

PSICOLOGIA EM CONTEXTOS DE SAÚDE

DA COMPREENSÃO À INTERVENÇÃO

PSYCHOLOGY IN HEALTH-RELATED CONTEXTS
FROM UNDERSTANDING TO INTERVENTION

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

7

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

MONOGRAFIA – Nº 7

ISBN: 978-989-97031-7-9

Coordenação: Investigador Principal do Projeto estruturante “Relação profissional cuidador-pessoa cuidada”

PSICOLOGIA EM CONTEXTOS DE SAÚDE DA COMPREENSÃO À INTERVENÇÃO

PSYCHOLOGY IN HEALTH-RELATED CONTEXTS
FROM UNDERSTANDING TO INTERVENTION

Coord.

José Manuel Pinto

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

7

**Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

PSICOLOGIA EM CONTEXTOS DE SAÚDE: DA COMPREENSÃO À INTERVENÇÃO

EDITOR

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

José Manuel Pinto, Ph.D., Professor coordenador na ESEnfC

AUTORES

José Manuel Pinto
Teresa Isabel Borges
Paulo Pina Queirós
Ana Paula Camarinho
Maria de Lurdes Almeida
Lígia Cristina Antunes
Luís Miguel Montinho
Pedro Ricardo Gonçalves

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

MONOGRAFIA

Número 7
ISBN: 978-989-97031-7-9
DEPÓSITO LEGAL 368096/13

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO FINAL

Teresa Isabel Borges, *MS, Enfermeira Especialista*

REVISÃO DOCUMENTAL

Maria Helena Saraiva Pereira, *Assistente Técnica, ESEnfC*

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

GRÁFICA

Tipografia Lousanense, Lda

ANO DE PUBLICAÇÃO 2013

À memória da minha mãe, pelo seu cuidado e carinho

*À memória do meu pai e das longas viagens em Angola onde
a conversa alicerçou os caminhos futuros*

Ambos são em mim um farol interno que facilita o caminho.

AGRADECIMENTOS

Este livro contou com a boa vontade de muitas pessoas a quem queria agradecer, nomeadamente:

- À ESEnfC, na pessoa da sua Presidente por ter tornado possível a publicação deste livro.

- A todos os autores envolvidos nos artigos presentes neste livro que tornaram possível chegar a bom porto cada texto.

- A todos os participantes que com a sua colaboração tornaram possível a recolha de dados para os estudos.

- À Teresa pelo carinho e incentivo que sempre me dá e pelo cuidado na revisão final do texto.

- À D. Helena Saraiva pela disponibilidade e pelo cuidado na revisão documental.

- Ao Professor Doutor Carlos Amaral Dias pela amizade e pelo mestria e excelência que colocou no muito que me ensinou. Bem haja por tudo...

- Ao Professor Doutor António Coimbra de Matos, pelo muito saber e gosto de ensinar que tanto me estimularam e ajudaram a pensar o humano, a sua interioridade e os seus contextos.

ÍNDICE

PREFÁCIO.....	9
<i>Maria da Conceição Bento</i>	
EDITORIAL.....	11
<i>Manuel Alves Rodrigues</i>	
INTRODUÇÃO.....	13
QUESTÕES DE SAÚDE ADOLESCENTE...	
Nota introdutória.....	15
ADOLESCENTES: Saúde e doença.....	17
<i>José Manuel Pinto</i>	
PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE EM CONSULTAS NA ADOLESCÊNCIA...27	
<i>Teresa Borges</i>	
<i>José Manuel Pinto</i>	
ENVELHECER...	
Nota introdutória.....	35
FRONTEIRAS INDIVIDUAIS E FAMILIARES NOS MAIS ADULTOS: Um (re)arranjo em construção.....	37
<i>José Manuel Pinto</i>	
INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL DE IDOSOS: Contributo de um estudo de caso...45	
<i>José Manuel Pinto</i>	
<i>Maria de Lurdes Almeida</i>	
<i>Lígia Antunes</i>	

PSICOLOGIA: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR...

Nota introdutória..... 53

INTERVENÇÃO DINÂMICA E COMPREENSIVA COM O DOENTE HOSPITALIZADO.. 55

José Manuel Pinto

A IMPORTÂNCIA DA COMPONENTE RELACIONAL NO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: A perspectiva dos estudantes de enfermagem..... 65

José Manuel Pinto

Ana Paula Camarneiro

Paulo Queirós

ALTERAÇÕES DA DINÂMICA FAMILIAR COM DOENTE SUJEITO A QUEIMADURA: Revisitando os achados..... 73

José Manuel Pinto

Luís Miguel Montinho

Pedro Ricardo Gonçalves

O INDIVÍDUO E A QUEIMADURA: As alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura..... 93

José Manuel Pinto

Luís Miguel Montinho

Pedro Ricardo Gonçalves

O IMPACTO DA QUEIMADURA NA RELAÇÃO CONJUGAL E NA INTIMIDADE..113

José Manuel Pinto

Luís Miguel Montinho

Pedro Ricardo Gonçalves

O INTERNAMENTO E A REGRESSÃO TEMPORAL NO DOENTE ACAMADO...127

José Manuel Pinto

Paulo Queirós

A PERDA DO CORPO SAUDÁVEL OU UM RETORNO À ILUSTRE CASA DE RAMIRES.....135

José Manuel Pinto

Paulo Queirós

PREFÁCIO

O livro *Psicologia em Contextos de Saúde: da compreensão à intervenção*, é uma interessante coletânea de textos, muitos do professor da ESEnfC e psicólogo José Manuel Pinto e outros em coautoria com colegas, docentes e investigadores da área da saúde, em particular da área de enfermagem, organizados em torno de três temáticas principais: as questões da saúde adolescente, o envelhecer e psicologia, compreensão e intervenção em contexto hospitalar e traz-nos de forma sábia o testemunho da importância de um olhar multiprofissional e multidisciplinar sobre as situações de saúde que cada pessoa vive ao longo do seu percurso de vida.

É hoje por todos reconhecido que as profissões que intervêm no campo da saúde se deparam com uma situação que se caracteriza pela transformação acelerada e profunda a vários níveis da realidade social em que a saúde tende a ser cada vez mais compreendida como um processo complexo, multicausal e multidimensional, onde para além dos fatores biológicos e das condicionantes sócio-económicas, os comportamentos individuais e coletivos emergem como fatores determinantes no processo quer do adoecer quer no processo de recuperação da saúde e ou morrer com dignidade. Este cenário tem obrigado os diferentes atores na saúde a uma constante recriação do seu agir profissional onde é cada vez menos possível pensar a ação sem recurso à multidisciplinaridade e à multiprofissionalidade. De facto a ação em saúde centrada durante muitos anos na erradicação da doença e exercida fundamentalmente em contextos estruturados e estruturantes, numa lógica de causalidade linear, baseada numa perspetiva biologista do processo de saúde doença, que facilitava a definição dos papéis dos profissionais já não existe mais e nem é desejável.

A reconceptualização da noção de saúde, deixando de a entender como ausência de doença, mas sim como a capacidade do indivíduo ou do grupo de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades (...) ser capaz de mudar o seu ambiente e de se adaptar a ele (OMS, 1986), a par com o desenvolvimento científico e tecnológico nesta área, e na sociedade em geral, tem implicado profundas alterações a vários níveis que, se por um lado contribuem para a resolução de múltiplos problemas, por outro, põe em evidência novos problemas que requerem dos profissionais uma capacidade de constante reconstrução da sua atividade e de mobilização de múltiplos saberes. Os hospitais têm vindo a perder, de forma acelerada, nas últimas décadas a sua missão de

apoio social para se transformarem em centros de intervenção na crise, remetendo para as comunidades e famílias a responsabilidade do exercício de uma função cuidadora que estas quase nunca têm condições de assegurar sozinhas. O envelhecimento das populações, a elevada taxa de sobrevivência às doenças crónicas e o “regresso à morte em casa”, coloca os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e médicos, habitualmente primeira linha de resposta, face a novos problemas e desafios, todos eles marcados pela complexidade, incerteza e por se comportarem como realidades únicas e diferentes. Por tudo isto, as abordagens em saúde têm que assumir mais do que nunca uma dimensão que ultrapassa largamente o papel tradicional atribuído aos profissionais nas instituições de saúde e os obriga a desenvolver o conhecimento da sua disciplina, a confrontarem-no, completarem-no e a reconstruí-lo na relação com o conhecimentos das restantes disciplinas da saúde e a disponibilizá-lo a todos, de modo a que possam desenvolver uma compreensão transdisciplinar dos problemas de saúde, da sua natureza e dos modos de intervenção.

No caso da enfermagem, que toma por objeto de estudo a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida e cujos cuidados têm como foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, ao longo de todo o ciclo vital, é sem dúvida nenhuma necessário recorrer a diferentes perspetivas, modelos e teorias da psicologia, se queremos efetivamente conhecer a pessoa, a forma como vive e como vive os seus problemas de desenvolvimento e de saúde. Reflexões teórico-práticas e investigação como a que nos é dada a conhecer neste livro são uma mais valia, da qual não podemos prescindir.

Muito obrigada aos autores!

Boa leitura!

Maria da Conceição Bento

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coimbra, 15 de dezembro de 2013

EDITORIAL

Serve este Editorial para marcar o ponto de situação da **Edição em Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde**, que a Unidade de investigação iniciou em 2011, com objetivo de criar mais uma oportunidade de divulgação científica, além da Revista de Enfermagem Referência. Chegamos, no final de 2013, à monografia nº 7 da série, havendo já indicações de novas propostas de publicação. Fica, assim, assegurada a edição regular e demonstra que a ideia de criação deste recurso foi oportuna e justificada. Desde o primeiro número, no sentido de dar dimensão internacional às publicações, foram introduzidas algumas alterações cuja implementação deve ser contínua: títulos traduzidos em língua inglesa; incentivo a que as publicações derivem de encontros internacionais e integrem autores estrangeiros. Por outro lado, não podemos deixar de estar atentos à finalidade maior para que esta edição em série foi criada: a divulgação de resultados de investigação de projetos estruturantes integrados na Unidade de Investigação ou de grupos de colaboradores. É neste sentido que se apresenta esta monografia, que deriva da investigação e da ação, sob a responsabilidade de investigador principal do projeto estruturante “Relação profissional cuidador-pessoa cuidada”. Os autores apresentam um conjunto de trabalhos com problemáticas distintas, com enfoque nas questões de saúde, a partir de situações concretas, procurando sínteses entre a psicologia e os cuidados, numa lógica *life span*.

Acreditamos que estas monografias apresentam de forma integrada pontos de vista diferenciados e aplicados muito relevantes e que serão por certo muito úteis aos leitores comuns, aos docentes e aos investigadores.

Manuel Alves Rodrigues

*Professor Coordenador Principal
Coordenador da Unidade de Investigação (UICISA: E)*

INTRODUÇÃO

Este livro compila uma série de textos sobre psicologia em contextos de saúde, de modo a facilitar o acesso e, ao mesmo tempo, organizar por tópicos os assuntos que refletem.

A temática da saúde tem-se tomado um lugar de destaque para a psicologia e o propósito desta obra é permitir a reflexão e dar alguns instrumentos de intervenção que pensamos serem úteis para psicólogos, enfermeiros, médicos e outros profissionais que trabalhem em contextos de saúde.

A dimensão relacional e a sua função protetora são as linhas mestras condutoras do pensamento neste livro que esperamos seja útil para quem a ele recorrer.

O livro divide-se em três grandes áreas temáticas: As questões de saúde adolescente, o envelhecer e a compreensão e intervenção psicológica em contexto hospitalar.

Esta viagem por territórios tão diferentes do ciclo vital proporciona, em nosso entender, uma visão integrada do desenvolvimento e de algumas idiossincrasias neste percurso que podem tornar-se aspetos perturbadores para os sujeitos envolvidos.

Por outro lado, esta compilação tem por base a realização do projeto estruturante de investigação “Relação profissional cuidador-pessoa cuidada”, inscrito na linha de investigação “Formação de profissionais de Saúde e Educação para a Saúde” da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

Desejamos, pois, que o livro possa responder, com evidências e/ou propostas de implementação para ganhos em saúde, a algumas das imensas questões que se colocam a quem tem como missão cuidar do outro, em situações difíceis e vulneráveis da sua existência.

QUESTÕES DE SAÚDE ADOLESCENTE...

NOTA INTRODUTÓRIA

Os textos sobre adolescência que se seguem abordam as questões da saúde e da doença, numa perspectiva relacional, tendo por base a articulação da neurociência e da psicologia, num enlace corpo-mente-relação que se revelam inseparáveis quer numa perspectiva saudável quer numa perspectiva de doença. Perceber e aprofundar estas ligações entre a neurociência e as abordagens psicodinâmicas permite, em nosso entender, expandir o conhecimento acerca do adolescente para melhor o podermos entender e ajudar quando a nós recorrer.

O recurso aos serviços de adolescência, por outro lado, expõe o adolescente e, por isso, estudar e perceber a importância da privacidade e da confidencialidade nestes atendimentos.

Perceber melhor os adolescentes e os seus comportamentos possibilita ficar mais próximo deles, distanciando-nos de estereótipos que só dificultam a relação entre os jovens e os profissionais cuidadores.

QUESTÕES DE SAÚDE ADOLESCENTE...

