

e a **PSICOLOGIA**
ENTROU NO
HOSPITAL...

Trata-se de um livro que mostra o trabalho do psicólogo no hospital, buscando a humanização do paciente e a compreensão dos aspectos emocionais, presentes no processo de adoecer.

É uma das mais brilhantes descrições de como a psicologia se inseriu no contexto hospitalar. Com esta obra, a Pioneira se lança na vanguarda das temáticas contemporâneas, apresentando uma das mais notáveis performances da psicologia.

VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI - CAMON (ORGANIZADOR)

HELOÍSA BENEVIDES CARVALHO CHIATONE

RICARDO WERNER SEBASTIANI

MARIA LÚCIA HARES FONGARO

CLÁUDIA TAVARES DOS SANTOS

e a **PSICOLOGIA**
ENTROU NO
HOSPITAL...

e a **PSICOLOGIA**
ENTROU NO
HOSPITAL...



147-152 → longe vida

152-156 → hospitalizacão / ambigüidade / doenças / tratamento

157-161 → diagnóstico / mecanismos psicológicos / etiologia

162-169 → retorno à vida real / genitor recondensado / família

169-175 → equipe



Prof. Mariana

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA

*Claudia Tavares dos Santos
Ricardo Werner Sebastiani*

As enfermidades crônicas têm recebido apenas ultimamente a devida atenção por parte dos profissionais de saúde e das instituições dedicadas tanto ao tratamento quanto à pesquisa. Esse fato ocorre no âmbito internacional do chamado primeiro mundo, onde se tem desenvolvido trabalhos junto às comunidades, sendo criado inclusive na Europa a European Association For Palliative Care, onde profissionais das mais diferentes especialidades uniram-se para tratar o tema da qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças crônicas e sobretudo aquelas que avançam inexoravelmente para um estado terminal. Novas formas de abordagem do paciente e família, a priorização da manutenção, o mais possível do paciente em sua casa com sua família, a organização de equipes que desenvolvem visitas domiciliares permanentes têm mostrado que a possibilidade de se criar uma nova forma de se relacionar e cuidar da pessoa portadora de uma doença crônica não é impossível, ao contrário, até mesmo os custos para esse tipo de trabalho, em relação aos da institucionalização do paciente, são menores.

No entanto, no Brasil, nossa realidade ainda se arrasta numa prática quase medieval de atenção ao paciente crônico. Estima-se que possuímos atualmente algo em torno de 25 000 000 (vinte e cinco milhões!) de pessoas portadoras de algum tipo de patologia crônica, dentro do conceito assinalado nesse capítulo, entre chagásicos, diabéticos, epiléticos, alcoólatras, aidéticos, portadores de insuficiência renal crônica, etc. Esse contingente que representa muito mais que a população total de muitos países está praticamente relegado à sua própria sorte nas

filas do INSS, aguardando uma vaga num hospital para um eventual tratamento paliativo, esperando e às vezes morrendo nessa espera, um atendimento para uma crise aguda na evolução de seu processo crônico. Marginalizados da sociedade, uma vez que, na maior parte das vezes improdutivos, dependem da família, da boa vontade de instituições filantrópicas e, é óbvio, de se concluir, tendo uma qualidade de vida que tende ao zero.

A prática de saúde que se instalou no Brasil nos últimos 30 anos é predominantemente curativa (atenção secundária), sendo que poucos recursos são destinados à atenção primária (prevenção) e praticamente nenhum à atenção terciária à saúde (reabilitação e cuidados paliativos). Ainda assim ouvimos diuturnamente autoridades, instituições e profissionais de saúde denunciando a falência dos serviços de assistência à saúde do país (e quando essa denúncia é feita esta se relaciona predominantemente ao sistema de atenção secundária, teoricamente o que recebe maiores recursos e que tem a maior parte das estruturas física e humana destinadas a ele). Um exemplo triste desse fato é que o país gasta atualmente 30 vezes mais com o tratamento de pessoas portadoras de doença de chagas do que a verba destinada ao combate ao Barbeiro (hospedeiro do *trypanosoma cruzi* que produz a doença), combate esse aliás praticamente parado há 12 anos. Isso sem contar o custo indireto que é o de ter alguns milhões de pessoas dependentes e improdutivas numa fase de vida em que normalmente estariam em plena capacidade produtiva. Senão pelas pessoas, seria interessante pensar pelo numerário envolvido em tais questões, já que o descaso nos leva a pensar que as questões afetadas ao indivíduo são secundárias às visões políticas e econômicas.

Esse triste quadro dá ao leitor uma pálida idéia do que é e quão grande se torna a necessidade de se destinar atenção diferenciada a essa parcela de pessoas. Caso se procure na própria literatura especializada trabalhos referentes aos cuidados com o paciente crônico, mais uma vez iremos nos deparar com a mesma pobreza. Em função destes aspectos é que se julgou importante trazer, nesse capítulo uma série de considerações acerca do trabalho que o Psicólogo Hospitalar pode e deve desenvolver junto ao paciente crônico e sua família.

Nesse primeiro momento serão abrangidas as questões gerais que envolvem o universo psicossocio-afetivo da pessoa portadora de doença crônica, o SER DOENTE; é nossa intenção em trabalhos futuros entrarmos em especificidades de determinados tipos de patologias e dos aspectos psicológicos próprios destas. Mas como ressaltado, acredita-se que num primeiro momento abarcar a questão de uma forma mais global torna-se mister.

Raras publicações focalizam as características psicológicas comuns do paciente crônico, enfocando, ao contrário, nuances psíquicas em cada doença específica.

A proposta de consideração global das características psicológicas desses pacientes parece mais adequada para a compreensão de alterações psíquicas seja em diabetes, câncer, insuficiência renal crônica, lúpus e outras.

Zozaya, J. L. G.⁽¹⁾ (1985) define doença crônica como "qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características: que seja permanente, que deixe incapacidade residual, que produza alterações patológicas não reversíveis, que requeira reabilitação ou que necessite períodos longos de observação, controle e cuidados. São produzidas por processos mórbidos de variada etiologia, que por sua relativa freqüência e severidade, revestem singular importância médica, social e econômica para a comunidade."

Referindo-se à doença crônica, *Schneider, P.B.*⁽²⁾ (1976) aponta que "(...) certos indivíduos se tornam doentes crônicos pela simples razão de apresentarem alterações somáticas tão importantes que são forçados a renunciar a qualquer possibilidade de adaptação e de desenvolvimento, mesmo restrito e sem necessidade de cuidados constantes."

Contudo, o indivíduo será considerado paciente crônico se for portador de uma doença incurável. Observa-se, porém, que muitos pacientes que têm um longo período de internação procuram manter a cronicidade da doença, muitas vezes a fim de obter cuidados que fora do ambiente hospitalar não teriam, ou mesmo por sentirem necessidade psicológica intensa de viver dramaticamente um estado crônico, que parece ser indispensável ao seu funcionamento existencial.

Neste sentido, *Schneider, P.B.*⁽²⁾ (1976) comenta que "do ponto de vista psicológico, portanto, o doente crônico deve ser definido por outros critérios diferentes dos que se relacionam diretamente com a afecção de que ele sofre ou com as seqüelas das doenças ou enfermidades que ele apresenta. Um indivíduo somaticamente "são" ou "normal" pode ser um doente crônico grave, enquanto um outro indivíduo que apresenta alterações funcionais e lesionais importantes não o é. Ao que parece, entrar na cronicidade implica uma elaboração psicológica existencial. O indivíduo vai entrar em alguma coisa que vai se tornar um "estado" duradouro; essa extensão, no tempo dos distúrbios da saúde acarretará conseqüências modeladoras da vida psicológica."

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), "saúde é o total bem estar biopsicosocial da pessoa e não somente a ausência de doença."

Com o avanço das ciências da saúde, tenta-se cada vez mais dar assistência integral ao enfermo, dentro de uma abordagem multifatorial na compreensão da etiologia da enfermidade, aprimorando as técnicas e processos de tratamento, uma vez que são aspectos importantes e fundamentais para possibilitar a recuperação do doente.

No entanto, muitas enfermidades não têm a perspectiva de recuperação, resta à pessoa que foi acometida por uma dessas enfermidades o esforço para se adaptar a vida com a doença, ou seja, se reestruturar quase que por completo para poder assim viver, na medida do possível, com qualidade apesar das limitações e perdas impostas pela enfermidade.

Observa *Schneider, P.B.*⁽²⁾(1976), que o "(...) mundo dos doentes mostra, sem dúvida, que não existe concordância entre o fato de ser afetado por doença crônica e ser, no plano psicológico, um doente crônico (...). As alterações funcionais e lesionais podem acarretar certas restrições à sua vida, restrições às quais se adaptaram e as quais se adaptam quando surgem agravamentos (...). Muitas vezes, respondem que têm uma doença mas não vivem como "doentes", mesmo quando precisam tomar certas precauções e tem de renunciar a certas atividades físicas ou intelectuais."

De acordo com *Perestrello, D.*⁽³⁾(1989), "(...) o adoecer é único em múltiplos sentidos, quer o ser humano adoça mentalmente e seja objeto dos cuidados de um psiquiatra, quer adoça somaticamente e fique aos cuidados de um internista, dermatologista, oftalmologista, cirurgião... O fato de exteriorizar seus sintomas mental ou corporalmente em nada modifica o modo de se compreender o seu enfermar. Há que se buscar sempre a superação daquilo que Binswanger chamou a gangrena da psicologia, isto é, a separação corpo - mente."

Ressalta-se que o doente crônico está lutando constantemente no sentido de compreender e aceitar a doença para, assim, conseguir vivê-la.

Quando um ser humano encontra-se numa situação conflitiva com uma doença crônica, não se deve esquecer de considerar esse indivíduo como uma unidade soma-mente, procurando, de certa forma, manter sua integridade como um todo.

Consideramos o homem como um todo. Um Ser singular, dinâmico, dotado de corpo e alma (na concepção de unidade, não dicotomizado) que se desenvolve num ambiente e nele interage, sendo dele determinante e determinado; em termos de existência, o mesmo acontece, ou seja, também determina e é determinado no seu processo de existir.

