ambiente

“Eu tenho pena do doente, muita pena do doente pobre porque sofre mais”.
Eunice Zerbini, irmã do Professor Zerbini.

Do livro “Filosofia da Cirurgia”
de Henrique Walter Pinotti

Os hospitais privados, empresas competitivas, esforçam-se em proporcionar atendimento técnico-médico, de serviços auxiliares, de hotelaria de boa qualidade para o enfermo e familiares. O paciente de recursos tem o privilégio de contar com a presença de familiares, sente-se mais protegido, pois estes, além de acompanhar o trabalho da equipe assistencial, composta de médicos, enfermeiros e psicoterapeutas, exercem também o papel de colaboradores e freqüentemente de juízes. O atendimento médico ao paciente é aceitável no hospital público, no universitário, nas entidades do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, quando bem administrados.

No setor psicológico, porém, o enfermo é quase totalmente carente, desprotegido, inundado de emoções negativas, prejudiciais ao seu tratamento. A demora na marcação da consulta é fonte de sofrimento e ansiedade. Ao chegar ao hospital, depara-se com grande movimento e falatórios. Freqüentemente faltam sinalizações, o que leva o paciente a procurar informações de um lado e de outro com funcionários irritados ou pouco atenciosos. Permanece em longas filas ou num grande saguão; na ausência de sinalizadores luminosos, o paciente é convocado no grito. Ao ingressar na enfermaria, o odor dos remédios e o uso das roupas iguais para todos os doentes, são fatores deprimentes, comprometendo a sua identidade.

Os médicos e funcionários chamam os pacientes pelo número inscrito no leito, pois o nome, impresso em caracteres pequenos, em fichas na cabeceira, é

ilegível.

Deste modo, o enfermo perde, totalmente, sua identidade. No Hospital das Clínicas, deparava-me, freqüentemente, com um residente informando à enfermeira: “O 35 vai amanhã para a gastrectomia”, ou pior ainda: “o caso do fecaloma da ala sul tem que ir para o raio x”, assinalando exemplos de desrespeito à identidade do paciente.

Muitos pacientes eram levados para exame endoscópico digestivo alto e baixo, com pouca ou nenhuma informação. Não menos pior era a situação do paciente no exame radiológico em sala escura, engolindo soluções de contrastes ou submetido a exame por clister baritado. Ao criar-se o projeto de humanização do atendimento hospitalar, realizou-se estratégia multidirecionada. No início, introduziu-se equipe de psicologia médica especializada para o aparelho digestivo, que elaborou programa de atenções imediatas e diretas ao paciente, de educação para médicos e enfermeiros sobre o comportamento emocional do paciente no ambiente cirúrgico. A primeira atitude foi respeitar a identidade do paciente, substituindo o número da cabeceira do leito pelo nome em letras visíveis e estabelecendo a norma de chamá-lo pelo nome estendendo a mão para cumprimentá-lo.

Foi implantado, também, importante projeto de ações integradas, as interconsultas, em que cada profissional era bem-informado sobre o estado psíquico do enfermo frente ao diagnóstico e prognóstico. Os pacientes internados participavam de reuniões durante duas horas, onde a equipe multidisciplinar, composta por cirurgião, enfermeira e psicóloga, organizava ações psicoterapêuticas imediatas para enfrentamento de situação. A equipe obteve resultados que enriqueceram e gratificaram a experiência.

Para solucionar a dificuldade de compreensão e escolaridade baixa, usaram-se linguagem adequada, imagens elucidativas para o paciente entender a lesão presente, até mesmo o tumor e aceitar a operação. Quando indicada, explicava-se a proposta de colostomia e os cuidados pós-operatórios, através de um modelo, em clima sereno, com excelente aceitabilidade e cooperação após a intervenção, sem que houvesse dissabores e lamentos.

Situação dos enfermos nos serviços de urgência hospitalar

Nas situações de emergência, na entrada do pronto-socorro, as emoções

dos pacientes são exacerbadas devido principalmente à ocorrência do inesperado. O quadro clínico de abdômen agudo, inflamatório, obstrutivo, perfurativo ou hemorrágico, gera estado de pânico, que pode se intensificar no ingresso ao serviço de emergência perante equipe com profissionais desconhecidos.