ADOLESCENTES: SAÚDE E DOENÇA¹

JOSÉ MANUEL PINTO²

Introdução

Ser adolescente pode ser entendido como um processo de transição entre a infância e a adultez. Este apela e envolve uma trama prévia que reatualiza, no aqui e agora do adolescente, vividos prévios e ausências destes que influenciam pais e filhos. Ambos compartilham uma dinâmica semelhante, isto é, uns e outros estão envolvidos em preocupações e ansiedades relativas ao processo de separação, às mudanças corporais, à perda de controlo que podem envolver agressão (expressa ou latente). Ambos podem desvelar lutas internas em que experienciem, por um lado vulnerabilidade emocional e, por outro, uma sensação de invencibilidade, que os podem tornar reféns numa terrível batalha de vontades que é alimentada pela frustração e/ou pelo desespero (Raphael-Leff, 2012).

Neste sentido, saúde e doença têm um palco privilegiado: a família. É nela que se tecem relações que podem ser confirmatórias para o adolescente ou, ao invés, o podem tornar cativo de um desencontro que não os confirma e os remete para comportamentos de risco onde a exibição afirmativa e o mostrar-se são mais relevantes do que o são de facto (Fairbairn, 2000). Pretendemos com isto desenvolver duas linhas de pensamento que nos conduzem aos conceitos de saúde e de doença, a saber: a relação e a rutura do sentimento de continuidade do existir (Winnicott, 2000; Pinto, 2006).

Relação, rutura do sentimento de continuidade do existir e isolamento

Por saúde tomamos como definição o «estado de bem-estar físico, mental e social, total e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade» (WHO, 1948, citado por Ribeiro,

1 Texto baseado na comunicação apresentada nas II^a Jornadas Internacionais de Saúde Infantil e Pediatria, 26 e 27 de Junho, Coimbra, ESEnFC, 2013.

2 PhD, Professor Coordenador da ESEnFC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

2005, p. 73). Por outro lado sabemos que a relação, nomeadamente a relação familiar é um dos principais alicerces das significações do adolescente acerca de si e do mundo que o envolve. A trama relacional assume-se como elemento protetor do adolescente ou um contraponto que o vulnerabiliza, por não permitir que se vá afirmando e confirmando na descoberta expansiva do mundo e das suas significações. A vulnerabilidade parental pode fragilizar este desenlace que se espera capaz de envolvimento progressivo no contexto social. Esta pode, a par com a vulnerabilidade do adolescente, concorrer para um de dois caminhos que se afiguram como vividos limite e, por isso, vividos de risco, o isolamento e os *acting-outs* ou vividos desenfreados onde a ação sem limite se sobrepõe à ação pensada e refletida.

O isolamento tem na base uma descontinuidade com o passado próximo e assume-se, se continuada, como um sinal de rutura da continuidade do existir (Winnicott, 2000). O autor pretendia com isto exprimir toda e qualquer vivência onde pudéssemos, de forma clara, falar de um antes e um depois (Figura 1) provocado por uma experiência demasiado intensa para ser tolerada pelo indivíduo. Assim, entre o antes e o depois existe um ponto de corte que altera o curso normal da vida do sujeito. Sabemos que para o adolescente as relações têm um papel central nas suas vidas, nomeadamente a relação com os seus pares e, por isso, o isolamento desvela um qualquer mal-estar que importa perceber e decifrar. Os adolescentes declaram massivamente ter grupos (98%) cuja moda se situa em dois a três grupos (Pinto, 2004, 2006). O isolamento contrapõe-se a esta evidência e não pode ser descurado sob o risco de se deixar o adolescente num sofrimento, também ele sem confirmação.

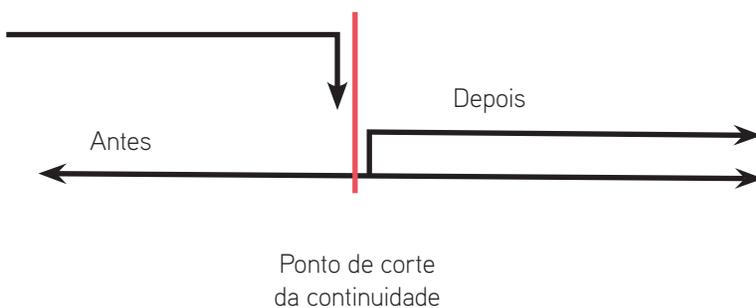


Figura 1 – Representação do ponto de corte do sentimento da continuidade do existir

Neste sentido podemos considerar que o «desenvolvimento da personalidade depende de um contexto relacional ao invés de algo que é simplesmente um derivado psicológico da biologia. A mente de um outro é sempre necessária para a mente de uma criança se desenvolver de forma adequada» (Owens, 2013, p.1). Esta autora considera que os adolescentes atraem as projeções dos outros, isto é, são suscetíveis às vulnerabilidades e desequilíbrios dos outros, sobretudo os das figuras parentais, resultando daí muitas das suas próprias dificuldades, nomeadamente os seus movimentos de isolamento que podem, no limite, encerrar uma grande violência vertida dentro ou fora de si mesmos. É neste contexto que acontecem comportamentos autodestrutivos e/ou destrutivos. Estes consistem em comportamentos onde impera a descarga dos acúmulos de tensão devidas a uma insuficiente compreensão e significação. O desencontro relacional não permite a elaboração das sensações e emoções emergentes por falta de uma função continente capaz e transformativa que dê sentido e torne tolerável o que até aí poderia ser sentido como ameaça caótica (Owens, 2013; Pinto, 2011, 2006; Bion, 2004). Estas alterações relacionais parecem ter correspondência na própria bioquímica.

A neurociência nas relações

A comunidade científica tem crescentemente procurado compreender as relações entre a biologia e o comportamento social. Estes estudos têm encontrado múltiplas associações entre a ocitocina e o comportamento social em modelos animais o que tem estimulado investigações da função comportamental deste neuropeptídeo em seres humanos. O sistema ocitocinérgico demonstra ser extremamente sensível ao processamento neural de informação social, quer em contextos básicos quer em contextos psicopatológicos em humanos. Por exemplo, a separação parental precoce parece alterar a sensibilidade do recetor de ocitocina em adultos (Gordon et al., 2008). Por outro lado, interações sociais positivas levam ao aumento dos níveis de ocitocina (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum, & Ehlert, 2003), levando alguns investigadores a sugerir que a ocitocina medeia alguns dos benefícios de apoio social em situações de *stress* (Uvnas-Moberg, 1998), embora haja questões morfológicas relativas ao tamanho da molécula que estão ainda por responder.

Ao longo da última metade do século, o neuropeptídeo hipotalâmico ocitocina tem emergido como um dos substratos mediadores neurobiológicos mais importantes nas ligações de pares (Carter, 1998). Por exemplo, estudos de manipulação genética e farmacológica demonstraram que a ocitocina e a vasopressina, o peptídeo semelhante, desempenham um papel fundamental no estabelecimento de laços sociais entre os companheiros da ratazana da pradaria através do diferencial dos padrões de expressão de ocitocina e vasopressina nos recetores das estruturas límbicas (Ross et al., 2009).

A ocitocina também tem sido implicada no comportamento social de várias outras espécies, incluindo macacos, ratos e seres humanos (Heinrichs, von Dawans, & Domes, 2009). De facto é necessária a sinalização funcional da ocitocina para o reconhecimento social dentro de grupos de ratos (Dantzer, Bluthé, Koob, & Le Moal, 1987, in Norman et al, 2012). Por outro lado, a administração central de ocitocina pode aumentar as interações sociais entre adultos (Witt, Winslow, & Insel, 1992). Evidências recentes indicam que a administração intranasal de oxitocina, um neuropeptídeo que desempenha um papel fundamental na ligação social e filiação em mamíferos não-humanos, provoca um aumento substancial na confiança entre os seres humanos, assim aumentando os benefícios nas interações sociais. Mostra também que o efeito da ocitocina sobre a confiança não é devido a um aumento geral na disposição de assumir riscos, pelo contrário, a ocitocina afeta especificamente a disposição de um indivíduo para aceitar riscos sociais decorrentes de interações interpessoais. Esses resultados concordam com a pesquisa animal, sugerindo para a ocitocina um papel essencial como uma base biológica de abordagem para os comportamentos sociais (Kosfeld, Heinrichs, Zak, Fischbacher, & Fehr, 2005)

A importância do jogo na infância e no processo adolescente

O jogo pode proporcionar uma ponte essencial entre pais e crianças, permitindo que cada um trabalhe as suas ansiedades e reações apaixonadas de amor e ódio. O jogo conjunto aumenta a compreensão recíproca. No entanto, um adolescente privado de brincar na infância, ou alguém que se ressentir por ver cerceado o seu tempo de jogo pelas figuras parentais pode sentir-se invadido ou controlado, criando confusão (...) entre pretensão e realidade (Raphael-Leff, 2012), ou seja entre o que é e o que desejaria que fosse (idealização), afastando-se assim duma leitura mais realista de si e do mundo.

O jogo assume-se, pois, como objeto intermediário para a simbolização e como alicerce da relação com as figuras parentais que apela a uma mutualidade significativa que possibilite um entendimento crescente do que se passa no próprio e no outro. Esta tarefa permite-nos perceber como o jogo se assume como guardião e transformador de sentidos. Através dele organizam-se relações, hierarquias e autoridade. Esta é tanto mais efetiva quanto maior for a área de encontro e o investimento e interconhecimento mútuos de pais e filhos.

Torna-se, portanto, claro como na adolescência os grupos e o seu aspeto lúdico são uma continuidade deste jogo de simbolização que começou na infância. A qualidade do mesmo e a sua competência simbólica desvela o melhor ou pior trabalho anterior, ou seja, indica-nos o nível de encontro e mutualidade conseguidos na relação pais-criança.

Quando na relação do adolescente com os pares se revela uma demanda desenfreada do meio indica-nos uma lacuna de transformação que devolve o adolescente a vividos sensoriais onde a significação se revela inexistente ou deficitária. Os *acting-outs* serão, pois, um retorno ao processo primário onde o processo perceptivo-representacional é lacunar. Ao fornecer um espaço seguro para explorar sentimentos conflituosos através da brincadeira conjunta, os profissionais atentos podem promover uma melhor consciência emocional e mentalização em pais jovens problemáticos e suas crianças (Raphael-Leff, 2012).

Winnicott no seu livro “O jogo e a realidade” diz-nos que a capacidade da criança estar sozinha é um indicativo de saúde mental pois entende esta capacidade como uma competência da criança para lidar com um mundo interno de significações entretanto bem conseguidas na relação mutual pais-criança. Assim o que parece um contrassenso mais não é que a confirmação de uma crescente capacidade de representação onde a criança vai construindo um mundo interno que dificilmente a faz sentir só, mesmo quando está sozinha no seu jogo lúdico. Num outro dizer, estar sozinho pode lançar o caos e o pânico da estranheza que endurecem o tónus corporal e colocam o adolescente em defesa contra o estranho ou ser uma oportunidade para lidar com o seu mundo interno e simbólico construído a par e passo numa relação onde a confirmação predominou na matiz relacional familiar.

Os grupos e as relações com os pares são pois um ponto de chegada do adolescente que reporta também os padrões de relação significativos prévios, ou seja, o adolescente ao escolher e ser escolhido ou mesmo rejeitado reedita padrões prévios de relação, entretanto internalizados por si nas relações significativas já urdidas. Aqui reeditam-se dificuldades e competências que perturbam ou possibilitam um movimento criativo e expansivo da mente do adolescente no seu processo autonómico e identitário.

O processo autonómico e identidade adolescente

Autonomia significa, literalmente, “autorregulação” e pode ser utilizada de várias maneiras dependentes do contexto (Felsen & Reiner, 2011). Mais amplamente, a autonomia pode ser considerada (1) o direito de ser livre de se autogovernar, e (2) tanto o estado de ser capaz de fazer de facto o exercício de autogoverno. Este seria possível através do compromisso entre a dimensão racional relatada pelas correntes filosóficas tradicionais e pelas emoções implicadas que são armazenadas pelos marcadores somáticos (Damásio, 2010; Damásio, 2011) que conduziriam assim as nossas opções, tendo por base as relações entretanto estabelecidas.

Autonomia e identidade parecem andar a par, pois se a primeira autorregula, a segunda facilita a identificação com as figuras significativas, o querer ser igual ou fazer como a pessoa de quem se gosta e este processo parece culminar num paradoxo de bom prognóstico: a identidade. Esta seria, pois, o resultado de uma multiplicidade de identificações que a dado momento se constituem como modelo próprio de ação que caracterizam cada indivíduo e o distinguem de todos os demais (Pinto, 2006). Este conceito de identidade e o seu processo de aquisição é tanto mais importante porque nos recoloca face à importância do outro no processo de ser único e irrepetível. Quando esta aquisição acontece o adolescente revela maior autoestima e maior capacidade para lidar com a adversidade e o obstáculo sem perder a sua competência integrativa e resolutive. Quando o processo de identificação é perturbado por desencontro ou conflitualidades acima referidas podemos assistir a comportamentos ambivalentes em relação aos modelos identificatórios revelados na incongruência entre o que é dito e o que é feito. Este desfasamento desvela como a sobrevivência do eu criou um *falso-self* onde fala (simbólica) e ação (pensamento primário) se digladiam no interior do sujeito, numa luta sem trégua e de prognóstico reservado. Podemos mesmo assistir a uma desidentificação com os modelos que tornam o adolescente refém do que não pode e/ou não quer ser mas que impossibilita novos arranjos de si e da relação com o outro. A doença mais facilmente se instala neste desencontro e é aqui que os profissionais cuidadores podem ter um papel organizador e integrativo com os adolescentes e as suas figuras parentais.