Entende-se por doença a desarmonia orgânica ou psíquica, que, através de sua manifestação, quebra a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como um ser global, gerando desarmonização da pessoa; compreende-se esse desequilíbrio como um abalo estrutural na condição de ser dentro de sua sociocultura.

No diagrama apresenta-se a integração entre corpo e mente dentro de um ambiente que dinamiza essa relação. O indivíduo constantemente procura o equilíbrio nas suas esferas com intenção para sua homeostase. (A)

Com a doença, quebram-se a dinâmica e as relações existentes entre o indivíduo consigo mesmo e com o mundo. (B)

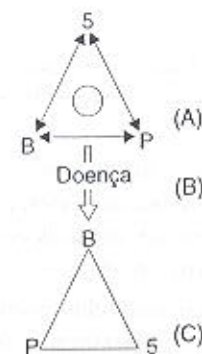


Figura 1

Neste diagrama, tem-se o indivíduo determinado pelo fenômeno doença, portanto, enquanto perdurar a enfermidade, a pessoa assume uma nova condição, é quando surge, de sua psicodinâmica, o fenômeno do SER ou ESTAR doente, determinando mudanças e perdas que alterarão sua identidade. (C)

A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido. Para isso, existem medicamentos e profissionais de saúde. Muitas vezes, parece que *se esquece* o significado do adoecer, cuidando apenas do órgão prejudicado, dividindo o indivíduo entre corpo e mente, esquecendo-se da história pregressa pessoal, familiar e social. Deve-se entender que, como já mencionado, o ser é único, singular e que seu modo de existir assim como adoecer tem suas características próprias, de maneira original e individual.

Zozaya, J. L. G.⁽⁴⁾(1985) refere que "(...) devemos levar em conta: a constituição biológica do paciente, sua característica genética, seu ambiente e a parte psicológica, que são fatores que vão determinar seu comportamento."

Conforme *Perestrello, D.*⁽³⁾(1989), "o psiquiatra, ou o médico de qualquer especialidade que lida com doentes, terá uma dupla tarefa. Deverá estar apto para a abordagem naturalista, saber examinar o paciente somaticamente, conhecer a fisiopatologia e as etiopatogenias e, além disso, proceder à abordagem compreensiva, em termos do que costumamos chamar a história da pessoa. Para a segunda tarefa, que não será feita "num segundo tempo", senão que se entremeará com a primeira, terá que por entre parênteses as explicações naturalistas.

Uma vez, porém, feito o diagnóstico naturalista, deverá tirá-las do parênteses e vê-las em função da história da pessoa, a qual irá enriquecendo-se durante todo o tempo que lidar com o paciente, ao longo do convívio que mantiver durante o tratamento."

Então, compreender o homem integralmente é fundamental quanto à sua natureza, corpo, história de vida, essência para poder compreender seu comportamento frente a uma moléstia crônica, visando melhor recuperação biopsicossocial do paciente.

Perestrello, D.⁽³⁾ (1989) comenta que "a doença não é algo que vem de fora, não é um corpo estranho e sim um modo de ser expressando-se em circunstâncias adversas, assim como a pessoa tem um modo-de-ser, também possui um modo-de-adoecer único, que sobrevêm em circunstâncias críticas."

Assim, a doença é sentida pelo indivíduo como uma agressão, gerando um abalo na condição de ser, tornando o futuro incerto. A doença na vida do indivíduo instala-se de uma maneira abrupta, não permitindo ao ser humano uma adaptação gradativa à facticidade.

Neste sentido, *Olivieri, D. P.*⁽⁴⁾ (1985) refere que "o Ser Doente tem ameaçado o seu futuro, o que acarreta grande insegurança e ansiedade. É possível sentir o fim do futuro planejado, quer dizer, o ser-doente poderá ter a sensação de que tudo o que havia programado para o futuro não acontecerá jamais, porque o seu fim chegará antes ou a sua enfermidade impossibilitará o acontecimento previsto."

A doença, dependendo de sua gravidade, afasta o indivíduo doente do convívio familiar, social, do seu trabalho, isolando-o do seu meio ambiente.

Segundo *Lima, A. M. C.; Mendonça Filho, J. B.; Deniz, J. S. S.*⁽⁵⁾ (1994), nota-se que "as perdas sentidas como definitivas, impostas como consequência da doença, são traduzidas por uma privação ao nível do funcionamento e do prazer corporal. Muitas vezes essas perdas são equivalentes à perda de um objeto de amor e acarretam as mesmas reações de luto. A vida gira agora em função da doença, o mundo torna-se vazio, desinteressante e pobre. Um desânimo profundo, uma inibição de toda e qualquer atividade."

Percebe-se que uma série de sentimentos confusos e dolorosos podem acompanhar o indivíduo a partir do aparecimento da doença e ser agravada com a internação hospitalar. A internação reforça a condição de dependência, que pode ser sentida pelo paciente como agressão, pois se encontra sobre o domínio de uma estrutura hospitalar, sob o poder dos profissionais de saúde que, muitas vezes, tiram o sentido de autonomia e a capacidade de decisão do próprio paciente.

Para *Tähkä, V.*⁽⁶⁾ (1988) "o hospital, e o fato de baixar a ele, pode ter diversos significados para o paciente, dependendo da natureza de sua doença, de sua personalidade específica e de sua situação de vida. Alguns pacientes experimentam o fato como permissão de baixar ao hospital, vendo-o como um lugar seguro, do qual esperam ajuda, alívio dos sintomas que lhes causam dor, ansiedade e desamparo e/ou onde podem, por algum tempo, ser aliviados das pressões, tensões e conflitos da vida cotidiana. Outros experimentam-no como obrigação de baixar ao hospital. Em vez de alívio, o sentimento dominante tende então a ser a ansiedade,

a qual pode, em variáveis graus, dever-se à sua enfermidade, à sua situação de vida ou aos temores que tenham de hospitais."

O próprio processo de hospitalização, conforme *Campos, T. C. P.*⁽⁷⁾ (1988), "pode ser sentido como agressão, pois a instituição reforça a condição de dependência do portador de uma doença, impondo-lhe roupas, camisolão, pijama típico do hospital, decidindo tudo ou quase tudo pelo paciente."

Neste sentido, *Tähkä, V.*⁽⁶⁾ (1988) diz que "é natural que quanto mais ansioso e deprimido um paciente se ache quando é admitido ao hospital, mais estranho e assustador tenha probabilidade de achá-lo, especialmente se tratar de uma primeira admissão. Comparado com o ambiente do lar, trata-se de um lugar impessoal e estéril, onde parece pouco provável que levem em consideração os seus hábitos individuais de vida. As roupas são-lhe tiradas e muitas vezes tem de partilhar o quarto com estranhos.

Tem de adaptar sua vida a uma rotina estritamente ordenada, com horas estabelecidas para dormir, comer, mover os intestinos, falar, receber visitas, e assim por diante. Fica sujeito a estranhas e assustadoras experiências, auditivas e olfativas; tem de submeter-se a diversos tratamentos inusitados e alarmantes, deve observar de perto as doenças de outras pessoas e escutar quando elas descrevem os seus sintomas; tem de adaptar-se a que suas necessidades mais íntimas sejam cuidadas por pessoas que lhe são estranhas. Em tudo isso, deve observar as normas de ordem e responder às exigências do pessoal, ao mesmo tempo em que, com frequência, é deixado horas em tensa espera e incerteza."

Com a internação, o indivíduo percebe que não é mais o mesmo, pois há uma ruptura na história deste, ocasionando sofrimento diante de sua própria imagem já alterada. Sabe-se que o hospital tem uma função separadora. Internado, o doente fica sozinho; apesar de o hospital dar a retaguarda, acaba impondo suas normas.

Este jogo de poder estabelecido entre a instituição e o paciente devido a determinação de normas e limites, faz com que o doente perca ou tenha sua identidade abalada. Isso o levaria a assumir um outro lado criado pela estrutura da instituição dominadora, opressora e rejeitadora das participações individuais. Entretanto, pode-se considerar que muitas dessas condições colocadas pela instituição são necessárias para seu funcionamento, porém, é criticável a forma despersonalizante que isto, na maioria das vezes, acontece.

Sabe-se que o hospital é uma instituição marcada pela luta entre a vida e a morte. O indivíduo quando internado tem em sua história pessoal uma cisão de seu cotidiano, logo ocorre uma série de problemas na sua autonomia e no transcurso normal de sua vida. Muitos fatores contribuem para que o paciente sinta descontentamento, desgosto, sensação de abandono, medo do desconhecido, etc. A situação de estar internado no hospital é totalmente nova e desconhecida para o

indivíduo, provocando fantasias e temores. Campos, T. C. P.⁽⁷⁾ (1988) menciona que “muitas vezes a pessoa encara a doença como uma agressão externa, uma punição, com o aparecimento de sentimentos de culpa e limitação de atividades.” Intensificando, assim, ainda mais o sofrimento físico e mental.

Coloca Tähkä, V.⁽⁶⁾ (1988) que “um dos aspectos mais penosos da vida no hospital, além de seus elementos de incerteza e tensão, é a sua monotonia e os seus efeitos apassivadores e infantilizantes sobre os pacientes. De modo especial quando a estada no hospital é prolongada, a continuada falta de atividade, ser cuidado por outros e viver segundo um horário por estes estabelecido tendem a tornar apáticas e deprimidas as pessoas adultas e, às vezes, a estimular abertamente suas necessidades regressivas de dependência, o que pode ter por resultado o já mencionado fenômeno da institucionalização.”

