

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO INTERDISCIPLINAR DE CARDIOLOGIA**

Suely Sales Guimarães<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Brasília – UnB; Centro de Ensino Unificado de Brasília, UniCEUB, Brasil

A doença cardiovascular é uma doença crônica de alta incidência e responsável pela maior taxa de óbitos no mundo, incluindo nesses índices os países de língua portuguesa (Bourbon, 2016; Nascimento et al., 2018). A alta taxa de doenças coronarianas está associada, entre outros fatores, ao aumento na expectativa de vida e às mudanças no estilo de vida da população geral. Nos Estados Unidos, por exemplo, a expectativa de vida em 1900 era de 47 anos; um século depois, em 1999, essa expectativa era de aproximadamente 73 anos. Nesse contexto de maior longevidade foram documentados, apenas em 2016, 15,2 milhões de óbitos por cardiopatia isquêmica no mundo (OMS/OPAS, 2018).

Essas taxas chamam a atenção para os fatores associados ao adoecimento cardíaco, incluindo aqueles não controláveis, como a genética, e os outros que podem ser de alguma forma controlados. A OMS (2018) estima que até 80% das mortes por doenças cardiovasculares poderiam ser evitadas com mudanças comportamentais, que são fatores de risco controláveis. Dentre eles estão incluídos o tabagismo, sedentarismo e manejo da ansiedade. Essas condições favorecem o desenvolvimento de doenças como a hipertensão arterial e a obesidade que, associadas ao estresse diário, podem implicar o desenvolvimento ou o agravamento da doença cardiovascular preexistente e levar o paciente ao óbito (Straub, 2014). Nesse caso, o papel do psicólogo da saúde é relevante para intervenção no contexto da cardiologia.

Um ambiente adequado para a intervenção psicológica junto ao paciente cardíaco é o hospital, tanto durante a internação, quanto durante as consultas ou procedimentos ambulatoriais. Entretanto, as características

do contexto e peculiaridades do ambiente hospitalar demandam um atendimento rápido e objetivo, que implica planejamento e otimização no uso do tempo considerando a logística, rotina e agenda da equipe assistencial, além das condições clínicas, emocionais, familiares e situacionais do paciente.

Para planejar seu trabalho nesse contexto, o psicólogo requer informações relativas ao diagnóstico e condições clínicas atuais, prognóstico, procedimentos, exames previstos e opções de tratamento para cada paciente (Guimarães, 1999), que são informações necessárias ao entendimento das demandas individuais. Cada intervenção psicológica deve seguir objetivos básicos semelhantes, que incluem a promoção da adesão, a estabilidade do paciente, sua recuperação e bem estar. Entretanto, cada procedimento interventivo deverá ser personalizado conforme a história individual. Dessa forma, a entrevista com o paciente, a participação em reuniões de equipe e discussões para tomadas de decisões são essenciais para que o psicólogo ajuste seu procedimento à realidade vivenciada pelo doente. Muitas vezes a mesma estratégia, por exemplo, o treino em solução de problemas para manejo de dificuldades decorrentes da arritmia, pode ser eficaz para um paciente e inviável para outro com o mesmo diagnóstico, mesma prescrição e limitações semelhantes.

A alta demanda pelos trabalhos assistenciais em cardiologia torna indispensável que o trabalho do psicólogo seja pautado por avaliação objetiva e rápida, para imediata implementação de um plano de assistência individualizado. A intervenção deve então ser direcionada a problemas comportamentais específicos, atender as necessidades e objetivos do paciente e deve ser mensurável em diferentes momentos que possam descrever sua evolução (DeGood, Crawford, & Jongsma, Jr., 1999).

O planejamento e o consequente sucesso da intervenção constituem elementos valiosos que podem contribuir para (a) a melhor assistência ao doente, (b) sua educação e de sua família sobre as condições clínicas e o tratamento e (c) o reconhecimento do papel do psicólogo pelos colegas de equipe, em especial médicos, habituados a resultados visíveis em curto prazo. Considerando essa realidade foi idealizada uma proposta para implantação do Ambulatório Interdisciplinar de Doenças Cardiovasculares no Hospital Universitário de Brasília – HUB, no Brasil. O ambulatório de cardiologia contava à época com uma equipe multidisciplinar e a proposta

de transformá-la em interdisciplinar contou com o suporte e apoio do médico cardiologista Hervaldo Sampaio Carvalho que era o chefe da equipe e coordenador do ambulatório de cardiologia naquela ocasião. Essa parceria viabilizou a introdução das intervenções psicológicas e a prática interdisciplinar como rotina no atendimento, partindo do pressuposto de que o trabalho em equipe amplia a visão de profissionais dos diversos setores da medicina e das ciências da saúde em geral.

O projeto foi desenvolvido e implantado em parceria com os profissionais e estudantes das diferentes áreas que tinham suas atividades práticas realizadas no ambulatório de cardiologia do HUB naquela ocasião.