A desidentificação como vivido limite do adolescente

A desidentificação mais não é que o resultado do desencontro do adolescente com as figuras significativas vertido, depois, num desencontro consigo próprio e com o meio ambiente.

A desidentificação manifesta-se através de comportamentos de negativismo onde estar do contra, desconsiderar o outro (figuras parentais ou outras e mesmo instituições) se tornam a chave relacional destes adolescentes. A vulnerabilidade é extrema, pois eles “só sabem que não vão por aí” e tornam-se mais capazes de não ser do que de poder ser. As sensações e, como os próprios dizem, “a adrenalina” toma conta das suas vidas. Parar parece ser morrer e, por isso, os comportamentos desenfreados, governados por um processo primário onde só importa o alívio da tensão excessiva que passa a governar as suas ações. Todos os riscos se tornam acessíveis numa demanda sem autogoverno. Os próprios adolescentes declaram não ser capazes de parar, de se sentir impelidos a fazer, ou seja, algo mais forte (leia-se primitivo e/ou compulsivo) parece governar as suas ações.

Importa, pois, introduzir encontro e significação, isto é, um sentido crescente, uma simbólica que não torne o adolescente refém dum futuro “sem futuro” onde o passado de desencontro governa.

Ilustração

O caso presente refere-se a uma jovem de corpo franzino e uma vulnerabilidade confrangedora que procurou ajuda por sentir um zumbido que não passava a nenhuma intervenção médica entretanto já realizada. Procurava um sentido para este zumbido que a perseguia. A sua infância tinha sido difícil. O pai era alcoólico e a mãe desinvestida e por vezes sádica (mandara-lhe matar um cão que ela tinha acolhido da rua e a quem se dedicara muito). Após este episódio intolerável começa a consumir desenfreadamente. Tinha já vinte anos quando o fez pela primeira vez. Começa a namorar mas o padrão da relação é, também ele, manipulador e sádico. Os seus zumbidos sem causa aparente começam a ganhar uma forma relacional. A desidentificação aos seus, a quem “odeia” sem o dizer, vulnerabiliza-a e lança-a numa busca especular por uma identificação que lhe dê sentido. Mas, com é comum, a história repete-se, a falta de cuidado e de sentidos mantêm-se e ela vê-se cada vez mais numa espiral destrutiva. Só estanca por medo de morrer, mas aparece o zumbido gritante que não se cala. Parece falar das dores e revelar o desencontro entre o desconhecimento falado e a ação furiosa que não distingue sequer entre o seu “eu” e o “eu” do outro. Nesta amálgama importava serenar e dar sentido futuro como se fizéssemos maternage a um bebé assustado. Sim! era isso que ela era, um bebé grande assustado com a sua (in)existência. A pouco e pouco, a sua fala vai tomando sentido e ela começa a falar das suas vulnerabilidades, a raiva e o ódio começam a aparecer e o zumbido começa a desvanecer. O grilo falante desta vida emudecida pode então começar a acontecer e vai tecendo uma história dura de desencontro que, no encontro com o cuidador, pode fazer sentido e tornar-se assim significação para o que antes era um desconhecido aterrador do qual fugia.

Conclusão

O presente trabalho permite-nos concluir que a doença tem uma raiz relacional que interage com a própria bioquímica de forma mais ou menos duradoira e que apela a uma integração progressiva do desencontro e a criação de novas significações que permitam a construção duma identidade capaz de se autogovernar sem se consumir na destruição do outro em si mesmo. O autogoverno precece desta jovem “adolescente

retida” foi-se transformando em desencontro com a vida. Ela pôde ir tolerando até que um acontecimento traumático (leia-se demasiado intenso para ser tolerado) a lança para uma demanda desenfreada onde as ações se sucediam sem ordem rumo a um caos. Os zumbidos assumem-se, então, como cais último de busca de sentido que mais uma vez ninguém lhe consegue dar. O desespero só pôde ser tolerado e significado tibiamente numa área de encontro onde ela teste, a par e passo, a veracidade da relação e, ao mesmo tempo, signifique o que antes era caótico e aleatório.

Saúde e doença tem esta tibieza nos limites que separa o encontro do desencontro com o outro significativo. Só o cuidado atento às repetições e aos conteúdos traumáticos que elas escondem poderá instalar a esperança do resgate desta jovem aprisionada numa adolescência que mostra uma infância sem jogo simbolizante e sobretudo sem mutualidade com as figuras parentais.

Referências bibliográficas

- Bion, W., (2004) Elementos de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago.
- Carter, C. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23 (8), 779–818.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: A construção do cérebro consciente*. Lisboa: Temas e Debates.
- Damásio, A. (2011). *O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates.
- Dawans B., Fischbacher, U., Kirschbaum, C., Fehr, E. & Heinrichs, M. (2012). The social dimension of stress reactivity: Acute stress increases prosocial behavior in humans, 23(6), 651-660.
- Fairbairn, R. (2000). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Lisboa: Vega.
- Gidon F. & Reiner, P. (2011). How the neuroscience of decision making informs our conception of autonomy. *AJOB Neuroscience*, 2 (3), 3-14.
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Schneidern, I., Leckman, J., Weller, A., & Feldman, R. (2008). Oxytocin and cortisol in romantically unattached young adults: Associations with bonding and psychological distress. *Psychophysiology*, 45, 349–352.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, & C., Ehlert U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry*. 54 (12), 1389-1398.

- Heinrichs, M., Van Dawans, B., & Domes, G. (2009). Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 30, 548–557.
- Kosfeld M., Heinrichs M., Zak P., Fischbacher, U. & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435, 673-676.
- Norman, J., Hawkley, L., Cole, S., Bernston, G. & Cacioppo, J. (2012). Social neuroscience: The social brain, oxytocin, and health. *Social Neuroscience*, 7 (1), 18-29.
- Owens, T. (2013). The need for an other’s mind: An innovative approach to the psychoanalytic treatment of children and adolescents. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 12 (1), 1-9.
- Pinto, J. (2004). *Adolescência e funções grupais: Análise das funções nos grupos adolescentes*. Dissertação apresentada no concurso para Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Portugal
- Pinto J. (2006). *Adolescência e grupos. Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pinto, J. (2010). Adolescência e família: O processo de separação-indivuação. *Se...Não..., Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 1, pp. 73-87.
- Pinto, J. (2011). Violência na intimidade e desenvolvimento psicosssexual. *SE...Não!, Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 2, pp. 159-169.
- Raphael-Leff, J. (2012). “Terrible Twos” and “Terrible Teens”: The importance of play. *Journal of Infant, Child, and Adolescent*, 11 (4), 299-315.
- Ribeiro, P. (2005). Introdução à Psicologia da saúde. Coimbra: Quarteto.
- Ross, C., Washington, R., Eckhardt, A., Reed, D., Vogel, E., Dominy, N. & Machanda, Z. (2009). Ecological consequences of scaling of chew cycle duration and daily feeding time in Primates. *Journal of Human Evolution* 56, 570–585.
- Uvnas-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinolog*, 23 (8), 819-835.
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago
- Witt, M., Winslow J., & Insel T. (1992). Enhanced social interactions in rats following chronic, centrally infused oxytocin. *Pharmacol, Biochem Behav* 43: 855–861.

QUESTÕES DE SAÚDE ADOLESCENTE...

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE EM CONSULTAS NA ADOLESCÊNCIA

TERESA BORGES³

JOSÉ MANUEL PINTO⁴

Introdução

A Organização Mundial de Saúde e as principais sociedades de medicina da adolescência recomendam políticas de saúde amigáveis. Preconizam que o acesso dos adolescentes a serviços de atendimento seja de rápida referenciação, com enfermeiros, médicos e outros profissionais formados e devidamente treinados que garantam privacidade, confidencialidade e promoção da autonomia na decisão relativamente aos seus problemas de saúde.

Com o objetivo de estudar a “prestação de cuidados confidenciais e em privado”, considerado um dos critérios de qualidade das referidas consultas, utilizámos o questionário YAHCS® numa amostra de 167 adolescentes, 54 rapazes e 113 raparigas, entre os 13 e os 19 anos, em consultas de adolescência.

Pretendemos avaliar qual o conhecimento dos adolescentes acerca de locais onde recorrer que garantam privacidade e confidencialidade na consulta. Concluímos que os adolescentes mais velhos e as raparigas têm um maior conhecimento acerca dos locais adequados. Os resultados estão de acordo com o ganho de autonomia e construção da identidade ao longo da adolescência. Não obstante, apesar da prestação de cuidados de saúde decorrer em clima de privacidade, parece não ser tão evidente a cautela de garantir a confidencialidade dos mesmos. Certas atitudes poderão ser reequacionadas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao adolescente.

3 Enfermeira Especialista em Enfermagem MédicoCirúrgica; Mestre em Economia da Saúde; Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

4 PhD, Professor Coordenador da ESEnfC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

Enquadramento

Na adolescência, a criança dependente, vulnerável e desprovida de responsabilidades, transita gradualmente para um ser mais autónomo, forte, dominador e responsável pelos seus actos (Cabié, 1999). A separação, que gradualmente o adolescente experiencia dos seus progenitores, é um processo complexo ao nível emocional e comportamental, bases necessárias à autonomia de valores. Do ponto de vista comportamental, o adolescente inicia o processo de tomada de decisões sobre as rotinas diárias, aprendendo a orientar-se e a reunir preferências. Emocionalmente, reorganiza-se e modifica regras de dependência e autonomia, pressupondo modificações nos papéis infantis do próprio e dos pais. A confiança sentida pelo adolescente e a sua capacidade de separação são essenciais para ajuizar sobre os valores adquiridos, ao longo do processo de crescimento, possibilitando-lhes a tomada de decisões face a diferentes alternativas, estabelecendo-se então a autonomia dos valores (Noller & Callan, 1991).

No entanto, a forma como o adolescente gere as suas transformações e a forma como interage com o mundo, pode torná-lo vulnerável, relativamente às consequências da experimentação de comportamentos aditivos, de insegurança ou mesmo violência. Estes revelam-se por efeitos imediatos, como depressão ou violência interpessoal e efeitos adversos a médio ou a longo prazo, como infeções transmitidas sexualmente e comportamentos aditivos (WHO, 2002).

A resposta às necessidades de saúde e de desenvolvimento saudável do adolescente, não são exclusivos dos técnicos de saúde. O envolvimento nas escolhas corretas relativas à sua vida e ao seu futuro abrangem a família, a escola e a comunidade em geral (Fonseca, 2002; WHO, 2002). No entanto, é inegável a importância dos serviços de saúde, pelo conhecimento adquirido e capacidade de intervenção que os profissionais possuem e lhes permite atuar sobre os problemas da população juvenil.

Para fazer face aos novos desafios que integram a realidade da adolescência, é fundamental a adequação dos serviços de atendimento à adolescência (Levy, 2003; Fonseca & Marcelino, 2002). A Organização Mundial da Saúde recomenda a criação de “Serviços de Saúde Amigáveis para Adolescentes” que devem ser acessíveis e equitativos, adequados efetivos e eficientes. Estes serviços apresentam hoje em dia programas de saúde na adolescência que visam não só o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável mas também a intervenção em condutas de risco para a saúde, ajuda na adoção de estilos de vida saudáveis que favoreçam o autocuidado e estimulem as potencialidades e a expressão da sexualidade, tendo como base a saúde reprodutiva (Prazeres, 1998).

A qualidade das consultas de adolescência está intrinsecamente dependente das características pessoais e expectativas dos jovens e reflete a capacidade de resposta às

suas necessidades de saúde. Assim, o papel dos serviços de saúde é fundamental pelas aptidões e conhecimentos dos técnicos de saúde e pela possibilidade de intervenção em intercorrências do desenvolvimento juvenil. Investindo numa prestação de cuidados de elevada qualidade poderá ir-se ao encontro das exigências dos adolescentes em matéria de saúde, quer se trate do tempo de espera por uma consulta, do atendimento pelo profissional mais adequado ou do êxito do tratamento, obtendo-se como resultados a satisfação com os cuidados recebidos e o contributo expresso na saúde dos jovens.

Os serviços de adolescência devem facilitar aos jovens a aquisição de respostas aos seus problemas fornecendo a informação necessária à adoção de estilos de vida saudáveis, monitorizando atempadamente e intervindo em problemas ou comportamentos de experimentação, potencialmente perigosos para que estes não sejam transformados em comportamentos de risco. No entanto, falar de si a outrem nem sempre é fácil e muito menos na adolescência. O importante ato de comunicar com o adolescente num espaço terapêutico, exige uma relação de confiança com técnicos de saúde que possuam uma formação adequada, capacitados para a atenção integral.