Com as rotinas de tratamento, o paciente sente-se, se quisermos falar do aspecto físico, agredido e invadido (invasão que ocorre, por exemplo, através de sondas, cateteres, drenos, etc.), gerando sentimentos de dúvida, medo, expectativas, sensações estranhas em sua corporeidade, etc., atingindo e, até, comprometendo sua identidade, que é representada didaticamente pelo Eu Físico. A identidade se forma baseada e a partir da estruturação da Consciência do Eu (tanto do Eu Físico, quanto do Eu Psíquico), compreendendo, por assim dizer, a importância da apreensão das vivências corporais (Eu Físico) e sensoriperceptivas (Eu Psíquico). A consciência corporal e a estruturação corporal juntamente com a organização neurológica do Homúnculo Sensitivo, situado no giro pós-central, são responsáveis pela base de maturação de nossa consciência – Eu Físico (Vide item Exame Psíquico no Cap. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral).*

Nesta situação de hospitalização o indivíduo sente-se invadido e privado do seu espaço vital, ou seja, vai sendo quebrada uma espécie de barreira invisível e semipermeável que a pessoa cria em sua volta.

* Contudo, Tähkä, V.⁽⁶⁾ (1988) comenta que “os hospitais são geralmente planejados para fornecer tratamento somático eficaz, não para levar em consideração as necessidades psicossociais e a qualidade de vida dos pacientes. O mesmo se aplica às rotinas de enfermagem e aos horários diários. Prestando-se mais atenção aos pacientes como pessoas, mantendo-os informados das finalidades dos procedimentos e aspectos especiais da vida do hospital e tratando-os mais como adultos, muito se poderia fazer para reduzir-lhes a ansiedade e apoiar-lhes a auto-estima amígdala oscilante, tão importante para a recuperação bem sucedida. Para apoiar as partes adultas da personalidade do paciente e opor-se às suas tendências regressivas, é importante incentivar-lhes o auxílio a si próprios, tanto quanto possível em sua condição. Especialmente nas enfermarias para pacientes crônicos e a longo prazo, é vantajoso estimular os pacientes a fazerem suas próprias camas, prepararem em conjunto o seu lanche da noite e, até onde possível, ajudarem no cuidado e tratamento uns dos outros. Para contrabalançar a preocupação regressiva com a enfermidade e o isolamento que lhe vai de par, seria útil encorajar as atividades sociais e outras atividades ajudando-os a criar grupos de debate, organizando ocasiões comuns e programadas para pacientes etc. (...)”

O Ser Doente é um ser que vivencia uma doença; não é um ser anormal e sim um ser diferente.

Olivieri, D. P.⁽⁴⁾ (1985) refere que “o profissional não deve pensar em termos da doença mas em termos de um doente que está presente diante dele – de um ser humano na sua facticidade como doente que necessita de cuidado pessoal e especial.”

O Homem é um ser que, independente de sua patologia, mantém posturas frente à vida, que se pode chamar de tendência necrófila e tendência biófila (vide capítulo Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral), com a predominância, existencialmente falando, de uma ou outra, e estes dois fatores, com advento da doença, é que irão determinar as reações, agora do homem paciente, frente à condição de Ser ou Estar Doente. A tendência necrófila, por exemplo, pode ser observada pela equipe de saúde quando o paciente abandona o tratamento ou não responde às condutas terapêuticas, deixando transparecer “o entregar-se” à doença, numa postura depressiva e num literal desinteresse por si mesmo.

Por outro lado, a tendência biófila pode ser também notada pela equipe de saúde, quando o paciente segue rigorosamente as condutas terapêuticas a fim de resgatar seu bem-estar.**

Dessa forma, o Ser Doente aspira ser o que era anteriormente, deseja ser um ser saudável, pois com a instalação de uma doença, o indivíduo perde o autocontrole, a liberdade. Com o intuito de resgatar o seu ser anterior, entrega-se deliberadamente o seu viver a outro ser que possivelmente o conduzirá para o que tanto almeja, o seu bem-estar biopsicossocial, tendo, deste modo, um retorno à sua vida normal.

Deve-se considerar portanto que o doente que deseja ser são vive em desespero por não desejar ser ele próprio. Muitas vezes, a doença vem ao encontro do desejo do paciente no sentido de vir a solucionar um conflito ou uma situação de fuga. Dessa forma, o paciente não assume a responsabilidade de ser são.

Kierkegaard, S.⁽⁸⁾ (1979) cita que isto “constitui o desespero e o ser-doente é ser desesperado.” Nesse sentido, Olivieri, D. P.⁽⁴⁾ diz que este desespero ocorre no doente “seja porque não quer assumir o seu ‘eu’ sadio (quer desembaraçar-se do ‘eu’ real, sadio) ou porque tem vontade desesperada de não ser o que no momento ele é – ou seja, tem vontade de ser sadio. O que não tem saúde, em geral, tem ‘pressa’ de ficar bom.”

** Para o Ser Doente, a doença é sentida como uma perda do Eu anterior que o deixa insatisfeito e desesperado. Entrega-se ao seu médico com o objetivo de resgatar o seu Eu, ficando sua vida confiada a estranhos, a quem passa a acreditar, perdendo sua privacidade e liberdade, tendo que sofrer adaptações rápidas a um ambiente diferente ao do seu lar, vivenciando sentimentos de saudade, porém sem opção, pois o que deseja é ser sadio.

Sendo o Ser Doente vítima das circunstâncias necessita ser amado e se encontrar a fim de que melhore. Mas poderá também passar a conviver com a doença de maneira mais amena, familiarizando-se com ela e vivendo de forma mais tranqüila com essa nova condição de Ser Doente.

Olivieri, D. P.,⁽⁴⁾(1985) observa "em alguns doentes, uma capacidade especial de adaptação à doença incurável, consistindo numa alteração profunda da realidade com o auto convencimento que existe gradativa melhora quando, na verdade, o quadro clínico segue, a olhos vistos; o trajeto esperado para a finitude. Outras ocasiões o ser passa a 'habitar' a doença, quer dizer, sente-se bem com a doença que passa a fazer parte de seu ser."

Schneider, P. B.⁽²⁾, no artigo "A Psicologia do Doente Crônico", refere quanto à tríade psicodinâmica de base do paciente crônico à dependência, regressão e passividade. Comenta que esses parâmetros psicológicos são ligados entre si. O autor⁽²⁾ (1976) nota que "essa tríade psicodinâmica intervém positivamente nas afecções agudas e quando ocorrem surtos evolutivos de uma afecção crônica, porque ela permite ao paciente receber os cuidados de que precisa, limitar justamente sua atividade, a ela renunciar se for preciso e assumir finalmente o papel do 'bom doente'."

Contudo, *Schneider, P. B.*⁽²⁾ observa que a doença crônica gera uma série de imitações, restrições, incapacidades ao paciente, exigindo muitas vezes cuidados sistemáticos; porém, toda a equipe de saúde e até mesmo os familiares deste doente gostariam que o paciente, mesmo em regressão, dependente e passivo pudesse de certo modo viver uma vida normal, considerando as restrições sociais ou psíquicas que houvessem.

Neste sentido, *Chiattonne, H. B. C.*⁽⁹⁾ (1993) diz que "o ser doente convive constantemente com a ambigüidade imposta pela própria doença expressa em seu corpo. Mesmo buscando repudiar o seu ser doente, as implicações terapêuticas controlam sistematicamente sua vida. Como resultado, sempre que o paciente tenta superar a dependência e passividade, assumindo expressão ativa, expõe-se à possibilidade de fracasso, sendo, muitas vezes, dominado por essa ameaça.

Cria-se, um círculo vicioso pois estimula-se o paciente a agir ativamente diante de sua doença, assumindo seu controle mas paralelamente, impõe-se o peso constante das responsabilidades que envolvem o rígido tratamento."

Chiattonne, H. B. C.⁽⁹⁾ (1993) segue comentando o quanto é "importante considerar que nem sempre o ser doente deseja liberar e gratificar essas novas forças envoltas à sua doença. Ao contrário, deseja manter-se regredido, dependente e passivo obtendo os lucros dessa relação expressando o alívio secreto quando a equipe de saúde ou os familiares adicionam o peso de sua autoridade aos seus controles incertos."

Ao diagnosticar uma doença crônica, o médico certamente, salvo melhor conduta, apresentará ao paciente fatos que irão abalar sua vida e os conceitos que tem de si mesmo. Ser um doente crônico é lutar contra suas incapacidades que cada vez mais aumentarão; é muito mais difícil do que se adaptar a uma doença aguda que só exige uma temporária aceitação da passividade como também da ajuda externa. Sabe-se que o doente crônico "tem de aceitar" o fato de que nunca se curará e que sua condição de Ser Doente tende a piorar à medida que a sua moléstia progrida.

Perestrello, D.⁽³⁾ (1989) comenta que "(...) o paciente procura o médico porque precisa de ajuda. Estar doente já implica em sentir-se desamparado, sem proteção, presa de ansiedade, mesmo que essa ansiedade não seja do conhecimento do próprio paciente."

Zozaya, J. L. G.⁽¹⁾ (1985), assinala que o paciente é a personagem mais importante nesse momento do diagnóstico de uma doença, em especial se for crônica, merecendo respeito, consideração e ajuda. Refere que "o paciente é um ser humano que se encontra em uma situação muito especial de sua vida. Se lhe é diagnosticado uma enfermidade crônica o que pode significar para ele que lhe limite suas possibilidades de vida, ou pelo menos, se querem prolongar sua existência deve submeter-se a uma série de limitações e de sacrifícios, que incluem troca em seus hábitos de vida, reajustes econômicos, sociais, etc. O paciente terá que fazer uma série de adaptações em seu estilo de vida, que vai implicar uma série de situações problemáticas, e é quando o médico que o acompanha deve intervir para tratar de ajudá-lo."

A angústia em relação ao diagnóstico desencadeia reações psíquicas específicas: num primeiro momento, o paciente tem um choque inicial que gera medo, depressão, choro e desespero, sendo um período curto, marcado pela família, médico e paciente.