O objetivo da proposta interdisciplinar foi contribuir para a melhor adesão do paciente ao tratamento prescrito e a conseqüente melhora de sua saúde e qualidade de vida. O HUB é um hospital público que atende prioritariamente a população de baixa renda e que, à época, era administrado pela Universidade de Brasília – UnB. Nesse hospital são realizadas atividades de assistência em saúde, ensino, pesquisa e extensão. O trabalho aqui descrito foi conduzido no ambulatório de cardiologia, que atende portadores de diferentes enfermidades cardiovasculares.

No início do trabalho a equipe multidisciplinar do ambulatório contava com profissionais e estudantes de fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia e medicina. Havia na área médica três staffs, dois residentes de cardiologia, dois internos de medicina e estudantes de graduação. Todo atendimento médico era supervisionado e todas as condutas eram discutidas com o staff durante o atendimento.

O ambulatório contava com nove consultórios e uma recepção com sala de espera. A média de atendimento era de 15 pacientes ao dia, previamente agendados, com início às 14:00h e seguindo até que o último paciente fosse atendido. O trabalho foi realizado em quatro etapas que viabilizaram a implantação do serviço: familiarização, avaliação dos níveis de estresse e de ansiedade dos pacientes, elaboração da proposta de atendimento e teste piloto para verificar a adequação do procedimento.

A familiarização ocorreu durante quatro semanas, quando foram realizadas (a) visitas ao serviço para conhecer os espaços físicos e a rotina de atendimento; (b) leitura de prontuários para conhecimento do perfil da clientela e periodicidade de marcação e comparecimento às consultas; e (c) estudo da rotina de trabalho dos demais profissionais da equipe

multidisciplinar já atuantes no ambulatório. Esse foi um período de adaptação ao contexto e aquisição de repertório sobre as patologias cardiológicas mais frequentes entre os usuários do serviço.

A segunda etapa foi conduzida para melhor compreensão do perfil dos pacientes, em termos de variáveis psicológicas associadas às cardiopatias (Child, Sanders, Sigel, & Hunter, 2010). Foram avaliados os níveis de stress e de ansiedade em uma amostra voluntária, recrutada por conveniência entre os usuários que esperavam a chamada para a consulta. Esses dados foram considerados à luz de variáveis sociodemográficas e clínicas já obtidas nos prontuários, durante a primeira etapa.

Após caracterizado o perfil médico e psicológico da clientela assistida, em termos de variáveis consideradas relevantes à implantação do serviço interdisciplinar, foram oferecidos atendimentos psicológicos àqueles que aguardavam a consulta na sala de espera ou após sua realização. Essa prática foi conduzida como um estudo piloto para entender as peculiaridades da clientela em termos de comunicação, compreensão, demandas específicas para as especialidades da equipe, que não apenas a cardiologia, e identificação de recursos técnicos necessários para contemplar essas demandas. Reuniões da equipe com os pacientes interessados também foram conduzidas nesse momento e foram discutidas as demandas.

O trabalho assim conduzido gerou a proposta para o protocolo de assistência interdisciplinar no ambulatório que foi implantada incluindo, além das consultas médicas regulares: reunião entre os membros da equipe, reunião da equipe com os pacientes, palestras sobre temas de interesse e disponibilização de atendimento psicológico e das demais especialidades, conforme a necessidade ou interesse do paciente. O protocolo de atendimento estabelecido, como demonstra a Tabela 1, passou a ser seguido por todos os membros da equipe.

A rotina foi implantada para todos os atendimentos a partir desse protocolo e cada profissional disponibilizava ao paciente o atendimento individual em sua especialidade conforme a necessidade reconhecida ou demanda espontânea apresentada. Abaixo são detalhadas as atividades descritas na tabela, que se alinham às propostas sugeridas por DeGood et al. (1999) para atendimento no contexto médico-hospitalar.

Uma hora antes do início das consultas acontecia a reunião clínica com a equipe toda, para discutir os casos de pacientes agendados para o dia,

tendo as informações dos prontuários como referência. Eram discutidas questões específicas e demandas prioritárias de cada paciente a serem consideradas durante a consulta médica e pelos demais profissionais. Ao final da reunião a equipe tinha uma visão geral das condições biopsicossociais dos pacientes a serem atendidos no dia e, conforme a situação, sugestões para conduta. Havendo demanda, a consulta podia ser conjunta, com dois ou mais profissionais.

Tabela 1

*Protocolo de atendimento interdisciplinar no ambulatório de cardiologia*

Horário	Duração	Atividade	Descrição	Objetivo
13h – 14h	1h	Reunião Clínica	Discussão em equipe sobre os casos agendados	Identificação de especificidades e prioridades
		Grupo de Pacientes	*Reunião com pacientes para psicoeducação e treinamento	*Sensibilização, assistência e treino em técnicas de relaxamento
14h – 18h	4h	Consultas	Atendimento individual	Conforme demanda
		Palestras	Palestras informativas sobre temas relevantes	Definidas pela equipe

*Nota.* \*Exemplo do serviço de psicologia.