Uma exigência fulcral no atendimento de adolescentes relaciona-se com a privacidade, uma vez que o adolescente lida nesta fase com um corpo novo, sexuado, que o faz balancear entre movimentos de proximidade e movimentos de afastamento das figuras parentais (Pinto, 2006; Braconnier & Marcelli, 2000). Por isso, o adolescente deve ser atendido individualmente respeitando-se e reiterando-se ao próprio que a privacidade se estende para além do espaço físico, através dum compromisso estrito de confidencialidade. Este compromisso facilita a abertura do adolescente aos técnicos de saúde se estes se mostrarem uma equipa de profissionais motivados, treinados e tecnicamente preparados para cuidarem deles sem juízos de valor (Prazeres, 1998). Ford et al., (2004) encaram a confidencialidade um item fundamental dos cuidados de saúde aos jovens, numa fase da vida de maturação e aquisição da autonomia e consideram que se esta não for proporcionada poderá fazer com que os adolescentes renunciem aos cuidados. A confidencialidade deverá ser então prática indispensável, sobre a qual os profissionais de saúde deverão receber formação e os adolescentes e seus pais ser informados sobre a sua importância e os limites da sua aplicação.

As consultas de adolescência podem proporcionar ao adolescente o suporte e a ponte para o mundo adulto, evitando uma imersão massiva no grupo de pares que se pode constituir como fator de risco desenvolvimental (Pinto, 2010; Shulman et al., 1995). A capacidade de uma resposta efetiva e eficiente, relativamente às expectativas dos adolescentes, por parte da equipa e em especial do enfermeiro responsável pela organização da consulta, poderá traduzir-se assim em satisfação e, consequentemente, na qualidade de

cuidados. A abertura, a autonomia, contando com uma equipa multidisciplinar própria, onde se incluem enfermeiros devidamente formados e onde a decisão das normas de funcionamento sejam partilhadas pelos jovens, são características destes serviços.

Metodologia

Atentos à problemática da qualidade dos cuidados prestados em Consultas de Adolescência, questionamo-nos sobre a confidencialidade e privacidade, considerado um dos critérios de qualidade das referidas consultas. Para tal, perspetivou-se um estudo inserido no tipo de investigação não experimental, de forma descritivo-analítico, correlacional e transversal, efetuado com 167 adolescentes em consulta de adolescência.

Como instrumento de medição de resultados foi aplicada uma versão validada para a língua e cultura portuguesas do questionário YAHCS, Young Adult Health Care Survey, da autoria de Bethell et al., (2001) patrocinado por “*The Child and Adolescent Health Measurement Initiative*” dos Estados Unidos da América.

Os jovens foram abordados pessoalmente, explicando-se a finalidade, as características do estudo e o seu carácter confidencial. Pedimos a sua colaboração para o preenchimento integral do questionário enquanto aguardavam a consulta.

Responderam de forma válida ao questionário 167 jovens dos 13 aos 19 anos, com uma média de idades de 15,57 anos e um desvio padrão de 1,71anos. Os 54 rapazes apresentam a média de 15,24 anos e um desvio padrão de 1,66 e as 113 raparigas uma média de 15,73 anos com desvio padrão de 1,71 anos.

Para melhor compreensão e estudo, agrupámos a idade em duas classes, dos 13 aos 15 e dos 16 aos 19 anos. O grupo dos mais novos inclui 82 adolescentes dos quais 61% são do sexo feminino e 39% do masculino e o dos mais velhos inclui 85 adolescentes, 67,7% do sexo feminino e 32,3% do sexo masculino (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos jovens segundo o grupo etário e sexo

IDADE		13-15 ANOS		16-19 ANOS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
N=167							
Sexo	Masculino	32	39,0	22	25,9	54	32,3
	Feminino	50	61,0	63	74,1	113	67,7

Apresentação de resultados

Partimos da recomendação de boas práticas das sociedades de medicina da adolescência para a prestação de cuidados confidenciais e em clima de privacidade e do pressuposto de que a confidencialidade da consulta permite obter mais informações acerca dos problemas dos jovens e fomenta uma maior abertura à ajuda requerida.

Questionado sobre a oportunidade que cada adolescente teve de ser atendido em privado, 65,9% dos jovens responderam afirmativamente.

A informação do carácter confidencial da consulta obteve uma percentagem menor do que a anterior. Só 37,1% de adolescentes receberam essa informação. Apesar dos cuidados de saúde serem prestados em clima de privacidade, parece não ser tão evidente o cuidado de garantir a confidencialidade dos mesmos.

Quanto ao conhecimento de locais de atendimento de jovens que prestem cuidados confidenciais, o Quadro 2, expressa os seguintes resultados:

Quadro 2 - Conhecimento de locais de atendimento confidenciais por grupo etário e sexo

Conhecer locais confidenciais N=167	Total		13-15 anos		16-19 anos		Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	84	50,3	33	40,2	51	60,0	21	38,9	63	55,8
Não	83	49,7	49	59,8	34	40,0	33	61,1	50	44,2

Existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6,516$; $p=0,011$) no conhecimento que os dois grupos etários possuem. Os mais velhos apresentam mais conhecimento (cerca de 2,2 vezes mais, teste *Odds Ratio*=0,449 IC 95% (0,242 - 0,834).

Também existem diferenças estatísticas a favor das raparigas (Qui-quadrado ($\chi^2=4,156$; $p=0,041$ e teste *Odds Ratio*=0,505 no IC 95% (0,261 - 0,978 demonstrando um conhecimento em média 1,9 vezes mais elevado no grupo das raparigas).

Colocou-se a hipótese das características dos adolescentes influenciarem a prestação dos cuidados em privacidade. Analisou-se, então, a possibilidade de existirem diferenças no atendimento em privacidade, face às variáveis sociodemográficas (grupo etário e sexo) e a participação dos adolescentes em comportamentos de risco (hábitos tabágicos, alcoólicos e vida sexual ativa).

O Quadro 3 apresenta a influência das variáveis sociodemográficas na prestação de cuidados de saúde em privacidade.

Quadro 3 - Privacidade de cuidados segundo grupo etário e sexo

OPORTUNIDADE DE CONVERSAR EM PRIVADO	TOTAL	13-15 ANOS	16-19 ANOS	MASCULINO	FEMININO
	%	%	%	%	%
N=167					
Sim	65,9	53,7	77,6	55,6	70,8
Não	34,1	46,3	22,4	44,4	29,2

A maioria dos adolescentes, 65,9%, usufruiu um clima de privacidade no atendimento.

- Existem entre grupos etários diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=10,683$; $p=0,001$), verificando-se que, entre os mais velhos, essa probabilidade é cerca de 3 vezes maior, *Odds Ratio*=0,333 IC 95% (0,161 - 0,651).

- Em relação ao sexo, o teste do Qui-quadrado ($\chi^2=3,775$; $p=0,052$), não apresenta diferenças estatísticas significativas.

A hipótese de que as características sociodemográficas influenciam a prestação dos cuidados em privacidade confirma-se relativamente à idade dos adolescentes, mas rejeita-se relativamente ao sexo. A influência dos comportamentos de risco na privacidade do atendimento está explicitada no próximo quadro (Quadro 4).

Quadro 4 - Privacidade no atendimento segundo os comportamentos de risco

PRIVACIDADE	FUMAR		BEBER		VIDA SEXUAL ATIVA	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
N=167	%	%	%	%	%	%
OPORTUNIDADE DE CONVERSAR EM PRIVADO						
Sim	78,7	60,8	84,3	57,8	77,4	59,0
Não	21,3	39,2	15,7	42,2	22,6	41,0

- Relativamente aos hábitos tabágicos, as diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2=4,808$; $p=0,028$), a favor de uma privacidade no atendimento dos que fumam cerca de 2,4 vezes mais elevada com *Odds Ratio*=2,382, IC 95% (1,082 - 5,243).

- Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, também as diferenças são estatisticamente significativas relativamente à privacidade nos cuidados aos jovens em risco ($\Omega^2=11,112$; $p=0,001$) ser cerca de 3,9 vezes mais elevada (*Odds Ratio*=0,254 IC 95% (0,110 - 0,589)).

- Nos jovens com vida sexual ativa também existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=5,852$; $p=0,016$) na privacidade de atendimento em média cerca de 2,4 vezes maior (*Odds Ratio*=2,378 IC 95% (1,168 - 4,842)), relativamente aos jovens que ainda não iniciaram atividade sexual.

Assim, constata-se que o envolvimento em comportamentos de risco condiciona a prestação de cuidados em privacidade, confirmando-se a hipótese relativamente ao consumo de tabaco, de álcool e de ter iniciado a vida sexual.

Conclusão

O processo de desenvolvimento adolescente envolve uma trama complexa de avanços e recuos rumo à autonomia. Os vividos de descoberta e de afirmação encerram em si outros tantos de risco que apelam a uma supervisão e, porventura, intervenção cuidadosa e atenta dos profissionais de saúde. A privacidade e a confidencialidade são ingredientes fundamentais para que os jovens recorram aos profissionais de saúde dos serviços de adolescência e se mantenham aí envolvidos. A qualidade de relação assume-se, pois, como elemento chave para o êxito. No presente estudo verificamos que os adolescentes mais velhos e as raparigas têm um maior conhecimento acerca dos locais a que devem recorrer. Os resultados estão de acordo com o ganho de autonomia e construção da identidade ao longo da adolescência. Não obstante, apesar dos cuidados de saúde serem prestados em clima de privacidade, parece não ser tão evidente a cautela de garantir a confidencialidade dos mesmos.

Certas atitudes poderão ser reequacionadas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao adolescente. O incremento duma cultura de atendimento que valorize a privacidade e a confidencialidade, a par duma clara publicitação das mesmas aos jovens é um aspeto a desenvolver por quem atende e cuida dos adolescentes e das suas problemáticas mesmo quando elas se colocam no limite da aceitação ética ou chocam com os valores individuais dos profissionais. A estes pede-se neutralidade e aceitação face aos problemas trazidos pelos adolescentes, bem como a salvaguarda da integridade dos mesmos.

Referências bibliográficas

- Bethell, C., Klein, J. & Peck, C. (2001). Assessing health system provision of adolescent preventive services: The young adult health care survey. *Med Care*, 39 (5), 478-490.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Cabié, M. C. (1999). A adolescência e o ciclo familiar existencial. In C. Gammer, M. C. Cabié, *Adolescência e crise familiar* (pp. 15-29). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca H. (2002). *Compreender os adolescentes. Um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Presença.
- Fonseca, H. & Marcelino, J. (2002). Avaliação das necessidades de formação em medicina de adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 33 (3), 181-187.
- Ford, C., English, A. & Sigman G. (2004). Confidential health care for adolescents: Position paper of the society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health* 53(1), 1-8.
- Levy M. (2003). O futuro da adolescência na pediatria. *Boletim da Secção de Medicina do Adolescente*, 1, 4-5.
- Noller, P. & Callan V. (1991). *The adolescent in the family*. Nova York: Routledge. Organização Mundial de Saúde. (2002). *Adolescent friendly health services. An agenda for change*. Geneva: WHO.
- Pinto J. (2006). *Adolescência e grupos. Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pinto, J. (2010). Adolescência e família: O processo de separação-indivuação. *Revista SE...Não..., Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, pp. 73-87
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes. Princípios orientadores*. Lisboa: DGS.
- Shulman, S., Seiffge-Krenke I., Levy-Shiff, R., Fabian B., & Gotemberg, S. (1995). Peer group and family relationships in early adolescence. *International Journal of Psychology*, 30 (5), 573-590.
- World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development (2002). *Adolescent friendly health service: an agenda for change*. Genève: WHO Picture Library.

ENVELHECER...

NOTA INTRODUTÓRIA

O envelhecimento é um fenómeno complexo e multifacetado que se conjuga com o ritmo individual que cada um imprime à realização do seu projeto. Os aspetos acidentais também têm um papel muito ativo no desenlace da vida pois interferem e alteram o curso do desenvolvimento de cada indivíduo. Neste trabalho apresentamos dois textos que abordam problemáticas do envelhecimento, nomeadamente as alterações da dinâmica familiar em famílias com idosos a cargo onde expomos algumas das dificuldades emergentes, umas atuais e outras decorrentes de desencontros prévios que “esperavam oportunidades” para poderem emergir.

O segundo texto consiste no relato de um processo de integração institucional de um idoso isolado. Aqui descrevemos a situação e os passos dados para a integração do idoso, tendo por base uma perspetiva que envolve a leitura ecológica e relacional sem esquecer a dinâmica interno-fantasmática do idoso. A integração das três leituras – interna, relacional e ecológica – permitiu a integração do idoso e um incremento no seu bem-estar consigo e com os demais companheiros de instituição.

ENVELHECER...

FRONTEIRAS INDIVIDUAIS E FAMILIARES NOS MAIS ADULTOS: UM (RE)ARRANJO EM CONSTRUÇÃO⁵

JOSÉ MANUEL PINTO⁶

Introdução

O envelhecimento mobiliza o indivíduo e a família, implicando, necessariamente, um (re) arranjo das fronteiras, das relações e das forças com que cada elemento enfrenta esta etapa incontornável da existência.

As fronteiras mais não são que limites, balizando o comportamento comunicacional do mais adulto e da família. Estes podem agora redefinir as relações e expressar, com ou sem ressentimento, o seu poder advindo da inversão de papéis (Relvas, 1996). O mais adulto pode, também, perturbar a família na sua dinâmica, ao insistir em modelos relacionais cristalizados outrora usados com eficácia e mestria na família de origem.