Para *Zozaya, J. L. G.*⁽¹⁾ (1985), o diagnóstico, ou melhor, as enfermidades crônicas "produzem uma série de conflitos emocionais, ansiedade, angústia, que vão desencadear no paciente uma série de mecanismos defensivos múltiplos; entre os mais frequentes e interessantes de comentar se encontram:

- ☐ **Regressão:** O paciente adota frente a sua enfermidade uma conduta infantil e põem em jogo mecanismos regressivos. Esta reação se observa com freqüência em sujeitos muito dependentes e que normalmente exigem muita atenção; manifestam uma necessidade de ser atendidos, de ser apreciados e, por sua enfermidade, se convertem em centro de atenções, produzindo como é lógico, um série de desajustes no meio familiar.
- ☐ **Negação:** Neste tipo de reação, o paciente não quer reconhecer sua enfermidade e trata então de enganar a si mesmo e a seus familiares, adotam

uma atitude negativa, colaboram pouco, se negam a receber ajuda médica e esperam até o último momento para ir a uma consulta (...).

- ¶ **Intelectualização:** Existe outro mecanismo que denominamos intelectualização, o paciente investiga todos os aspectos de sua enfermidade e pretende que, ao conhecê-la melhor, esta deixe de existir. Esta reação, sem embargo, pode dar-lhe um sentido positivo se o médico tentar orientar bem o paciente."

Segundo *Kubler Ross*⁽¹⁰⁾, o paciente e a família ao tomarem conhecimento da gravidade da doença podem passar por cinco estágios emocionais, notória e geralmente ocorrendo nesta ordem: 01-negação, 02-revolta (raiva), 03-barganha, 04-depressão e 05-aceitação.

O estágio de negação inicia-se quando o paciente, ao receber a notícia do diagnóstico, fica convicto de que os exames que foram feitos poderiam, por exemplo, ter sido trocados, como também o médico poderia ter se enganado. O paciente, não raro, procurará outros médicos e fará novos exames com a esperança de que o primeiro diagnóstico venha a estar errado, ou então abandonará o tratamento, agindo como se a doença simplesmente não existisse.

A negação funciona como uma defesa temporária, sendo logo substituída pelo estágio emocional consequente ou outro deles qualquer, já que, necessariamente, tais estágios não ocorrem sempre na ordem que se observa na maioria das vezes; no entanto, são assim apresentados porque a didática assim requer, para melhor compreensão.

É comum a necessidade de negação no início de uma doença grave ou crônica. Percebe-se que essa necessidade vai e volta, com a evolução da relação com a doença e elaboração desta. Mais tarde, após idas e vindas por tais estágios, poderá vir a encarar a morte sem perder as esperanças e, aos poucos, se desprenderá de sua negação e se utilizará de mecanismos de defesa menos radicais, desde que passe a falar e "melhor ouvir" sua doença e mortalidade. É importante ressaltar também que em diversos casos pode-se identificar uma atitude por parte do paciente de *Negação Parcial*, ou seja, embora saiba e até comente sobre a doença, o paciente não se relaciona com ela, adotando atitudes que muitas vezes levam a achar que este está falando de uma outra pessoa enferma e não de si mesmo.

Entre os familiares do paciente é mais fácil discutir sobre a doença, enquanto esse (paciente) está em tempos de relativa saúde e bem-estar (momento do diagnóstico). Os familiares estarão preocupados em se reorganizar a fim de estabelecerem um novo vínculo com o membro doente. Procuram não falar sobre a doença com o paciente, colocando-se numa postura defensiva, porém, isso tende a não beneficiar o paciente (é o que se chama de "Pacto do Silêncio", onde, embora todos saibam do problema e os demais também, ninguém "toca" nele ou manifesta seus sentimentos).

A maioria dos pacientes percebe que ocorre uma mudança de atenções por parte da família, pois esta não consegue disfarçar seus reais sentimentos frente à situação de doença.

Quando não é mais possível manter o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, *revolta*, ressentimento e inveja. Surge, então, a pergunta: Por que Eu?

É muito difícil, do ponto de vista da família e do pessoal hospitalar, lidar com o estágio da revolta, principalmente pelo fato da projeção que o paciente realiza, ou seja, projeta geralmente toda esta raiva ao ambiente hospitalar, à equipe de saúde e aos familiares. Na maioria das vezes, a equipe de enfermagem é alvo constante da raiva dos pacientes. As visitas dos familiares são recebidas com pouco entusiasmo e sem expectativas, transformando-se em penoso encontro.

A reação dos parentes é de choro e pesar, culpa ou humilhação, ou, então, evitam visitas futuras, aumentando no paciente a mágoa e a raiva. Poucos (familiares) se colocam no lugar do paciente para saber de onde vem esta raiva, pois esta advém de que as atividades do paciente foram prematuramente interrompidas como se todas as coisas que começaram tivessem que ficar inacabadas, esperando que outros as terminassem (constatação de perdas irreversíveis e indesejadas). Este é um momento em que o paciente necessita ser compreendido, respeitado, aceito, "cuidado", para saber que é um ser humano igual a outro que não necessariamente precisa de explosões temporárias para ser ouvido.

O terceiro estágio, o da barganha, é o menos conhecido, mas igualmente útil ao paciente, embora ocorra por um período de tempo muito curto.

Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento, tem que incluir um "prêmio" oferecido, digamos, por bom comportamento. Estabelece também uma meta auto-imposta que insere uma promessa. Geralmente, são feitas com os seus, e mantidas em segredo. Podem-se associar essas promessas a uma culpa para se sentirem aliviados de seus temores. Nota-se, ainda, que muitos pacientes buscam outras maneiras de barganhar como, por exemplo, tratamentos alternativos, alimentação natural, cirurgias espirituais, etc.

Nota-se nessa fase a participação direta da família com o paciente em busca de cura.

A depressão, 4º estágio, é bastante conhecida entre os profissionais que tratam de pacientes crônicos. Há dois tipos de depressão: a chamada *Depressão Reativa* e a de *Depressão Preparatória*.

A *primeira* é a aflição inicial que o paciente em fase terminal é obrigado a se submeter para se preparar, para quando tiver que deixar este mundo, ou no caso de doenças crônicas ter de enfrentar a morte do seu ser anterior. O *segundo* tipo de

depressão, ao invés de se dar como uma perda passada, leva-se em conta perdas iminentes.

Quando a depressão é um instrumento da perda iminente de todos os objetos amados, para o paciente, o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não têm razão de ser.

No paciente crônico, a fase de depressão preparatória aparece não apenas ligada à situação de morte real, mas com maior frequência à morte simbólica, às perdas impostas em caráter permanente pela doença.

Conseqüentemente a isto, o paciente entrará no 5º estágio, o de aceitação, lamentando a perda iminente de pessoas e lugares queridos e contemplará seu fim próximo com uma tranqüila expectativa. Estará cansado e bastante fraco, sentirá necessidade de dormir com frequência em intervalos curtos. É quase uma fuga de sentimentos, é como se a dor e a luta tivessem cessado e fosse chegando o momento do repouso antes da longa viagem, encontra certa paz na aceitação desejando ficar só. É apenas uma questão de tempo até fechar os olhos para sempre.

Essa fase é o período em que a família carece de ajuda, compreensão e apoio mais do que o próprio paciente.

No caso da instalação da doença crônica, que evolui lentamente, a aceitação está ligada à própria permanência da doença. Existe nesse caso um estado precário de aceitação que pode se abalar a cada nova perda ou alteração do estado clínico e/ou emocional do paciente e família, fazendo com que ele retorne a estágios anteriores***.

O diagnóstico de uma doença crônica faz emergir a questão da morte, não só do paciente mas também dos próprios profissionais de saúde, devido ao fato de saberem estar lutando contra uma doença que dificilmente terá como fim a cura. Portanto, observa-se que muitas vezes a relação médico-paciente é substituída por exames de laboratório, radiografias, medicamentos, etc., esquecendo-se, assim, que por detrás de um diagnóstico há uma pessoa com um nome, uma história e que tem a necessidade de entender esse momento de angústia despertada.

Boss, M.⁽¹³⁾ (1981) afirma que "toda doença é uma ameaça a vida e, com isso, é um aceno para a morte, ou até um primeiro ou um último passo em direção à morte. Vida e morte são inseparavelmente unidas e pertencem uma à outra."

A morte é o acontecimento mais evidente que ameaça o não-ser; assim Olivieri, D. P.⁽¹⁴⁾ (1985) refere que a morte "(...) é algo que acontece, e, mesmo antes de acontecer, é uma "presença" que ainda não veio; e este fim guarda uma relação estreita com a filosofia de vida do Ser Doente."

*** Em relação a esses itens sugere-se ao leitor se reportar ao capítulo "Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral", onde os conceitos supracitados são arescidos pelas observações de Stedford e Zeigler.

Portanto, pode-se pensar que a essência de vida complementa-se no sendo-para-a-morte, logo, a morte é um fenômeno da vida.

Segundo Martins, J. in Olivieri, D. P.⁽¹²⁾ (1985), todos têm necessidade de "compreender o ser humano, o existir-ai-no-mundo, na sua plenitude, no seu complemento. Esta compreensão só se dá, de forma significativa, quando se assume o homem como podendo-não-ser-ai-no-mundo a qualquer momento. Enquanto o humano não chegar até seu fim, e quanto não houver ele percorrido toda sua trajetória no mundo, ele permanece incompleto. Não chegou a completar a sua inteireza, a sua totalidade. O homem, como ser-no-mundo, tem acesso ao significado do estar-sendo e este é o ponto mais importante, porque e somente porque é finito."

O Ser Doente, em especial, o portador de doença crônica vive mais intensamente a questão de estar-sendo voltado para um sendo-para-a-morte, à medida que o tempo avança e o seu estado piora e a morte se aproxima, suas perspectivas de poder ser um ser-ai sem a doença não se concretizam.

RETORNO À VIDA NORMAL

Com todo o estresse e as limitações impostas pela doença, o doente crônico, geralmente, é encorajado pela equipe de saúde e pela família a levar uma vida normal na medida do possível. No entanto, o paciente crônico percebe que o tratamento não pode curar sua doença de base. Com o tempo, pretende-se fazer com que o paciente procure compreender suas limitações de atividades para continuar sua vida. Porém, é uma pessoa doente obrigada a se manter ligada com o hospital ou ambulatório devido a tratamento rigoroso para sobreviver. Em outras horas do dia, quando age de maneira independente, procura atuar como se fosse um indivíduo totalmente saudável.