O indivíduo ferido, com dor, vítima de violência ou acidente, é transportado ao atendimento de emergência por pessoas desconhecidas em meio a um tumulto de ações e de palavras, que são agravantes do trauma sofrido. Os profissionais, médicos, enfermeiros, funcionários devem ter experiência, competência, serenidade para conter as emoções, explicando ao paciente e acompanhantes o quadro clínico, o prognóstico e os elementos favoráveis da cura. Neste trabalho a heterogeneidade das equipes que se sucedem pode causar o grande inconveniente que é a descontinuidade do tratamento. Frequentemente, a situação de emergência requer que o enfermo, com afecção aguda ou vítima de acidente, seja transportado diretamente para a sala de operação e acorde na UTI, com incisões cirúrgicas dolorosas, entubado sob ventilação pulmonar, com sondas, drenos, catéteres de infusão de medicamentos, de transfusão, rodeado de equipamentos, de monitores emitindo estímulos luminosos e sonoros. É cenário que requer o preparo de profissionais para darem cobertura adequada no campo psicológico a estes pacientes envolvidos em situações graves e especiais.

O panorama das unidades de tratamento intensivo

Nos últimos tridécênios, as UTIs se modificaram. No início, eram salões abertos, as cabeceiras dos leitos estavam junto às paredes, possibilitando aos pacientes observarem-se entre si e acompanharem todo o panorama provocador de angústia.

Os doentes permaneciam entubados, mantidos sob ventilação mecânica com monitores ruidosos. A equipe assistencial, agitada, movimentava-se, incessantemente, no afã de controlar os desarranjos clínicos e metabólicos. Não raras vezes, o paciente grave assistia à cena deprimente da equipe debruçada sobre o tórax do vizinho, fazendo massagem cardíaca infrutífera. Foram ocorrendo modificações progressivas, com instalações de boxes individuais, emprego de equipamentos menos ruidosos e mais eficientes. As equipes tornaram-se mais conhecedoras da parte técnica e dos problemas psicológicos. Houve, também, o aporte de inúmeros fármacos. A redução do índice de afecções produzidas pelo estresse, como as úlceras gastroduodenais hemorrágicas, evidenciou os bons

resultados.

Introduziram-se unidades de tratamento semi-intensivo, separando-se em ambiente apropriado os enfermos com menor grau de gravidade e facilitando o trabalho assistencial. Em alguns hospitais, a presença dos familiares tem permitido controlar a parte emocional de modo mais eficiente, possibilitando maior conforto psíquico.

Síndrome do confinamento

O paciente, internado no quarto ou enfermaria do hospital, fica isolado. Dependendo da estrutura psicológica individual, sofre emoções negativas, redução de liberdade e exclusão do meio social. Quando a internação é prolongada, para alguns pacientes, mesmo uma semana é suficiente para haver repercussões clínicas marcantes como depressão, insônia e perda do apetite. O estado regressivo gera falta de iniciativa e, em conseqüência, dependência nas atitudes elementares. O indivíduo necessita da ajuda do outro nos cuidados de higiene, para pentear-se, barbear-se e alimentar-se. O quadro mais sério é aquele em que recebe alimentação na sua boca, nesse momento infantiliza-se. O paciente de melhor nível social interna-se em hospital privado, onde as visitas da família atenuam o isolamento, proporcionando leitura, além de rádio e televisão que expandem o estado mental através do noticiário e programas de distração.

Porque a interrupção do cotidiano do paciente promove ansiedade, estes cuidados são necessários para o paciente sentir-se mais inserido na vivência de sua rotina de vida.

Os quartos comuns ou enfermarias tornam a situação mais difícil. No Hospital das Clínicas de São Paulo, nosso trabalho de humanização da assistência, com rádio individual e televisão e, posteriormente, com a presença dos Doutores da Alegria, minimizou o desconforto dos pacientes.

Conclui-se, pelo exposto neste capítulo, que o cirurgião, além do domínio da clínica e da prática operatória, precisa conhecer e saber tratar os fenômenos participantes das emoções do enfermo, para obter melhores resultados em sua recuperação e integração social. Adquire esse imenso acervo de conhecimento e experiência à custa de dedicação permanente ao trabalho, ao estudo e à troca de opiniões com os mais experientes.

É toda uma vida de preparo para a formação do cirurgião que, num dado momento, terá um paciente confiante, anestesiado, sob seu comando. Deverá, com consciência, responsabilidade e habilidade técnica, contornar deformidades

anatômicas provocadas pela doença, remover lesões e reconstituir estruturas, visando à continuidade de vida com qualidade.

Nenhum outro ramo da atividade humana é tão exigente como a cirurgia, na formação profissional, na responsabilidade pela vida da pessoa. Por essa transcendência de propósitos os meios que usa e os fins a que visa é sobretudo ciência e, na essência, é filosofia.