Importa-nos, pois, clarificar alguns dos aspetos envolvidos nestas dinâmicas e entender como é que elas podem interferir no (dis)funcionamento das mesmas.

Quer o mais adulto quer a família têm tarefas desenvolvimentais a cumprir e estas apelam a resoluções capazes de não os rigidificar e fazer adoecer. No entanto, os propósitos de uns e de outros podem não coincidir no espaço e no tempo, provocando a emergência de conflitos mais ou menos intensos que geram climas mais ou menos tensos e disfuncionais.

O envelhecimento

Envelhecer é um fenómeno variável individualmente e inelutável do ponto de vista temporal. Todos sabemos que, atingida a maturidade, o nosso destino será envelhecer,

5 Texto baseado na comunicação apresentada no Encontro de Enfermagem Os mais Adultos, 3 e 4 de abril Lisboa, 2009.

6 PhD, Professor Coordenador da ESEnFC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

embora cada um de nós se conserve mais ou menos jovem em algumas facetas ou órgãos (Fonseca, 2004; Oliveira, 2008). Envelhecer é, pois, um processo que faz interagir os aspetos biológicos, sociais e psicológicos. Uma maior harmonização dessas três facetas incrementa o bem-estar individual. Ser idoso implica dificuldades, mas também oportunidades, por vezes escondidas por detrás do biombo das dores que difusamente assolam o indivíduo. As dores físicas podem mesmo esconder, na psicossomática, muitos desencantos que uma vez desvelados ajudam a novos enlaces e a novas modalidades relacionais, entretanto impossibilitadas (Pinto, 2010).

A escuta atenta dessas queixas e o seu reenquadramento na dinâmica desenvolvimental do indivíduo, por via da sua história pessoal recontada, pode criar novos entendimentos e desafios nas pessoas idosas e nos seus cuidadores. Se envelhecer é um privilégio, uma vez que “só se tornam idosos os seleccionados pela vida”, importa perceber bem quem chega a esta fase da mesma.

A integridade pessoal e o envelhecimento no Mais Adulto

O envelhecimento envolve três aspetos que quase nunca são referenciados na literatura científica sobre esta temática e que, a nosso ver, ajudam a compreender melhor muitos movimentos e atitudes dos mais adultos e das suas famílias, quer na partilha próxima quer nos processos de integração à coabitação familiar.

A (re)estruturação dos limites

O primeiro dos aspetos envolvidos é o conceito de limite. Este remete-nos para duas linhagens teóricas distintas que confluem nesta temática e apresentam uma pertinência inalienável.

Uma é o conceito de narcisismo (leia-se integridade pessoal) que se apresenta com uma grande polissemia de sentidos. Destacamos, por isso, a sua faceta constitutiva do sujeito e consideramo-lo como uma entidade limite ou de fronteira que nem é estádio, nem estado, mas organização estruturante (Golse, 2001); contém um carácter relacional (narcisismo expansivo ou trófico) ou defensivo (narcisismo retraído ou destrutivo) (Rosolato, 1978, citado por Golse, 2001). Esta entidade de fronteira é lábil, esquiva e mutante na sua presença, ora interna e subjetiva, ora reativa, ora ainda afirmativa, mas sempre constante na edificação do sujeito ou, reversamente, nos movimentos destrutivos, mesmo quando estes encerram um desejo de preservação e afirmação narcísica dos limites do Eu e escondem a integridade pessoal ameaçada.

Ora é fácil entender a problemática limite (Golse, 2001) no envelhecimento, uma vez que as transformações corporais questionam o mais adulto acerca dos fundamentos narcísicos, da sua história de vida e expõem-no a lacunas prévias e a situações menos bem integradas «resultantes de descarrilamentos da sincronização» (Grotstein, 1999, p. 122) com a vida e com as subsequentes figuras significativas de vinculação (Ainsworth, 1998), aliadas a uma perda de competências e/ou de reconhecimentos sociais (Ladret, 2003) que podem fazer ver-se como um quase inútil ou mesmo um estorvo, como muitos deixam escapar nas suas conversas mais ou menos autocentradas acerca do seu lugar e papel social perdidos.

O envelhecimento confronta o mais adulto com o seu contorno corporal onde se salientam a perda de competências – equilíbrio ortostático, mobilidade, elasticidade, memória, orientação, etc.... No contraponto existe o seu corpo jovem/adulto forte, capaz e audaz que, pelo menos em memória, não se pode deixar e que, por isso, expõe o mais adulto a um corpo envelhecido e estranho que tem que tornar seu. Esta integração provoca, de forma mais ou menos contida, desencontros identitários, revelados na tristeza, no aborrecimento, no sentimento de contrariedade, de vazio, na instabilidade emocional e/ou nas condutas ou ideias suicidárias, ou tão só num apelo à reorganização dos limites (corporais e representacionais) que instalam uma problemática narcísica da construção do eu/não eu dos mais adultos. Estes revelam o seu mal-estar quando não suportados e transformados pelos seus significativos. Nestes casos acentua-se, confirma-se e amplifica-se o desencontro relacional. Um dos efeitos visíveis é a constituição duma área conflitual, um desencontro que, no limite, pode aprisionar o mais adulto, quer num retraimento excessivo quer num queixume sofrido ancorado no seu corpo débil. A família pode dar palco e oportunidade para esta reorganização egóica, pois, o mais adulto precisa, para ter êxito na aceitação dos seus novos limites corporais, duma área de encontro com os seus familiares que o suportem e confirmem na sua história e na recriação de significantes acerca de si, dos seus e do mundo ou participar numa desqualificação do mais adulto fazendo-o sentir inútil ou mesmo um peso familiar.

A família, por seu lado, também se debate com uma problemática limite – denominado também fronteira por Minuchin (1990) - e que se define por um conjunto de regras comunicacionais que estabelecem permissões e interditos (*idem*, 1979). Este conceito permite-nos perceber como é que a família e o mais adulto se debatem com um (re) arranjo necessário da pragmática comunicacional decorrente, por exemplo, da chegada dum familiar mais adulto à família quando ela própria se debate com a saída dos seus filhos de casa e/ou com o ninho vazio decorrente dela. A crise familiar necessária ao (re) arranjo do casal, agora frente a frente, sem o subterfúgio da função parental costuma ser árduo em famílias que privilegiaram este aspeto ao da construção duma vivência de casal sustentada no suporte mútuo e na cumplicidade (Relvas, 1996; Alarcão, 2000).

A chegada do mais adulto à família vai, inexoravelmente, alterar as forças e os equilíbrios. A sua presença transporta uma história prévia que muitas vezes tende a instalar padrões anteriores de relação que alteram as regras até aí estabelecidas nas famílias. Isto acontece sempre que a relação conjugal não se encontra bem estabelecida e pode levar à constituição de alianças e/ou coligações entre o mais adulto e o seu descendente.

Na aliança a queixa dos terceiros vai no sentido de serem excluídos em favor do mais adulto, com frases como “agora a minha mãe só vive para a mãe dela...” ou outras equivalentes.

Na coligação o conflito torna-se ainda mais explícito entre os coligados e a restante família, num debate que tem como finalidade a ascendência no estabelecimento de regras e de interditos. A lealdade ao familiar idoso pode mesmo tornar acrítica a atuação do descendente.

As famílias sofrem grandes níveis de *stress* nestas situações e podem, no limite, eleger um paciente identificado ou mesmo desmoronar-se.

A resolução dos lutos/perdas individuais e familiares

Por outro lado, envelhecimento envolve perdas variadas e apela à resolução de lutos múltiplos que podem aprisionar o idoso numa série de lutos patológicos que o fazem desinvestir progressiva ou abruptamente do enlace com os seus pares.

A coabitação entre mais adulto e família implica, ela mesma, uma série de perdas relacionadas com o meio envolvente, a casa, os amigos, as lidas diárias e até os cheiros e as memórias de toda uma vida. Muitas vezes adicionam-se a estes lutos o dos entes queridos que já partiram. O desencanto pode abater-se neste “lugar novo e estranho” quando comparado com o tempo das visitas antigas. O tempo urge, a esperança é diminuta e o desejo pela vida pode mesmo escassear.

Os lutos que invadem o indivíduo são muitas vezes descurados ou banalizados e podem ser, em nosso entender, um instrumento de trabalho precioso. A sua decifração é imperiosa para se proceder a uma intervenção eficaz junto da pessoa idosa.

As perdas e os lutos do Mais Adulto

Os lutos e a ontogénese são companheiros inseparáveis. Crescer e perder irmanam-se e tornam possíveis novos enlances. Ganhar implica sempre, no reverso da medalha, perder algo. Tornarmo-nos adolescentes, por exemplo, implica deixar para trás a infância perdida e obriga a uma recapitulação da mesma. De forma similar pensamos que só

uma recapitulação da história de vida e dos seus pontos marcantes, sobretudo os que se relacionam com as perdas e os lutos mais ou menos resolvidos permitirá à pessoa idosa aceitar o novo desafio da mudança de habitação. Se uns idosos conseguem fazer esta recapitulação, envolvendo-se relacionalmente, outros necessitam do cuidado externo para chegarem a bom porto.

Os lutos são sempre processos lentos que envolvem várias etapas até à sua resolução. São um fenómeno dicotómico que implica uma resolução ou a assunção duma via patológica do luto (Freud, 1980). Nestes últimos passam a predominar os aspetos melancólicos que encerram o indivíduo em si mesmo e nas suas queixas (muitas vezes corporais).

A negação, o isolamento, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação (Ross, 1998) são um *continuum* necessário à conclusão satisfatória de um luto. Na pessoa idosa a negação, o isolamento e a revolta podem coexistir, dificultando ou impossibilitando o processo da nova vivência familiar.

Estas mudanças podem evocar aspetos anteriores ligados a perdas, separações ou desamparos dolorosos. A escuta e aceitação destas situações permitem envolver a pessoa idosa e, deste modo, atribuir-lhe importância que ela muitas vezes julga já não ter e que expressa com autoavaliações de inutilidade ou mesmo sentimentos de estorvo.

Os lutos e as perdas da família

A família, por seu lado, constrói e vive a sua própria história, debatendo-se com os acontecimentos inerentes ao processo de separação dos seus descendentes, sejam estes adolescentes ou jovens adultos. A família e os seus subsistemas mobilizam-se para novas formas de equilíbrio que envolvem os seus membros em lutas e lutos internos e relacionais que revelam a crise do sistema familiar. O apelo é dicotómico e deixa duas saídas, a saber:

1. **a rigidificação** das suas fronteiras externas, a par dum emaranhamento internos das fronteiras pessoais, revelado na intromissão excessiva na vida do jovens ou, ao invés, uma rigidificação das fronteiras internas do sistema que lançam os jovens numa demanda sem mediação;
2. **a flexibilidade e aceitação** do devir do tempo e da individuação dos seus descendentes.

A família, na voz dos seus membros, luta pela sobrevivência ameaçada e a entrada do mais adulto para a dinâmica relacional complexifica a trama já existente. A problemática da abertura do sistema ao exterior tem agora a companhia duma nova reorganização e acomodação face à entrada deste familiar.

Lógicas novas de relação debatem-se, agora, com modalidades parentais antigas que emergem de novo. O desenlace é imprevisível e analisado caso a caso. No entanto, podemos antever que o sistema vive, obrigatoriamente, momentos delicados da sua história. Isto pode, uma vez mais, não permitir que o casal se reorganize em torno de si mesmo e leve um dos seus membros a dirigir a sua energia para os cuidados com o seu ascendente ou o do cônjuge, atualizando histórias (ressentidas?!) que instalam um conflito de lealdades e obrigações na família. A saída airosa apela a níveis aceitáveis de separação-indivuação.

A separação-indivuação no Mais Adulto e na Família

Como já referimos anteriormente, o risco maior na coabitação mais adulto-família reside no estabelecimento duma massa indiferenciada do *self* familiar (Bowen, 1996) que consiste numa indiferenciação e ingerência excessiva dos membros da família nos diversos subsistemas individuais. Estes movimentos colocam em questão a identidade de cada membro e levam, habitualmente, a conflitos. Estes conflitos têm como finalidade restabelecer as áreas de integridade ameaçadas e podem lançar a família (ou algum dos seus membros em demandas muito perturbadoras, fazendo- o(s) adoecer para bem da própria família.

O respeito e a preservação de áreas individuais e de casal são o antídoto para a perturbação. No entanto, este antídoto evidente pode esbarrar com histórias e ressentimentos que impedem novas dinâmicas relacionais.

A indivuação dos membros da família é fundamental para preservar o equilíbrio entre o sentimento de pertença e a integração psicossocial necessárias ao longo de toda a vida do indivíduo e da família.

A crescente dependência dos mais adultos apela a um criterioso cuidado com a indivuação do mesmo, pois, a decadência física não implica, salvo patologias associadas que obrigam a outro trabalho, perda de história e de identidade pessoal e o risco é o de se confundir perda de competência física com narcisismo do eu.

Este movimento gera, muitas vezes, sentimentos de inutilidade, raiva e revolta escondidos no discurso passivo do estorvo e do trabalho que dão aos seus.

Conclusão

Envelhecer com a família implica sempre um longo trabalho que envolve como pressuposto a **aceitação/confirmação** das histórias pessoais de cada membro e isto, por seu lado, apela a um funcionamento plástico das famílias, ao sarar das feridas prévias e ao edificar dum contexto onde o envelhecer do mais adulto e da família sejam uma nova oportunidade de partilha e crescimento mútuo.