Com a aquisição da doença crônica, muitos pacientes enfrentam a perda de um corpo saudável e ativo e, para muitos, o funcionamento corporal não adequado leva a uma perda da autonomia e da capacidade de agir com independência.

No início da doença é comum os pacientes serem bem assistidos pelos amigos, mas, com o tempo, tendem a se tornar isolados socialmente. Muitas vezes, essa insociabilidade é imposta pelo próprio tratamento, como também pelas limitações do paciente.

As perdas de emprego e da estabilidade econômica ocorrem num grande número de pacientes crônicos, em conseqüência de suas limitações, que determinarão a alteração na dinâmica social familiar, pois a doença impõe limites nas relações vinculares do indivíduo fazendo o mesmo perder o seu lugar simbólico,

alteração
no cotidiano
das atividades
diárias
pelo doente
crônico

perda do
papel
emprego
normal
(e
estabilidade
econômica)

sofrendo marginalização porque seu lugar não existe mais como era antes de adoecer. Logo, o indivíduo procura elaborar esse luto estruturando a perda destes vínculos afetivos, criando novos vínculos, espaços e horizontes. Defronta-se com uma total insegurança e ansiedade, uma vez que se sente impotente frente à patologia. Devido a este fato, muitas vezes, há uma regressão no paciente por se sentir extremamente dependente de seus familiares e equipe de saúde, tornando-se passivo, transferindo a responsabilidade para o outro.

Sabe-se que a doença para o indivíduo torna-se o lugar central em sua existência provocando desinteresse e retraimento sobre si mesmo, desinteressando-se pelas relações com os outros que anteriormente eram importantes em sua vida. No hospital, o paciente encontra-se perto do pessoal de enfermagem e médicos sentindo-se protegido contra a morte que parece ameaçá-lo muito mais quando está em casa sozinho, ou em contato com uma família que não consegue dividir suas preocupações.

GANHO SECUNDÁRIO DA DOENÇA

Observa-se que em alguns casos o Ser Doente é tratado como um ser diferente, gozando de certos privilégios, atenção de todos que o cercam. Em muitas situações, utiliza-se deste estado de Ser Doente a fim de se comunicar com o mundo e obter certos benefícios. Conforme *Sebastiani, R. W. e Chiattonne, H. B. C.*⁽¹³⁾ (1991) "o indivíduo desenvolve inconscientemente o mecanismo de ganho secundário da doença onde, não obstante, o sofrimento e limitações imposta pela doença, este passa a se comunicar com o mundo a partir dela e a buscar esses benefícios (manipulando, chantageando, punindo, reparando, esquivando-se de responsabilidades, justificando-se, etc...). Nesse sentido, a doença se incorpora a vida do indivíduo de forma duplamente mórbida: uma pela supervalorização da doença como mecanismo de comunicação/relação, e outra por ser negligenciada em cuidados e administração de suas características nosográficas."

Nota-se que há o Ser Doente que não quer ficar bom por desejar as atenções do tratamento que é dado por amigos, parentes, pois vem compensar o desespero existente. Essas atenções especiais ao Ser Doente são encaradas como privilégios, tendo a sensação íntima de satisfação, reduzindo sua angústia ou criando um desejo de exploração de carinho. *Olivieri, D. P.*⁽⁶⁾ (1985) refere que estas "(...) atenções especiais correspondem a exceções que todos fazem quando se trata do ser doente."

O paciente crônico é uma pessoa limitada em suas ações, limitação essa que muitas vezes é reforçada pela família. Assim, o indivíduo mostra-se menos capaz ainda, mais dependente e mais impotente.

Olivieri, D. P.⁽⁶⁾ (1985) comenta: "A gente costuma admitir e suportar comportamentos e qualidades no "ser doente" que seriam intoleráveis numa pessoa normal. Estes privilégios conferem, às vezes, ao "ser doente" uma sensação íntima de satisfação que reforça a sua autoconsciência e reduz a sua angústia, ou criam um desejo de exploração. Há casos de abuso dessa circunstância, podendo o ser entrar em desespero por não desejar assumir o seu "Eu" normal. A criança principalmente, tende muito a explorar o carinho da família e o "ser doente" adulto, pende a uma "regressão" voltando a ter muitas vezes um comportamento infantil."

Nesse sentido, *Chiattonne, H. B. C.*⁽⁹⁾ (1993) refere que "o mecanismo de ganho secundário, a nível inconsciente, pode incorporar-se à vida do ser-doente, traduzido pelo aumento da atenção familiar, benefícios no trabalho, privilégios, etc... A compensação obtida através desses benefícios pode ser traduzida pela íntima sensação de satisfação – prazer, a serviço da redução da angústia do ser doente."

Chiattonne, H. B. C.⁽⁹⁾ (1993) segue comentando se "o ser doente for impedido de seu desejo profundo de "regressão agradável" justificada pela doença, podem surgir comportamentos agressivos e reivindicações marcadas pela constante insatisfação; queixa-se de tudo, determinando, não raro, agressividade recíproca da equipe de saúde e familiares."

Nota-se, portanto, que existem aspectos tanto positivos quanto negativos na estruturação do mecanismo de Ganho Secundário. Cabe ao psicólogo assistente identificar as formas dessa dinâmica, reforçando as positivas e procurando pontuar as negativas para o paciente, de forma a que esse possa compreender a perniciiosidade do mecanismo e assim buscar outras formas adaptativas de lide com a doença.

PSICODINÂMICA FAMILIAR E DOENÇAS CRÔNICAS

A família representa para a maioria das pessoas um esteio de suma importância tanto no que tange à estruturação de seus vínculos afetivos quanto nos referenciais de apoio e segurança.

A pessoa hospitalizada vive uma série de experiências emocionais importantes, como, por exemplo, a ansiedade, o medo, as fantasias mórbidas e experimenta sentimentos difíceis, como a sensação de desamparo e fragilidade, podendo, muitas vezes, desenvolver comportamentos regressivos.

Essa gama de manifestações psicológicas que assola o paciente o reporta a condições emocionais primitivas e à necessidade de se sentir amparado e protegido, sobretudo por aquelas figuras que historicamente já ocuparam esse papel e que passam a ser solicitadas por este de diversas formas.

A família passa a ter um papel por vezes decisivo no auxílio à adaptação do paciente frente a esse episódio crítico de sua vida, contribuindo inclusive com o próprio trabalho de equipe de saúde, ou, em alguns casos, comprometendo-o.

Todavia, esperar que essa família tenha uma estrutura perfeita e capaz de absorver os reveses que a situação de doença e internação impuseram ao seu componente é desconsiderar a existência de um processo paralelo de crise que se instalou também no núcleo familiar. Para que esse sistema seja compreendido, são importantes algumas considerações sobre os processos de psicodinâmica familiar:

A família é um sistema de relações fechado e interdependente; nesse sentido, pode-se comparar de forma alegórica a uma balança com diversos pratos, cada um com um tamanho e com um peso específico, mas que a posição que cada um desses pratos ocupa ao longo dos braços da balança possibilita a esta um estado de equilíbrio. Tirar um prato de seu lugar, acrescentar ou subtrair um deles implicará num desequilíbrio em relação ao seu estado anterior. Assim, da mesma forma, quando uma família se vê privada de um de seus componentes, privação essa imposta pelos limites que a doença provocou, esta se desequilibra, pois perde (temporária ou definitivamente) um dos seus pontos de referência e sustentação. Essa crise que se instala passa a provocar grande mobilização no sistema familiar, e este, assim como o paciente, tentará buscar formas adaptativas para se reorganizar frente à crise e criar uma situação temporária de reequilíbrio com o objetivo de superar a crise e resgatar o seu *status quo* anterior (vide Figura 2). Portanto, a identidade e integridade do sistema tal qual este foi instituído encontram-se ameaçadas, e essa sensação que pode ser tanto objetiva quanto subjetiva mobiliza os integrantes desta família de forma a gerar comportamentos os mais diversos em relação à pessoa que adoeceu, à equipe de saúde, ao tratamento e a eles próprios.

Podem ser descritos três níveis de reação mais comumente observados:

- ☑ O sistema mobiliza-se na intenção de resgatar seu estado anterior.
- ☑ O sistema paralisa-se frente ao impacto da crise.
- ☑ O sistema identifica benefícios com a crise e se mobiliza para mantê-la.

No primeiro caso (o mais freqüente), o impacto inicial frente ao diagnóstico e internação é gradativamente substituído por uma ação franca no sentido de buscar a recuperação do paciente e reintegrá-lo a seu lugar e papéis no sistema.

A família, tal qual o paciente, pode passar por diversos estados emocionais, como: medo, ansiedade, angústia, mobilização de mecanismos de defesa (negação, racionalização e fantasia são os mais freqüentes), mas nesse caso toda a mobilização é no intuito de superação da crise.

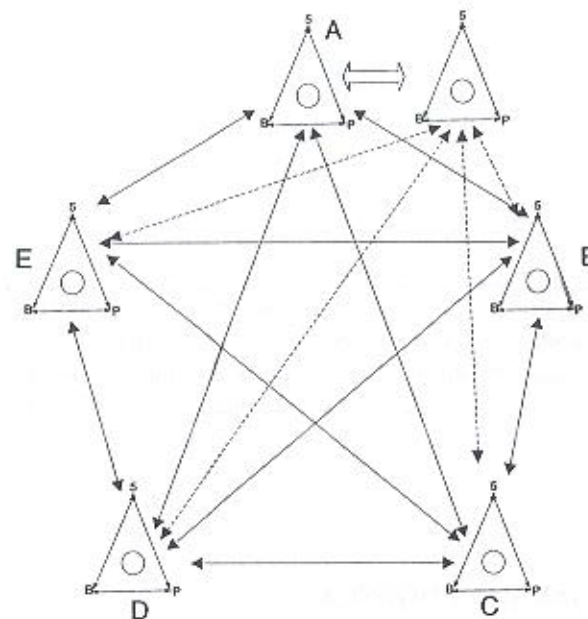


Figura 2

Se as condições de evolução da enfermidade permitem (no caso de doenças agudas) esse intento é muitas vezes alcançado e a família e o paciente voltam a viver no mesmo sistema que existia anteriormente à instalação da crise. A função do psicólogo aqui é auxiliar na atenuação da crise e na busca das respostas adaptativas para o enfrentamento desta.