Na sequência, acontecia a consulta com cada especialista que, no caso do psicólogo, podia ser individual ou grupal, a depender do caso. Se individual, eram detalhadas as demandas e atualizada a condição psicossocial do paciente, considerando a possível existência de estressores atuais, conflitos interpessoais, status emocional, estrutura e clima familiar, rede de apoio social, habilidades, estilos de enfrentamento e auto estima. As variáveis avaliadas eram definidas objetivamente a partir das observações feitas na reunião de equipe, das informações contidas no prontuário, ou feitas pelo psicólogo durante o atendimento. Quando realizado em grupo, o atendimento era geralmente voltado para a avaliação dos níveis de estresse e de ansiedade e a realização do treino em técnicas de relaxamento; dúvidas eventuais eram sempre esclarecidas. Os instrumentos utilizados para essas medidas eram o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (Lipp, 2000) e o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck & Steer, 1993). As técnicas de relaxamento eram diversificadas, sendo priorizadas o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e técnicas de visualização guiada.

Na sala de espera os membros da equipe se revezavam para ministrar palestras informativas sobre cuidados necessários com a saúde, patologias cardíacas, comorbidades e estratégias de manejo, que eram assistidas pelos pacientes e seus acompanhantes. O objetivo era tornar o paciente agente ativo do próprio tratamento a partir do conhecimento. As palestras eram conduzidas para oferecer a eles recursos que viabilizassem escolhas adequadas e que possibilitasse o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento focado no problema. Nesse momento os acompanhantes eram igualmente estimulados a formular perguntas acerca de possíveis dúvidas sobre os temas discutidos. Durante todo o contato com os pacientes, o conteúdo advindo da discussão em equipe, realizada no início dos trabalhos, era usado como guia de objetivos. Assim, consultas e palestras eram adequados à avaliação feita e sempre realizadas em linguagem clara, comportamental e operacional.

Nessa proposta de trabalho, o total de informações coletadas, usadas em conjunto, torna-se o indicador do perfil do paciente a partir do qual o programa de intervenção acontece. Um ponto importante é o fato de que, em geral, o paciente é desinformado acerca do papel do psicólogo em equipes de saúde. Como a preocupação dele ao buscar o serviço é com a saúde física e sobrevivência, o interesse é voltado para a consulta médica. Assim, é adequado que a equipe entrosada e em especial o médico assistente, tomem a iniciativa de apresentar os profissionais como uma só equipe, trabalhando em atenção à saúde integral da pessoa assistida. Esse procedimento sensibiliza o paciente que se torna mais confortável com a indicação de uma assistência psicológica, quando a pessoa que lhe apresenta o trabalho interdisciplinar é o seu médico. A proposta se torna mais vantajosa sob o ponto de vista do paciente, que poderá então compreender e aceitar melhor esse trabalho, ou mesmo reconhecer a interdisciplinaridade como indispensável ao tratamento integral. O benefício maior será sempre dele.

Ao concluir a implantação do serviço e observar os primeiros resultados, concluímos que essa proposta traz como benefícios não apenas a assistência integral ao paciente usuário do serviço como permite a todos os profissionais e estudantes o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades necessárias à intervenção interdisciplinar humanizada em cardiologia.

### *Agradecimentos*

Ao Prof. Dr. Hervaldo Sampaio Carvalho, à época coordenador da equipe interdisciplinar e chefe do ambulatório de cardiologia do HUB, pelo interesse, proatividade e parceria na implantação do atendimento interdisciplinar naquele serviço.

À psicóloga Viviane Farias, à época estagiária de psicologia, cujo trabalho foi fundamental para o desenvolvimento do protocolo interdisciplinar.

### REFERÊNCIAS

- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.
- Bourbon, M. (2016). *Doenças Cardiovasculares*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>
- Child, A., Sanders, J., Sigel, P. & Hunter, M. S. (2010). Meeting the psychological needs of cardiac patients: An integrated stepped-care approach within a cardiac rehabilitation setting. *The British Journal of Cardiology*, 17, 175-179
- DeGood, D. E., Crawford, A. L., & Jongsma, Jr. A. E. (1999). *The Behavioral Medicine Treatment Planner*. New York: John Wiley & Sons.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da saúde e doenças crônicas. In R. R. Kerbauy (Org.), *Saúde e Comportamento: Explorando alternativas*. São Paulo: Arbytes.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, B. R., Brant, L. C. C., Oliveira, G. M. M., Malachias, M. V. B., Reis, G. M. A., Teixeira, R. A., Malta, D. C., França, E., Souza, M. F. M., Roth, G. A. & Ribeiro, A. L. P. (2018). Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de língua portuguesa: Dados do “*Global Burden of Disease*”, 1990 a 2016. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 110(6), 500-511. doi: 10.5935/abc.20180098
- OPAS Brasil (2018). 10 principais causas de morte no mundo. Retirado de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0)
- Straub, R. (2014). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.