Referências bibliográficas

- Ainsworth, M., (1998). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In Parkes *et al* (org.). *Attachment across the life cycle* (pp 33-51). London: Routledge.
- Alarcão, M., (2000). *(Des) equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Bowen, M. (1996). *La differentiation du soi*. Paris: E.S.F..
- Fonseca, A., (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Freud, S., (1980). *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Golse, B., (2001). *Insistir existir. Do ser à pessoa*. Lisboa: Climepsi.
- Grotstein, J., (1999). *O buraco negro*. Lisboa: Climepsi.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1992.
- Ladret, A., (2003). *La vie de la personne âgée*. Lyon: Chronique Sociale.
- Minuchin, S., (1990). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveira, B., (2008). *A Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis.

ENVELHECER...

INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL DE IDOSOS: CONTRIBUTO DE UM ESTUDO DE CASO

JOSÉ MANUEL PINTO⁷

MARIA DE LURDES ALMEIDA⁸

LÍGIA ANTUNES⁹

Introdução

A institucionalização da pessoa idosa coloca em marcha uma multiplicidade de transformações que podem levar a uma “rutura na continuidade do sentimento do existir” (Winnicott, 2000). O autor pretendia com isto exprimir toda e qualquer vivência onde pudéssemos, de forma clara, falar de um antes e um depois provocado por uma experiência demasiado intensa para ser tolerada pelo indivíduo. Assim entre o antes e o depois existe um ponto de corte que altera o curso normal da vida do sujeito.

Esta rutura é algo que se interpõe acidentalmente no vivido do sujeito e que é da ordem do intolerável. A intensidade deste vivido instala uma ou mais perdas. Bowlby (1993, p. 46) diz-nos que «não é possível nenhum entendimento das reações à perda, sejam sadias ou patológicas, sem o uso constante de conceitos de processo defensivo, crença defensiva e atividade defensiva». Ou seja, qualquer perda mobiliza defesas, um conjunto de ideias mais ou menos inconscientes e um conjunto de atividades que as suportem. Portanto, o indivíduo face à perda mobiliza o seu mundo interno para lidar com a situação podendo a sua resposta parecer-nos mais ou menos adequada à realidade conjuntural. No entanto podemos afirmar que este processo interfere com a imagem pessoal, as relações estabelecidas e, não menos importante, com os processos defensivos postos em marcha no dia-a-dia. A implicação será tanto maior quanto mais intensa e maior for a dependência da pessoa ao objeto (pessoa, coisa e/ou situação). Podemos afirmar que

7 PhD, Professor Coordenador da ESEnFC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

8 PhD, Professora Coordenadora da ESEnFC; Enfermeira Especialista.

9 Mestre em Gerontologia e Geriatria; Enfermeira.

as perdas e os lutos são um elemento central no vivido de institucionalização do idoso uma vez que esta mobiliza uma série de perdas e de novidades contextuais que podem ser mais ou menos vividas de forma estranha.

Perdas e lutos

Ao falarmos de perdas e lutos coloca-se-nos a questão da fronteira entre o que é normal e o que é patológico.

A este respeito, Grinberg (2000, p. 145) refere que:

«a linha é ténue e que alguns autores de língua Inglesa insistem que a palavra mourning (luto) deveria servir para designar o luto patológico, reservando-se o termo grief (pesar) para a reação considerada normal. Para outros o termo mourning deveria ser limitado àqueles processos que têm uma evolução favorável»

Por seu lado, Bowlby (1993, p. 12) considerava que existia semelhança entre adultos e crianças na reação às perdas, considerando existir quatro variantes patológicas do luto adulto: «anseio inconsciente pela pessoa perdida; censura inconsciente à pessoa perdida, combinada com uma autoacusação consciente e muitas vezes constante; cuidado compulsivo para com outras pessoas; descrença persistente no caráter permanente da perda (chamada muitas vezes negação)».

Em nosso entender, o luto pode apresentar duas facetas - uma resolutiva e outra patológica - não permitindo meio-termo no que se refere à sua resolução. A pessoa ou organiza o seu luto, desinvestindo do objeto perdido e reinvestindo o afeto noutra objeto ou cristaliza o investimento do objeto perdido em si mesmo. Este autoinvestimento leva-o a um desencontro com a realidade e a uma espécie de clivagem do Eu onde uma parte parece guerrear com a outra parte do Eu que parece representar o objeto perdido internalizado, no sentido da falha descrita por Fairbairn (2000) nos processos de internalização dos objetos quando estes são lacunares ou falhos.

As perdas e lutos não se restringem só às perdas de familiares ou entes queridos mas também a lugares, pertences ou mesmo a papéis do Eu. «Fala-se de luto de um ser querido ou duma relação de casal, luto da sua integridade corporal e/ou da sua juventude...» (Pommier & Sceller, 2011, p. 9), isto é, «trata-se de renúncias impostas, de perdas de ligações com mudanças mais ou menos brutais (*idem*, p. 9).

A institucionalização assume-se como uma mudança, uma transição de vida em que, muitas vezes, as perdas podem, num primeiro tempo, suplantar os ganhos de cuidado e conforto. Pode mesmo instalar-se um registo de pulsão de morte através de «um absoluto desinvestimento» (Forest, 2011, p. 19) que retira o indivíduo da vida «pensada como investimento pulsional de si mesmo através do que se convencionou chamar “amor próprio”» (*idem*, p. 19).

Este dilema vida/morte parece instalar-se nos vivos limite de institucionalização no qual o idoso parece desistir de viver e se entrega, sem freio, à pulsão de morte que o possa devolver ao inorgânico, como dizia Freud (1980). Esta tendência para o abandono da vida pode manifestar-se de múltiplas formas mas mantém sempre um elemento comum que caracteriza o colorido relacional do idoso, a saber: o isolamento e/ou o desligamento, ou melhor um recolhimento em si mesmo e um afastamento dos outros e dos interesses que antes manifestava.

Sempre que nos deparamos com um idoso, capaz do ponto de vista relacional, a afastar-se e isolar-se podemos considerá-lo um idoso em dificuldade onde o objeto perdido é ansiado, com auto e/ou hétero-acusação e crença de retorno do objeto perdido. Este processo retira-o do espetro de enlace com a vida. Importa estabelecer, passo a passo, a ligação com a vida, trabalhando os aspetos que afastam o idoso do enlace com a vida.

Retornar à vida e ao amor próprio

O vincular à vida, apela à escuta atenta das perdas e dos lutos. Estes mobilizam sensações, memórias, desejos e medos que importa atualizar, conter e transformar num processo de crescente clarificação que ajudam o idoso a perceber como a sua raiva/zanga, expressa nas auto e hétero-acusações, e/ou a idealização de retorno do objeto perdido o impelem para um vivido patológico do luto. Nestes incluem-se sensações/percepções, representações de si e do mundo que se apresentam mudados e o expõem ao luto pelo(a):

- corpo saudável;
- juventude perdida;
- papéis do Eu;
- familiares e entes queridos falecidos;
- lugares;
- pertences.

No idoso, estes lutos podem conjugar-se simultaneamente no processo de institucionalização, constituindo um tempo de sofrimento acrescido para o mesmo. Só a escuta e a transformação poderão ajudar o idoso a integrar-se por meio do vínculo terapêutico estabelecido.

Ilustração clínica

J. N. era um idoso na altura com 72 anos, viúvo, aposentado fabril, com ensino primário completo. Foi admitido a 17 de janeiro de 2007, tendo a intervenção sido realizada entre março e junho do mesmo ano. Este idoso é totalmente independente na satisfação das Necessidades Humanas Básicas; apresenta alguns problemas a nível mnésico embora revele bom nível de autonomia e orientação. Apresenta uma higiene corporal cuidada, sem halitose ou outros odores corporais; mantém um discurso coerente apropriado ao tema da conversa.

A esposa de J.N. faleceu há cerca de 1 mês o que motivou a institucionalização do idoso, pois os filhos não teriam condições para cuidar dele. Este encontra-se disfórico e apático. Apresenta também isolamento social, abandono e afastamento do grupo;

Os filhos vivem em Aveiro e visitam-no duas vezes por semana. Anteriormente frequentara um Centro de Dia perto de Aveiro, ao qual não se adaptou, tendo acabado por sair.

O Sr. J. N. veio para o lar de livre vontade, uma vez que percebeu que não tinha condições para viver sozinho, e foi ele que escolheu vir para o lar em Montemor, uma vez ser a “sua terra”.

Foi estudada a hipótese de o idoso ir para um centro de dia, no entanto, o idoso para além de não gostar do centro de dia onde estava, também não tinha condições para ficar sozinho durante a noite uma vez que a sua casa foi assaltada e este tinha algum receio de lá ficar sozinho.

Antes da institucionalização J. N. passava grande parte do seu tempo com a esposa que tinha Alzheimer, cuidando do quintal, dos terrenos e dos animais que tinha, referenciando que gostava muito do trabalho no campo. O idoso referiu que passava também muito tempo em casa com a esposa a ver televisão.

J. N. viu alterado o seu estilo de vida anterior no quotidiano do lar e refugia-se a maior parte do tempo no seu quarto, sendo o único local onde se sente bem e gosta de estar.

Gosta das funcionárias do lar e refere ser bem tratado por elas. No tempo que está no quarto gosta de ver televisão e gosta de andar na sua bicicleta estática. Raramente está na sala de convívio; das atividades realizadas só aprecia fazer ginástica com os idosos. Não possui nenhuma relação empática com nenhum dos utentes do lar.

As suas queixas remetem para a falta que sente da esposa bem como das atividades e dos espaços familiares:

“sinto muito a falta da minha esposa...”

“cuidava do quintal, dos terrenos e dos animais que tinha...”

“gostava muito do trabalho no campo...”

e salientava o seu isolamento, numa espécie de retiro ensimesmado onde o outro não tinha lugar, embora não houvesse hostilidade expressa.

“gosto é de estar sozinho aqui deitado no quarto”

Metodologia

Fizemos uma intervenção com o idoso, estabelecendo um processo de escuta e transformação que tinha como objetivo integrá-lo institucionalmente, através da transformação das perdas/lutos por ele relatadas que o deixaram refém da zanga.

Para isso estabelecemos uma relação empática, mediante a adoção de uma atitude de escuta, presença e disponibilidade. Facilitámos o clima de confiança para o idoso expressar os seus sentimentos, emoções e pensamentos abertamente.

Promovemos a estimulação cognitiva e sensorial através de jogos de memória e atenção, passeios, jogos, leituras e diálogo com o idoso.

Pesquisámos as atividades preferidas do idoso e tentámos implementar as possíveis. Incentivámos o idoso a participar em atividades do lar, de acordo com o seu gosto: passeios ao ar livre, jogar ao dominó, fazer ginástica com os idosos.

Promovemos atividades de grupo entre J. N. e o restante grupo.

Propusemos à assistente social que possibilitasse ao idoso ajudar o empregado do lar a cuidar do jardim.

Integramos a família no processo de adaptação do Sr. Joaquim à instituição, propiciando ao idoso ir passar alguns fins de semana a sua casa ou a casa dos filhos; Propusemos visitas mais assíduas dos filhos sempre que fosse possível; Promovemos o convívio do Sr. J.N. com os amigos que tem fora da instituição.

Discussão e conclusões

Verificámos que o idoso se apresentava num processo de luto patológico onde o risco de rigidificação estava presente. Importava, por isso, uma intervenção que o retirasse de um registo defensivo (Bowlby, 1993), o devolvesse ao grupo e o inserisse numa dinâmica funcional e criativa. O isolamento do idoso desvelava o desencanto das perdas simultâneas e a raiva que elas provocavam; a integração progressiva feita através da construção duma relação de confiança onde os objetivos foram negociados permitiu uma crescente adaptação ao quotidiano do lar.

No final da primeira semana pudemos verificar que:

- o idoso conseguiu estabelecer uma relação mais próxima com as auxiliares do lar;
- se tornou mais disponível com os outros em redor;
- participou em algumas atividades de grupo com os idosos;
- se tornou mais cooperante e integrado;
- as queixas se tornaram menos patentes no discurso.

Três meses depois era frequente ver J.N. com um sorriso aberto em amena cavaqueira com os seus pares do lar, bem como participativo nas atividades da sua preferência.

O estabelecimento duma rede relacional baseada na confiança permitiu uma (re) vinculação ao real e afastou J.N. dum registo onde a pulsão de morte (Freud, 1980; Forest, 2011) parecia ganhar terreno e o desencontro com a realidade ia tomando conta dos dias deste idoso.

A participação atenta, a partir de um diagnóstico cuidadoso de cada situação facilitou a resolução progressiva das múltiplas perdas abruptas (Pommier & Sceller, 2011) que uma institucionalização provoca nos idosos.