É ainda possível que o impacto emocional e as angústias que foram suscitadas pela experiência possam gerar questionamentos no sistema e esse vir a buscar uma nova forma de identidade. Nesse caso, a presença do psicólogo é importante à medida que possibilita a adequada elaboração das vivências e facilita a eleição de uma nova identidade sadia (principalmente naqueles casos em que a ameaça de perda levou o sistema a reconsiderar seus vínculos e questionar a estrutura afetiva a que estava submetido).

Quando a pesquisa diagnóstica inicial evolui para a constatação de uma doença crônica, ou a enfermidade impõe ao paciente sequelas permanentes, o desejo de resgate do *status quo* anterior se perde (o que equivale dizer que a identidade original do sistema se perdeu de forma definitiva), paciente e família tendem, então, a passar por um novo processo de desorganização. A realidade imposta agora é a de que irão precisar buscar uma nova ordem de estrutura de identidade do sistema, onde este terá de se adaptar à existência permanente das limitações

impostas pela doença. Nesses casos, tanto família quanto paciente tendem a passar por um difícil processo adaptativo, nem sempre concomitante, cujo principal desafio é encontrar uma nova equação de equilíbrio para o sistema, que admita e absorva a inexorabilidade da enfermidade, mas que possa ser qualitativamente adequado à continuidade da vida. Nesses casos, mais uma vez o papel do psicólogo no auxílio a essa difícil reestruturação é de fundamental importância, pois se trabalha aqui com diversos níveis de identidade, iniciando-se pelo pessoal (ser-em-si) e passando por uma série de papéis relacionais que definiam para o indivíduo e sua família o seu sentido de ser-no-mundo, e que estão comprometidos, na forma que eram, de maneira irreversível (outros detalhes serão discutidos no decorrer deste trabalho no item "Papel do Psicólogo")****.

No segundo caso supracitado, a família entra num processo de imobilidade, semelhante à reação emocional ao estado de choque (é importante frisar que esse estágio ocorre em todos os casos, sendo que nos outros é superado após um espaço de tempo relativamente curto, e no caso do atual não).

Essa imobilidade é diretamente proporcional ao grau de importância que o paciente possuía na determinação do equilíbrio da estrutura do sistema e ao grau de maturidade que essa família (enquanto grupo) possui.

Os sentimentos de desamparo, desesperança, medo, ansiedade, ameaça são frequentemente constatados. A família torna-se um fardo para o paciente, que, tentando poupá-la, pode omitir dados sobre seu estado real a estes e até mesmo à equipe de saúde, com o intuito de obter a alta para voltar a "cuidar" dos seus. Atitudes de rebeldia e refratariedade ao tratamento por parte do paciente podem ser encontradas também nesses casos, não raro acompanhadas de solicitação de alta a pedido. A família, por sua vez, não poupa o paciente dos problemas que ficaram do lado de fora do hospital, é insistente com a equipe de saúde em relação à melhora e alta do paciente, muitas vezes negando-se a ouvir as ponderações desta. Se a equipe se mostra autoritária com esta, a instalação do comportamento de esquiva e evitação é frequente. A atitude de barganha pode ocorrer, neste caso como uma tentativa de ter o paciente de volta ao lar cumprindo seus papéis. Curas milagrosas, promessas, tratamentos alternativos são os mais frequentes instrumentos de barganha, mas aqui a intenção é diferente daquela descrita por Kubler Ross⁽¹⁰⁾; o objetivo é ter de volta o familiar quase que a qualquer custo, mesmo que esse custo possa até ser a vida do paciente.

Esse padrão de comportamento tende a mobilizar sobremaneira a equipe de saúde, não raro gerando sentimentos de hostilidade em relação à família e atitudes superprotetoras ou igualmente de raiva em relação ao paciente. Obviamente, esses

**** Reportamos o leitor ao capítulo "Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral" no tópico "Exame Psíquico", onde serão discutidas a correlação da Estruturação da Consciência do Eu e da Afetividade e as implicações sobre estas instâncias que uma patologia, sobretudo crônica, pode acarretar à pessoa).

comportamentos não auxiliarão em nada a resolução do caso, ao contrário, podem servir como subterfúgio ao paciente e família para o abandono do tratamento. A atenção do psicólogo a essa intrincada trama relacional é de fundamental importância, pois nestes casos a adequada relação com a doença, sua aceitação, a adaptação às novas demandas que ela impõe são condições básicas para que a equipe possa desenvolver o seu trabalho.

No terceiro caso mencionado comentou-se que a família pode identificar benefícios na mudança que foi gerada no sistema a partir da doença.

Existe um velho adágio popular que diz que "Toda família tem uma ovelha negra", e é justamente o papel de "Ovelha Negra" ou de "Bode Expiatório" que passa a ser utilizado, tendo o paciente como protagonista deste. Nas diversas colocações de Watzlawick et alii⁽¹⁴⁾ sobre os sistemas de comunicação humana, é salientado o papel de Emergente Patológico que muitas pessoas são levadas a ocupar. Essa função tem por objetivo manter o equilíbrio do sistema, de tal forma que este desloca e/ou projeta para o eleito todas as patologias das relações, outorgando, assim, ao Emergente Patológico a função de "Lata de Lixo" das mazelas e distúrbios (sobretudo afetivos) deste.

A doença e internação podem ser um fenômeno gerador dessa condição. Por um lado dando à família um "real" Emergente Patológico ou, em outros casos, possibilitando àquele que era o Emergente de até então passar sua função para o paciente, livrando-se, assim, da penosa carga que levava. Em ambas as situações, há um grave problema que é o risco de serem instalados comportamentos de cronificação da doença, neste caso independentemente do caráter realmente crônico que esta possa ter, pois a família estrutura um padrão de relacionamento com a pessoa doente de tal forma que essa só obtém sua atenção se agir e responder enquanto doente. Mesmo após a alta hospitalar e a superação da enfermidade, o padrão instalado mantém-se e o "ex-enfermo" não encontra seu lugar na constelação familiar tal qual era antes da internação, esse só vai poder retornar à família (desde que esta aceite sua presença) se aceitar o novo papel. A sutileza da utilização desse mecanismo (*Double Bind, Beatson*)⁽¹⁵⁾ somada ao grau de comprometimento estrutural prévio que o sistema possuía tende a impor essa nova ordem sem que haja alternativas para a pessoa.

No caso de uma enfermidade crônica de fato, as dificuldades que o paciente irá encontrar para se adaptar à nova realidade com seus limites e perdas inerentes vai ser acrescida de toda a "conspiração" do sistema, o que pode agravar o estado clínico deste e/ou levá-lo a atitudes autodestrutivas inconscientes.

Esses casos são os de mais difícil lide por parte do psicólogo e equipe de saúde, posto que o mecanismo de Ganho Secundário está presente no inconsciente do sistema familiar, ou seja, é de todos os membros da família e de nenhum ao mesmo

tempo, processo bem característico das chamadas Relações Paradoxais. O caminho clínico mais adequado para abordagem do problema é através do paciente, onde o apoio psicológico e muitas vezes a indicação de acompanhamento psicoterápico após a alta hospitalar (quando é o caso) mostram-se como a única alternativa de manutenção ou resgate da integridade psicológica deste.

As pessoas submetidas a longos períodos de hospitalização (pacientes ortopédicos, pessoas que passaram por tratamento quimioterápico de longa duração, pacientes que tiveram que se ausentar de suas cidades para tratamento e internação de longo prazo, etc.) podem passar por processo semelhante, à medida que a família se vê obrigada a reestruturar sua identidade com a ausência do componente internado. Nesses casos, não existe necessariamente a patologia do sistema, mas uma tentativa de adaptação que deu certo, devido à longa ausência de um dos membros deste, e que irá ser ameaçada com a volta dele. Na verdade, o retorno do paciente a um lar que já se estruturou com a sua ausência irá implicar num novo processo de desorganização para que esse procure, mais uma vez, uma nova forma de convívio. Esse fato é muitas vezes desconsiderado pela equipe encarregada da reabilitação do paciente, o que pode acarretar sérias dificuldades a este inclusive no próprio processo de reabilitação, reintegração sociofamiliar e profissional (quando é o caso). A visão do indivíduo como um todo é fundamental e a questão da temporalidade e historicidade deste fazem parte dessa visão.

Como se pode observar, a família tem um importante papel em todo o processo de relação do paciente enfermo com sua doença, tratamento e hospitalização. Considerá-la como um aliado poderoso na difícil tarefa de acompanhar um paciente crônico é de suma importância para a equipe de saúde. Não se pode esquecer que é essa família que irá conviver com o paciente e sua doença, irá compartilhar com ele das perdas e limitações que ela impõe, lhe dará apoio e conforto nas horas difíceis de enfrentamento da dor e da angústia. Acompanhará até a morte esse ente querido sofrendo e se angustiando também.

A equipe, por sua vez, terá uma relação diferenciada daquelas que normalmente temos com o paciente agudo hospitalizado, sobretudo aquela que irá acompanhar o paciente no ambulatório, pois nossos vínculos com a pessoa enferma, sua família e sua história não se limitarão aos poucos dias de internação. Não raro anos de convívio nos unirão numa luta comum, o que acaba por nos tornar também pessoas íntimas dessa família, de certa forma parte dela, e esse papel não é de forma alguma inadequado (desde que conhecidos os limites de nossas possibilidades), ao contrário, tanto para família quanto para paciente, poder ver na figura do médico, da enfermeira, do psicólogo, da assistente social, do fisioterapeuta, etc. a imagem de um amigo, de alguém que se preocupa e que zela por ele

é um conforto a mais nessa saga de enfrentamento da doença crônica e muitas vezes desse lento e doloroso processo de morrer.

EQUIPE INTERDISCIPLINAR

A equipe interdisciplinar engloba: médicos, residentes, acadêmicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais que devem atuar junto aos pacientes e familiares.

Com o avanço dos conhecimentos na área das Ciências da Saúde, particularmente nesse último século, o aparecimento de diversas especialidades profissionais na área e de inúmeras subespecialidades tornou-se imperativo. Hoje em dia é impossível para um único profissional englobar todos os conhecimentos produzidos em sua área de atuação, o que impôs aos especialistas dedicarem-se cada vez mais no aprofundamento de seus conhecimentos específicos.

Se esse fenômeno por um lado trouxe inegáveis avanços para as Ciências da Saúde, por outro trouxe um problema importante que tem sido atualmente objeto de inúmeras discussões por parte dos profissionais preocupados com o bem-estar de seus pacientes, que é o fato de essa prática gerar uma leitura dicotômica da pessoa enferma.

Nesse sentido, a relação entre os profissionais de saúde e seus pacientes sofreu graves conseqüências devido à instalação do que se poderia chamar de "Negação da Pessoa Enferma", ou seja, cada vez mais se cria um relacionamento com *doenças* e não com *pessoas*. Esse tipo de problema é denunciado na própria rotina hospitalar, onde não se fala do João ou da Maria que estão internados neste ou naquele quarto, mas se fala do "202 A" ou do "Renal do 35" ou, ainda, da "Histrectomia do quarto andar".

Esse subproduto da hiperespecialização começa a gerar preocupações nos profissionais que identificam o problema da despersonalização (vide cap. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral) como um agravante para o próprio estado clínico do paciente.

Como forma de buscar uma atenuação deste problema, sem no entanto negar a necessidade da especialização, é que tem tomado forma a proposta de atuação interdisciplinar.

A idéia que essa proposta carrega é a soma dos diversos conhecimentos que a equipe, em seus diversos saberes, possui, para que se possa ter uma visão integral da pessoa enferma. É bem verdade que essa proposta aqui no Brasil ainda carece de amadurecimento, mas o investimento na estruturação de serviços com enfoque interdisciplinar e de introdução do tema nos currículos de formação nas diversas áreas das Ciências da Saúde já está em andamento.

É inegável que a boa relação equipe-paciente-família traz benefícios para todas as partes. Por um lado, há fluxo melhor do trabalho da equipe com a ajuda, aderência e participação positiva do paciente e sua família. Por outro, a sensação de acolhimento, confiança, segurança manifestam-se na família e no paciente melhorando, desta forma, a sua relação com o processo de doença, hospitalização e tratamento, ou seja, ganham todos os lados.

Parece estranho falar-se de um tema que aparentemente parece tão óbvio, mas na prática ainda se tem um longo processo de amadurecimento dos profissionais para que essa "obviedade" possa efetivamente ser posta em prática. Ainda identificam-se melindres, dificuldades de interação, disputas de poder (objetivas ou subliminares), falta de conhecimento por parte dos profissionais sobre a ajuda que as demais especialidades possam dar à equipe, uma formação que gera sentimentos onipotentes e, por conseqüência, centralizadores ou individualistas. Esses entraves que dizem respeito à relação Equipe-Equipe acabam por influenciar as relações Equipe-Paciente e Equipe-Família.

Tem-se, portanto, nesse aspecto um grande desafio pela frente . . .

Reportando ao tema alvo desse capítulo, ver-se-á que a questão da abordagem integral do paciente portador de doença crônica por parte da equipe é especialmente importante, na medida em que a relação que vai se estruturar entre a pessoa e sua enfermidade tem caráter permanente e que a aceitação da doença com suas características e limitações, por mais difíceis que sejam, é de fundamental importância para que se possa dar à pessoa condições de qualidade de vida e até mesmo de sobrevivência. Essa afirmação vale tanto para o paciente e família quanto para a equipe, pois esta última em particular também necessitará trabalhar suas características de identidade profissional para lidar com o doente crônico, à medida que na própria formação somos estimulados a idealizar a cura e, com isso, interpretar qualquer coisa que não seja esta como fracasso profissional.

Por outro lado, uma doença crônica implica em um contato contínuo com a equipe de saúde, o que passa a criar condições de vinculação entre as partes bastante especiais e diferentes daquelas observadas nas enfermarias, onde o paciente passa um breve período de tempo internado para depois da alta voltar à sua vida normal, e talvez nunca mais encontrar os profissionais que cuidaram dele novamente. Essa condição especial de vínculo, salientada acima, significa que viremos a conviver com esse paciente num grau de profundidade intenso, e que passaremos a fazer parte de sua vida, conhecendo mais a pessoa, sua família, sua história, seu cotidiano, vivenciando junto com ela as perdas e conquistas no seu enfrentamento da enfermidade. O distanciamento do paciente, como mecanismo de defesa, fica mais difícil, obrigando os componentes da equipe a se aproximarem mais da pessoa.

Esse vínculo, quando bem trabalhado, é de grande valia para todas as partes, pois tanto paciente, família quanto equipe possuem um objetivo em comum: dar

à pessoa enferma as melhores condições possíveis de vida. Não podemos, portanto, nos furtar a essa relação, devemos sim utilizá-la da melhor forma possível considerando que ela é um dos instrumentos mais poderosos que temos para tratar o paciente.

A melhor maneira de um paciente cooperar com a equipe de saúde depende da forma e do grau de respeito e confiabilidade que a mesma demonstra em relação ao paciente. Se o médico, por exemplo, mostrar que valoriza o que o paciente tem a dizer, este também sentirá que a sua informação é importante e se tornará motivado para falar sobre sua situação e os seus antecedentes. Desta maneira, estabelecerá com o médico, como também com a equipe de saúde em geral, um vínculo de confiança com o qual pode se sentir respeitado como pessoa – um ser doente.

No decorrer do tratamento, o paciente vê no médico um representante de uma figura de autoridade, mantendo com isso certa dependência, esperando que os médicos ou equipe de saúde resolvam os seus problemas, como também procura corresponder às expectativas dos mesmos observando as condutas e fazendo-lhes perguntas sobre diversos assuntos a fim de saber como deveria se comportar ou dizer a respeito de si mesmo. Inúmeras vezes, dada a fragilidade egóica que o paciente apresenta, a equipe literalmente "empresta" ao paciente auto-estima e confiança para que este se sinta capaz de enfrentar o caminho difícil do tratamento. No entanto, deve a equipe acautelar-se para não se tornar paternalista e com isso, ao invés de auxiliar o paciente, potencializar os sentimentos de dependência e impotência deste.

Existe o paciente que nada questiona e de nada se queixa à equipe, por receio de incomodar, com medo de decepcioná-los, de não corresponder às suas expectativas, de fracassar e assim frustrar aqueles que estão tentando fazer com que melhore. O paciente que se comporta assim mitificou a imagem do profissional de saúde, e nesse processo distanciou-se deste. Essa atitude é perniciosa tanto para o paciente quanto para a equipe, à medida que pode inviabilizar o tratamento, ou mesmo complicar a conduta da equipe, pois esta não conta com informações fidedignas por parte do paciente. É importante ressaltar também que em muitos casos a equipe pode reforçar essa mitificação através de sua postura, criando, assim, um distanciamento maior ainda do paciente. Estimular, como salientado acima, o paciente a dialogar, colocar-se e participar de seu tratamento nunca são atitudes vãs, mesmo que por um período o paciente se mostre apático ou mesmo preso à necessidade de "agradar" a equipe.

Também é possível que um paciente, devido à regressão causada pela doença, sinta-se desamparado e dependente da equipe, pois este "enxerga" o profissional de saúde como uma pessoa que se preocupa com sua recuperação e bem-estar de

forma distorcida, o que significa dizer que esse paciente terá uma postura passiva e resignada em relação às colocações do médico e equipe, mas que será muito pouco participativo em seu processo de tratamento. Esse tipo de postura carrega uma armadilha importante de ser detectada pela equipe, pois a aparente aceitação "incondicional" por parte do paciente em relação às colocações da equipe pode dar a falsa impressão de uma boa aderência ao tratamento, mas, na verdade, a dependência e o sentimento de desamparo imobilizam o paciente, impossibilitando-o de pôr em prática as orientações da equipe quando está longe dela.

Pode-se afirmar que 40% da eficácia de qualquer acompanhamento a pessoas portadoras de doenças crônicas repousa na boa relação Equipe-Paciente-Família, e que essa relação depende integralmente da adequada organização da identidade da equipe e perfeita sintonia e respeito entre os seus componentes.

Detectar as dificuldades que a família e o paciente estão enfrentando para conviver com a doença, ter cuidado na leitura dos comportamentos emitidos por estes (às vezes projetivamente hostis em relação à equipe), acautelar-se para não agir contratransferencialmente, checar se as informações e orientações dadas foram efetivamente compreendidas, preocupar-se em falar uma "língua" que o paciente entenda (adaptar-se à realidade do paciente e não esperar que ele se adeque à da equipe) são algumas normas importantes de serem lembradas constantemente. Sabe-se que a rotina e a prolongada duração de um acompanhamento pode trazer desgastes e vícios comportamentais ao vínculo, e estes representam um sério risco para a boa evolução deste.

O psicólogo tem, nesse sentido, a responsabilidade de também zelar pela manutenção da higidez da identidade da equipe, detectar os focos de conflitos, facilitar a comunicação e interação e criar um espaço de reflexão sobre as diversas relações que gravitam em torno do sistema relacional "equipe de saúde", pois é a partir deste que todas as demais relações podem se viabilizar ou se comprometerem.

PSICÓLOGO HOSPITALAR

O Psicólogo Hospitalar que trabalha com o paciente portador de doença crônica atuará junto ao Ser Doente no sentido de resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela ocorrência do fenômeno doença. Além disso, ele se baseia numa visão humanística com especial atenção aos pacientes e familiares. A psicologia hospitalar considera o ser humano em sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanamente definidos e respeitados.