Referências bibliográficas

- Bowlby, J. (1993). *Perda*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Forest, (2011). *Mort et seconde mort en psychanalyse*. In *Morte et travail de pensée: Points de vue théoriques et expériences cliniques* (pp 15-34). Toulouse: Editions Érès.
- Fairbairn, R. (2000). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Lisboa: Veja.
- Freud, S. (1980). *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Golse, B. (2001). *Insistir existir. Do ser à pessoa*. Lisboa: Climepsi.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Pinto, J. (2010). *Fronteiras individuais e familiares nos mais adultos*. In *Livro de resumo de Atas das Jornadas sobre os Mais Adultos* (pp.15-20). Coimbra: Formasau.
- Pommier, F. (2011). *La recherche de la mort pour échapper à la contraente*. In *Morte et travail de pensée: Points de vue théoriques et expériences cliniques*. (pp 35-61). Toulouse: Editions Érès.
- Pommier, F. & Scelles, R. (2011). *Introduction*. In *Morte et travail de pensée: Points de vue théoriques et expériences cliniques* (pp 7-12). Toulouse: Editions Érès.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago.

NOTA INTRODUTÓRIA

Nesta secção pretendemos apresentar um conjunto de textos onde tentamos compreender as dinâmicas relacionais dos doentes e/ou das suas famílias. Partimos da abordagem de um modelo de compreensão relacional com o doente hospitalizado, apresentando de seguida três trabalhos com pessoas sujeitas a queimadura. Propusemo-nos estudar o processo de alteração das dinâmicas: familiar, conjugal e individual nestas situações. Construímos também um roteiro potencialmente resolutivo que culmina com a integração da perturbação nas dinâmicas relacionais ou, no contraponto, na cristalização da ocorrência instalando-se, nestes casos, um vivido traumático com desencontro relacional estabelecido.

Por fim apresentamos dois textos de abordagem clínica de vinhetas relacionais com doentes hospitalizados. Partindo destas vinhetas propusemo-nos tentar compreender a hermenêutica de sentidos que o discurso dos doentes pode conter e até mesmo esconder. A compreensão das dificuldades do doente na relação, com a estranheza do hospital e com a ameaça à integridade do eu que a doença grave sempre acaba por instalar, são o propósito destes textos que não deixarão de causar polémica e até contraditório. No entanto sabemos que só assim podemos ir, a para e passo, construindo uma familiaridade com a fala dos doentes hospitalizados e, lentamente, estabelecendo alguns invariantes comunicacionais que serão preciosidades no encontro que se pretende ótimo entre profissionais cuidadores e doentes.

PSICOLOGIA: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR...

INTERVENÇÃO DINÂMICA E COMPREENSIVA COM O DOENTE HOSPITALIZADO

JOSÉ MANUEL PINTO¹⁰

Introdução

A saúde e a doença, enquanto par de opostos, têm assumido um lugar de crescente importância nas preocupações das sociedades desenvolvidas.

A doença, enquanto fenómeno multicausal, desvela uma complexidade temática que envolve quer o biológico quer o psicológico quer o social. Nesta comunicação pretendemos, sobretudo, pontuar os aspetos psicológicos, nomeadamente as ansiedades que podem estar presentes no adoecer e que provocam alterações na dinâmica interativa do doente e nos seus modos funcionais que nem sempre são atendidos ou escutados.

A doença e o doente originam uma teia representacional que importa perceber o melhor possível para, desse modo, se ajudar o doente a minimizar dores evitáveis. Consideramos, por isso, que o doente e o profissional cuidador que dele cuida estabelecem um triângulo relacional/comunicacional cujos vértices são, respetivamente, o doente, o profissional cuidador e as representações que cada um deles estabelece acerca de si e do outro. Achamos também que este triângulo relacional/comunicacional nuclear é contido por **um triângulo relacional alargado** composto pelo doente, pelo profissional cuidador e pela família. Este último triângulo pode, em nosso entender, tornar-se numa pedra angular na recuperação do doente hospitalizado ou, tão somente, quando for bem compreendido, funcionar como um calmante para as dores emergente da ansiedade do doente.

Desenvolvimento humano e doença

O desenvolvimento humano tem como base a coordenação, a complexificação e a diferenciação (Piaget & Inhelder, 1995) que possibilitam uma crescente habilidade e

10 PhD, Professor Coordenador da ESEnfC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

capacidade para cada um se confrontar com os desafios crescentes que se lhes colocam. No entanto, este processo de assimilação/acomodação esbarra com o fenómeno adoecer, no qual o indivíduo se vê confrontado com as suas fragilidades constitucionais e/ou acidentais que o obrigam a reformular, mais ou menos decisivamente, o seu *modus vivendi* e a repensar a estrutura representativa de si mesmo e do seu mundo significativo. A gravidade da doença e o seu bom ou mau prognóstico participam ativamente nesta mudança representacional do doente. O internamento mobiliza ideias e representações de si, dos outros e da doença que se confrontam aqui e agora num verdadeiro teste de realidade que é o adoecer.

Este jogo representacional reativa aspetos referentes à história pessoal do doente e desperta afetos e pensamentos que, até aí, permaneciam inconscientes ou afastados da consciência. A doença, para além do seu componente físico, ativa ansiedades que se revelam, mais ou menos claramente, em cada um dos doentes e que pedem um olhar atento e uma transformação adequada. Importa, então, entender quando e como ocorrem estas ansiedades e se elas constituem um *continuum* ou uma rutura no padrão comunicacional do indivíduo que se vê confrontado com a doença.

Padrão comunicacional do doente: continuidade vs rutura

Os padrões comunicacionais estabelecem-se desde o início da vida extrauterina e têm a sua origem na díade mãe-bebé e na complexa rede de interações que entre si estabelecem. As díades têm, a par da dimensão constitucional, o papel de nos tornar únicos e irrepetíveis. É, por isso, na díade que o bebé ensaia um código analógico e cenestésico (Spitz, 1968) e evolui duma aparente não significação para um padrão dialógico (Spitz, 1968; Leal, 1997) que dá sentido e caracteriza cada ser nos seus matizes relacionais/comunicacionais.

Importa, pois, definir bem como é que o indivíduo doente se relaciona/comunica, qual o seu padrão tímico habitual e qual o seu modo de lidar com a adversidade para aí perceber se o doente está ou não a romper com o seu padrão comunicacional usual. Quando acontece a rutura torna-se claro que o indivíduo se confronta com a doença a nível externo mas, também, com uma situação interna suplementar que trás à tona vividos e impressões antigos e/ou arcaicos que, conjuntamente com a doença, provocam ansiedades mais ou menos realistas. A rutura com o padrão de interação/comunicação usual do indivíduo associa-se a ansiedades que importa referenciar. A partir delas podemos, mais facilmente, perceber alguns comportamentos comunicacionais (Watzlawick et al., 1993) do doente que pode investir, transferencialmente, o profissional cuidador que dele cuida, transformando a relação do aqui e agora, numa outra que pode aparecer descontextuada aos olhos do profissional cuidador se ele não se aperceber do papel transferencial que ocupa. Nesta

situação, só a capacidade de discernir e compreender o duplo papel de objeto intermediário, que permite ao doente fazer a ponte entre o seu mundo interno desvelado e o mundo externo adverso e/ou estranho da hospitalização e que, por outro lado, se revela transformador do espaço comunicacional. Este espaço nascente possibilita ao doente um sentimento de ser/estar contido que o alivia e se torna facilitador duma relação empática crescente entre o doente e o profissional cuidador que estabelece um triângulo relacional nuclear.

Triângulo relacional nuclear

A doença cria, então, entre o doente e o profissional cuidador um espaço privilegiado de interação constituindo-se um triângulo relacional nuclear cujos vértices se compõem, respetivamente, pelo doente, pelo profissional cuidador e pelas representações de si e do outro que cada um dos elementos cria. O profissional cuidador é a pedra angular deste triângulo por deter um papel de potencial transformador da angústia emergente no doente. Cabe-lhe, por isso, a escuta do doente e a caracterização da modalidade de ansiedade predominante, no aqui e agora comunicacional. A sua verbalização cuidada e amistosa pode abrir caminho a um entendimento crescente entre o profissional cuidador e o doente e, deste modo, facilitar o esbatimento da revolta e/ou do negativismo que, muitas vezes se instala na relação entre o doente e o profissional cuidador e que leva a juízos de valor mutuamente desqualificantes. A compreensão e a transformação da ansiedade permitem, por seu lado, um reenquadramento da representação individual e espacial (leia-se Hospital, profissionais de saúde, a envolvimento do internamento, etc) e uma abertura e cooperação crescentes baseadas numa postura de verdade relacional.

A dinâmica comunicacional estabelecida neste triângulo relacional nuclear tem como fonte esclarecedora o profissional cuidador. O triângulo relacional alargado constituído pelo doente, pela família e pelo profissional cuidador que dele cuida.

Triângulo relacional alargado

É, pois, neste triângulo que o profissional cuidador pode compreender e caracterizar melhor as ansiedades presentes. Pode também esclarecer como é que a família ecoa (Leal, 1997) as ansiedades emergentes. Podemos distinguir as três modalidades de uso da ansiedade nas famílias:

1. A negação da ansiedade que consiste, sobretudo, num padrão comunicacional baseado em para-respostas e na omissão das questões delicadas relativas à doença e ao seu prognóstico. Este padrão é tanto mais utilizado quanto pior for o prognóstico da evolução da doença.

2. A fuga à situação de ansiedade que consiste num padrão de comportamento agido, que leva ao evitamento do contacto com o doente como forma de controlo da ansiedade emergente no cuidador e no doente.
3. O confronto e transformação da ansiedade que radica no estabelecimento dum padrão comunicacional, onde o doente pode verbalizar a sua ansiedade e esperar do interlocutor respostas reasseguradoras que não escondam a verdade e que, ao mesmo tempo, não remetam o doente para um estado depressivo sem saída.

É, também, no contexto do triângulo alargado que o profissional cuidador poderá investigar acerca da modalidade comunicacional corrente do doente noutras situações de vida e perceber se, o internamento constituiu para o doente uma rutura ou uma continuidade na abordagem e relação com as situações adversas da vida. O profissional cuidador, também deverá fazer a recolha de uma boa história de vida do indivíduo doente, pois, ela facilitará o entendimento da doença no percurso individual. Esta recolha pode e deve ser feita junto dos familiares e do próprio doente quando for possível. Estes dados darão uma visão mais global do doente e poderão facilitar a caracterização da modalidade de ansiedade dominante, no aqui e agora do internamento.

A caracterização da ansiedade

A ansiedade tem um papel sinalizador importante para o indivíduo, pois, anuncia o perigo. Funciona, então, como resposta às estimulações do mundo externo e socorre-se, para a discriminação dos perigos, do aparelho perceptivo-mnésico. Este, a partir dos traços mnésicos armazenados decorrente de precipitados de vivências e impressões prévias, qualifica o grau de perigo implícito em cada situação externa. Decorre, ainda, do mundo interno e das sensações emergentes da esfera pulsional.

Mas o que é a ansiedade?

Freud (1974) na conferência XXXII considera a ansiedade um estado afetivo. Distingue-a em ansiedade realista e ansiedade neurótica. Define a primeira como «um estado de atenção sensorial e tensão motora aumentadas (...) de preparação para a ansiedade (*idem*, p. 104). Esta pode limitar-se a um sinal, havendo adaptação à situação ou à fuga ou pode tornar-se ansiedade neurótica quando, em novas situações, predomina a antiga situação, gerando-se mais ansiedade «caso em que o estado afetivo se torna paralisante e será inadequado aos propósitos atuais» (*idem*, p. 104).

A ansiedade neurótica, decorrente desta inadequação observa três condições:

1. «encontramo-la na forma livre flutuante, um estado de apreensão difusa, pronta a vincular-se temporariamente, sob a forma do que se conhece como “ansiedade expectante”, a qualquer possibilidade que de imediato possa surgir» (*idem*, p. 104).
2. «encontramo-la firmemente vinculada a determinadas ideias, nas chamadas fobias, em que ainda é possível reconhecer uma relação com o perigo externo, nas quais porém, devemos considerar que o medo é exagerado, desproporcionado» (*idem*, p. 104).
3. Existe ainda um outro tipo de ansiedade que se faz acompanhar de «sintomas ou surge independentemente como ataque, ou como estado mais persistente, mas sempre sem base visível num perigo externo» (*idem*, p. 104).

O autor preconiza que a ansiedade evolui da expectativa ansiosa e se torna mais e mais desligada da realidade externa, à medida que se formam sintomas e/ou aparecem em forma de ataque histérico.

Melanie Klein (1991), por seu lado, estudou as fases iniciais da vida e destacou que as ansiedades não só eram reveladoras do mundo interno do indivíduo como também preconizou que o colorido das mesmas variava com o processo de desenvolvimento. Defendia, então, dois tipos de ansiedade:

A ansiedade persecutória

Caracteriza-se pelos intensos mecanismos de projeção que expõem para o mundo externo a inveja e a raiva e por consequência, convertem o espaço externo num ameaçador da integridade do *ego*. Desta forma, o mundo objetal torna-se perseguidor do próprio indivíduo e obriga-o a utilizar massivamente, uma defesa contra o exterior. Tal movimento, se usado excessivamente, impede o normal processo de vinculação e identificação ao mundo objetal retendo o indivíduo num mundo onde as fantasias têm um colorido ameaçador que o impedem de aprender com o mundo por não possibilitarem a identificação ao mesmo.