Com o passar dos tempos, os hospitais passaram a considerar o trabalho do psicólogo em enfermarias, ambulatórios e unidades de atendimento, em nível de

apoio individual ou em grupos, baseado no aqui e agora, no momento vivido pelo paciente, objetivando um atendimento humanizado e global ao doente.

Deste modo, o psicólogo na instituição procura ser o intermediário psicológico, buscando atingir a compreensão das relações entre profissionais, entre profissionais/pacientes e profissionais/família, pois muitas vezes a angústia ou a depressão do doente refere-se à destruição do corpo, sofrimento, invalidez, medo à internação, constituindo, então, dificuldades na relação médico/paciente. Não se deve esquecer que tal atitude tem como referencial a história de vida do paciente.

O Psicólogo Hospitalar junto ao paciente portador de doença crônica procurará estudar e compreender o indivíduo enquanto um ser que adoece, situação esta permeada de sofrimento físico e psicológico, ser portador de doença crônica gera sérios problemas, conflitos, angústia em nível existencial, tanto para o paciente como também para seus familiares. O paciente portador de doença crônica necessita de cuidados especiais, permanentes durante toda sua vida, sujeitos, muitas vezes, a tratamentos rigorosos e de custos elevados. Dependendo do tipo de tratamento ao qual o doente está sendo submetido, solicitará uma adaptação aos procedimentos e contatos com a equipe de saúde, modificando toda uma estrutura de vida pessoal e familiar já existente.

Assim, reveste-se de grande importância que as instituições hospitalares possam contar com profissionais habilitados, capacitados e aptos a lidar e considerar o Ser Doente dentro de suas limitações físicas, psíquicas e/ou sociais, visando uma reabilitação do paciente dentro desta nova condição de ser, buscando, na medida do possível, uma vida próxima ao normal.

Sendo assim, o Psicólogo Hospitalar considera o indivíduo doente como uma pessoa em uma situação peculiar, com uma vivência singular. Deste modo, o tratamento ao Ser Doente, seja clínico, nutricional, social e emocional, deve ser obrigatoriamente pessoal e empático, pois o paciente é um ser que em sua facticidade está doente. Logo, é impossível desconsiderar o que surge na consciência de um doente e também de seus familiares, a partir do aparecimento de uma doença.

O Psicólogo Hospitalar procurará nesse sentido investigar a vivência do doente, identificando o que se passa na consciência deste a partir do momento em que vivencia uma doença, através de uma relação envolvente, empática e flexível, visando um encontro real e se afastando a questão impessoal que permeia o atendimento clínico tradicional.

A assistência psicológica dentro do hospital busca o alívio emocional do paciente e de sua família, sendo que muitas vezes a ajuda a ser prestada implica numa mobilização de forças, em que a angústia e a ansiedade estão presentes, pois este Ser Doente encontra-se num momento não escolhido de sua vida.

No hospital o psicólogo atua, quase sempre, também em situações de crises e emergências, considerando que a pessoa hospitalizada passa por novas situações de adaptação e mudança no seu dia-a-dia quando se instalam muitas vezes regressões emocionais, negação da realidade, dependência, impotência, sentimentos esses que advêm da própria rotina de hospitalização do indivíduo. O psicólogo tem por função entender e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma e na patologia, para ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente, para que possa auxiliá-lo no enfrentamento desse difícil processo, bem como dar à família e equipe de saúde subsídios para uma compreensão melhor do *momentum* de vida da pessoa enferma.

Como profissional de saúde, o psicólogo tem, portanto, que observar e ouvir com paciência as palavras e silêncios, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento na fase de sua doença, buscando superar os momentos de crise.

Deste modo, é extremamente importante sentir o problema do paciente de forma empática para que ele "compreenda" a sua facticidade e até a sua finitude.

O atendimento psicológico tem ainda como finalidade vivenciar junto ao paciente portador de uma doença crônica seus conflitos e problemas, sua nova condição de ser, numa tentativa de interpretar a questão pessoal que tem o outro, escutando suas experiências, despojando-se dos condicionamentos e predisposições inerentes da condição humana.

Corroborando com estas colocações, *Oliveiri, D. P.⁽⁴⁾ (1985)* cita que "para tanto, observar o comportamento do doente e colher os dados da conversa de sorte que alguns pontos básicos sobre o que o doente pensa, enquanto doente, naquele exato momento em que vivencia a doença, fiquem bem entendidos, uma visão através de seus próprios olhos. Muitos aspectos devem ser esclarecidos pelos 'logos' do doente, pelo seu discurso esclarecedor e outros tantos, muito importantes também pelo seu comportamento variado – como se sentem após a doença, o que acha que ela acarretou, que experiência lhe traz, como se olha como doente, o que mais deseja, que encontra de alterado em sua vida, como encara o futuro, como percebe a sua liberdade; são alguns dos aspectos importantes a conseguir no meio de muitos outros necessários à interpretação das vivências do doente e desvelamento do ser doente."

Oliveiri, D. P.⁽⁴⁾ (1985) segue comentando que "é importante, então, cuidar de aprofundar o significado da experiência humana e procurar interpretar o "tempo vivido" pelo doente. Corresponde a uma tentativa de apreender as vivências mais expressivas, passando do que o sujeito falou para o que realmente pretende dizer, isto é, ao que ele tem na consciência. Situar-se em "suspensão" para o "ver

fenomenológico" e assim chegar a uma reflexão, de tal forma que o "fenômeno" (o que está na consciência do doente) se apresente." Logo, nunca se poderá entender um coração doente isoladamente, pois assim como o coração não é sadio sem o resto do ser, ele igualmente não o é doente sem este.

Assim, ao procurar entender o homem em sua condição de ser ou estar doente, é necessário ter-se uma visão ampla deste, precisando estar atento quanto às vontades e necessidades do paciente, dando-lhe oportunidade de falar se é que ele precisa, ou deixando-o calar, caso necessite e assim quer que seja.

Perestrello, D.P. (1989) coloca que "o fundo sobre o qual se movem médicos e pacientes é a medicina e não há sem *charitas*". Esta palavra que vem nas traduções bíblicas como "caridade", na verdade não significa apenas isso. Sua verdadeira tradução é amor. Sem isso não há medicina e quem tiver o privilégio de poder amar, porque nem todos o sabem ou conseguem, terá a condição básica para, configurar uma totalidade fadada ao sucesso, dentro dos limites da realidade e do humano.

A questão está em se poder amar. Nesse ponto – *hélas!* – muitos são os chamados, poucos são os eleitos..."

Gostaríamos de terminar esse capítulo frisando que todo o trabalho que o psicólogo pode desenvolver num hospital, junto ao paciente, equipe e família depende também da boa estruturação pessoal desse profissional. Ele, talvez mais do que os outros membros da equipe de saúde, é o depositário de uma enorme gama de sentimentos pesados, como o desespero, a angústia, o medo, as ansiedades, as frustrações, a impotência, etc. Tendo que administrar e conviver com eles em seu cotidiano de trabalho, o que nos leva a chamar a atenção para a importante preocupação de não nos descuidarmos daquele que cuida, pois somente com uma estrutura pessoal bem resolvida, com um espaço pessoal para também refletirmos sobre nossas dificuldades e angústias é que poderemos realizar um trabalho digno e adequado.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer à Psicóloga Hospitalar e grande amiga Ivana Carvalho de Barros Machado, colega de muitas lutas, que contribuiu de maneira decisiva para a viabilização deste capítulo, tendo sido uma das autoras do texto original que deu base para a realização deste.

Referências Bibliográficas

- 1 ZOZAYA, J. L. G. – "El Medico Y El Paciente En El Contexto De La Enfermedade Cronica" Revista Centro Policlin Valência, 3(1): 117-19, Ene-Jun, 1985.
- 2 SCHNEIDER, P. B. – "A Psicologia do Doente Crônico", Revista Internacional, pp. 16 – 27, 1976.
- 3 PERESTRELLO, D. – "A Medicina da Pessoa". Ed. Livraria Atheneu, 4ª Edição, RJ e SP, 1989
- 4 OLIVIERI, D.P. – "O Ser Doente – Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde". Ed. Moraes, SP, 1985.
- 5 LIMA, A. M. C. et alli – "Insuficiência Renal Crônica – A Trajetória de uma Prática" in "A Prática da Psicologia nos Hospitais"; org. ROMANO, B. W., Ed. Pioneira, SP, 1994.
- 6 TAHKA, V. – "O Relacionamento Médico/Paciente". Ed. Artes Médicas, 1988.
- 7 CAMPOS, T.C.P. – "O Psicólogo em Hospitais – Aspectos de sua Atuação em Hospital Geral". Tese de doutorado, PUC, SP, 1988.
- 8 KIERKEGAARD, S. – "O Desespero Humano". Ed. Livraria Tavares Martins, Porto Alegre, 1979.
- 9 CHIATTONE, H. B. C. - "Aspectos Psicodinâmicos em Diabetes" – Conferência Apresentada no Simpósio de Psiquiatria e Psicologia no Hospital Geral. Organizado pelo Serviço de Interconsulta do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, 1993 (enviado para publicação).
- 10 ROSS, E.K. – "Sobre a Morte e o Morrer". Ed. Martins Fontes, 3ª Edição, SP, 1989.
- 11 BOSS, M. – "Angústia, Culpa e Libertação: Ensaio de Psicanálise Existencial". Ed. Livraria Duas Cidades, 3ª Edição, SP, 1981.
- 12 MARTINS, J. – "Apresentação" in "O Ser Doente – Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde". Ed. Moraes, SP, 1985.
- 13 SEBASTIANI, R.W. e CHIATTONE, H.B.C. – "Curso de Introdução em Psicologia Hospitalar". NÊMÉTON, SP, 1991.
- 14 WATZLAWICK, P. et alli – "Pragmática da Comunicação Humana". Ed. Cultrix, 9ª Edição, SP, 1993.
- 15 BEATSON G. e JACKSON D.D. – "Some Varieties of Pathogenic Organization", in RIOCH D.M. (org) "Disorders of Communication", vol. 42, Assoc. for Research in Nervous and Mental Disease, USA, 1964.

CAPÍTULO

4