A ansiedade depressiva

Caracteriza-se pelo temor que o indivíduo tem de, com a sua raiva ter destruído os objetos de amor que, entretanto, atacou (muitas vezes na fantasia). Agora o risco parece não ser tanto o temor da destruição do sujeito, mas o medo do desamparo provocado pelo medo dos efeitos da sua inveja e raiva sobre os objetos de relação. No

início da posição depressiva, esta modalidade expressiva de angústia pode alternar com a modalidade anteriormente descrita podendo verificar-se, alternadamente, períodos em que as ansiedades são persecutórias e outros em que são depressivas. Nesta fase verificam-se, por isso, profundas alterações de humor onde alternam momentos disfóricos de um desânimo profundo e momentos eufóricos onde existe uma sensação de controlo da realidade e/ou impermeabilidade ao mundo externo.

Winnicott (1993) referiu-se à existência de uma agonia primordial no período neonatal que esperava um meio ambiente suficientemente bom e responsivo às necessidades do bebé. Quando se verifica um fracasso materno na «técnica do manejo e do cuidado infantil» (*idem*, 1993, p. 276) onde se torna notória a falta de sintonia entre a mãe e o bebé pode ocorrer uma lacuna no desenvolvimento emocional primitivo que obriga o bebé a esconder o seu *ego* primitivo impossibilitando, desse modo, o movimento de integração crescente do mundo e dum espaço de fantasia necessário à criação de da área de ilusão definida como uma «experiência que o bebé pode tomar ou como alucinação sua ou como algo que pertence à realidade externa [e que lhe permite, progressivamente,] (...)construir uma capacidade de evocar o que é realmente disponível» (*idem*, p. 279) e estabelecer o encontro entre o desejo alucinado e a realidade presente. Quando este movimento não acontece o bebé retrai-se, esconde o seu *ego* primitivo e troca-o por um falso *self* dócil e submisso que teme ser aniquilado e que se reativa sempre que a realidade se mostrar adversa, como acontece em situações de doença.

Houzel (1998) defendeu que, no início da vida extrauterina o bebé vive «uma relação de desejo na qual ele será inevitavelmente lançado pelo seu objeto» (*idem*, p. 362). Quando este desejo não se faz, por incompetência, negligência ou depressão o bebé fica retido num gradiente de atração, violento, destrutivo, sem retorno, sem reciprocidade, sem mutualidade no qual «o objeto vampiriza aí o sujeito, que se encontra completamente alienado [numa relação que] (...) é como esses buracos negros que descrevem os astrofísicos, que absorvem toda a matéria e toda a energia que cai no seu campo gravitacional» (*idem*, p. 362) deixando-o refém duma ansiedade de precipitação na qual o bebé se sente lançado num precipício sem fundo, que o devolve a uma destruição certa.

Logo, no início da vida, a relação diádica exige uma cartografia dinâmica onde se inscrevam modos de relação que vinculem o sujeito aos objetos e o retirem da destrutividade pulsional original. Para este movimento poder acontecer são necessárias experiências de mutualidade, que se transformem em traços mnésicos reasseguradores, aos quais possa recorrer, pela vida fora, nas situações mais adversas.

Bowlby (1990) defende que o bebé nasce com uma preferência pela figura feminina estreitando-se esta tendência tanto mais quanto maior for a sensibilidade dessa figura para responder aos seus sinais comportamentais. Embora, no início, ele utilize padrões

motores pouco mais elaborados que um padrão fixo de ação verifica-se já aí «uma discriminação orientada para alguns estímulos auditivos, visuais, tácteis e cinestésicos provenientes da voz humana» (Bowlby, 1990, p. 384). O contacto privilegiado com a mãe favorece a reciprocidade relacional e o estabelecimento de padrões de comportamento que realçam o papel dos cuidados maternos. Assim os padrões de apego são tanto mais fortes quanto maior for:

- a sensibilidade dessa figura para responder aos sinais do bebé;
- a quantidade e a natureza da interação entre os componentes do par;
- o prazer mútuo que a mãe e o bebé sentem na companhia um do outro.

No reverso, verifica-se que uma vinculação ambivalente ou ansiosa gera perturbações na díade e estabelece um padrão inseguro de relação que se torna evidente em situações de separação como nos parece ser a situação de hospitalização. Bowlby (1993), baseando-se nas descrições de Robertson, descreve uma sequência que vai do protesto intenso ao desespero e ao desapego nas crianças sujeitas a processos de separação e acrescenta que «o medo de ver-se separado contra a vontade de uma figura protetora [acontece] em qualquer fase da vida. [Considera-o] (...) uma resposta instintiva diante de um indicador natural (...) de perigo» (*idem*, p. 97). O autor defende que, face ao perigo, utilizamos várias formas de comportamento nomeadamente:

- a imobilização;
- uma distância crescente do objeto;
- a proximidade crescente de um objeto protetor.

A ansiedade gerada pela separação da figura de apego, em qualquer idade, causa sempre resposta quer seja no contacto quer seja na recusa ao mesmo que se revela sempre intenso e apela ao estabelecimento de novas relações de suporte que tranquilizem o indivíduo sob o risco deste procurar modalidade mais primitivas de funcionamento e/ou um alheamento progressivo da relação.

A ansiedade, a doença e o cuidado

A ansiedade pode, então, ser entendida como uma resposta afetiva cujo espectro vai do protesto ao desapego, do evitamento ao sentimento de diluição e destruição.

Importa, então, que face ao doente, se reconheça que tipo de ansiedade está presente no aqui e agora do internamento para, através desse reconhecimento, se estabelecer uma relação de mutualidade necessária e estruturante.

Face à doença podemos definir dois grandes grupos de indivíduos:

1. Os que mantêm o seu padrão comunicacional;
2. Os que fazem ruturas que provocam o retorno a forma mais arcaicas de comunicação e a modos expressivos de ansiedade mais ou menos intensos.

Quanto mais intenso for o retorno, mais arcaica será a ansiedade manifesta. Cada uma destas modalidades ansiosas apela a um padrão expressivo que seja sensível e vá ao encontro do temor do doente e que funcione como um *holding* que o não deixe entregue a um desamparo destrutivo e sem saída.

As situações vivenciais do doente pedem transformação e esperam do profissional cuidador um estar atento. É nosso entendimento que, uma postura compreensiva e transformadora só na aparência aumenta o trabalho ao técnico, pois, a empatia e a mutualidade facilitam o dia-a-dia do triângulo relacional nuclear.

Muitas vezes, o profissional cuidador sente no doente uma certa zanga ou hostilidade que pode, por exemplo, ir até ao urinar ou defecar na cama sem causa biológica justificativa. A resposta poderá ser mais azeda e/ou repreensiva, mas um olhar diferente poderá levar o profissional cuidador questionar o motivo do doente para este comportamento hostil. Que desencontro terá havido entre eles? O que terá originado tamanha zanga que fez, pontualmente o doente retornar a um patamar de funcionamento sádico-anal? Qual a causa de tal protesto?

Descobrir estas respostas será, indubitavelmente o início de um enleio relacional onde, decerto a criatividade substituirá a agressividade e o sadismo, porque a relação em si se tornou criativa e mutual.

Ilustração

Uma enfermeira conta-me emocionada como tinha lidado com uma situação difícil, a partir desta perspetiva dinâmica e compreensiva.

Após a visita dos familiares, um doente com uma neoplasia no pâncreas debate-se com uma ansiedade visível, também visível nas duas filhas e na esposa. A morte espreitava e a profissional ousou perguntar ao doente se ele estava com medo de morrer. Ele respondeu-lhe que não tinha medo de morrer, mas sim do desamparo que sentia. A profissional decidiu escutá-lo e sentiu a ansiedade do doente a ceder progressivamente até que ele próprio lhe disse que estava bem, que ela podia ir...

Aqui cruzaram-se a ansiedade face à separação e a ansiedade face à proximidade da morte, negada pelo doente mas vivida no temor do desconhecido (estar sozinho). A escuta e a transformação puderam contê-las a um nível já tolerado pelo doente que assim deixou ir...

Conclusão

A transformação das ansiedades emergentes no aqui e agora facilita a comunicação e tranquiliza os participantes nos triângulos comunicacionais criados com a hospitalização. Esta não será uma panaceia, mas uma postura a cultivar que facilitará o aparecimento dum novo espaço relacional/comunicacional, que, mesmo em situações adversas, facilitará o profissional a disponibilizar-se ao doente como objeto intermediário e transformador da ansiedade emergente mesmo em situações que incluam a presença próxima da morte e peçam um espaço que contenha o doente na sua caminhada para...

Referências bibliográficas

- Bowlby, J. (1990). *Apego*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993a). *Separação, angústia e raiva*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993b). *Luto, tristeza e depressão*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Freud, S. (1974). *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Houzel, D. (1998). La valeur structurante du conflit. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 46 (7-8), 361-365.
- Klein, M. (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Leal, M. R. (1997). *A grupalíse, processo dinâmico de aprendizagem*. Lisboa: Fim de Século.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1995). *A psicologia da criança*. Porto: Asa.
- Spitz, R. (1968). *De la naissance a la parole, la première année de la vie*. Paris: P.U.F..
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1993). *Pragmática da comunicação humana*. S. Paulo: Cultrix.
- Winnicott, D. (1993). *Da pediatria à psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.

PSICOLOGIA: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR...

A IMPORTÂNCIA DA COMPONENTE RELACIONAL NO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: A PERSPETIVA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM¹¹

JOSÉ MANUEL PINTO¹²

ANA PAULA CAMARNEIRO¹³

PAULO QUEIRÓS¹⁴

Introdução

A relação estabelecida entre os estudantes de enfermagem e os doentes hospitalizados apela a uma supervisão atenta onde os estudantes possam integrar os conteúdos teóricos necessários à compreensão implícita e explícita dos doentes. A descodificação da comunicação apela ao conhecimento do ser humano e à sua *démarche* desenvolvimental. Só compreendendo e enquadrando a comunicação dos doentes, se poderá compreender de forma lata o que é dito e o que é escondido na comunicação com eles. A presente investigação tem por base recolher, através de um questionário semiestruturado, o que os estudantes consideram mais importante das sessões da Componente Relacional, no âmbito do ensino clínico de Fundamentos de enfermagem. Os achados foram trabalhados através da categorização de Bardin (2013) e deles resultaram seis categorias de respostas que envolvem a dimensão cognitiva e a relacional. O conhecimento necessita do reconhecimento relacional e é neste contexto que se estrutura a relação terapêutica onde doente e estudante podem criar uma área de encontro que responde à necessidade do doente (sentir-se compreendido) e à do estudante (confirmar a sua ação).

11 Comunicação apresentada no Congresso de Supervisão em Enfermagem: novas perspetivas para a mudança. Braga, no dia 12 de outubro de 2012.

12 PhD, Professor Coordenador da ESEnFC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

13 PhD, Psicóloga, Professora Adjunta da ESEnFC.

14 PhD, Professor Coordenador da ESEnFC, Enfermeiro, Pós-doutorando do ICBAS-UP.

Enquadramento

A componente relacional do ensino clínico em Enfermagem é presentemente trabalhada em seminários onde os estudantes trazem situações relacionais da sua prática clínica e/ou situações vivenciais próprias suscitadas pela exposição aos contextos de ensino clínico.

Teoricamente, as situações relacionais apresentam-se sem referente prévio, tendo o estudante que responder aos doentes. Isto pode fazê-los sentir, muitas vezes, constrangidos e/ou bloqueados por ficarem sem resposta e/ou perturbados por uma qualquer familiaridade da história evocada (Bion, 2004a, 2004b; Pinto, 2004) costuma ser a resposta habitual a esta dificuldade e está presente quer em respostas motoras (saída do campo relacional) quer em para-respostas à situação (desvio da conversa ou a desvalorização do que foi dito pelo doente) que servem mais como tentativa de tranquilização da inquietude do estudante do que como resposta às necessidades relacionais do próprio doente.

Ao questionar os estudantes podemos iniciar a co-construção de um modelo de compreensão e de intervenção, respondendo à área de encontro por eles reconhecida no âmbito das sessões da Componente Relacional.

Objetivos

No presente estudo pretendemos saber:

- (1) Quais são os aspetos da Componente Relacional que os estudantes consideram mais importantes;
- (2) Categorizar conceptualmente os aspetos considerados mais importantes da Componente Relacional.

Metodologia

Fizemos um estudo qualitativo a partir de um questionário de satisfação semiestruturado onde os alunos descreviam os aspetos que consideravam mais importantes na componente relacional.

Tratámos os achados através da metodologia de categorização de Bardin (2013).

Apresentação de resultados

Os resultados mostram-nos seis grandes categorias de respostas que apontam para (Tabela 1):

1 - Aspectos cognitivos: Esclarecimento/Clarificação; Reflexão/discussão; Transformação.

2 - Aspectos relacionais: Partilha; Suporte.

Os aspetos cognitivos mostram a necessidade dos estudantes clarificarem e saberem como lidar com a complexidade em que radica a comunicação singular de cada doente:

“Esclarecer dúvidas em como lidar com os doentes” (E1);

“Perceber como reagir com as situações (...) que são difíceis de lidar” (E3).

o seu modo de falar através do dito e do não dito:

“Compreender a pessoa doente e a sua atitude” (E2).

A reflexão/discussão possibilita uma abertura do campo conceptual onde o conhecimento se entrecruza com o experienciar da prática clínica e torna claro o que até aí não passava de um amontoado teórico que se “tinha que aprender”. A confrontação com os enigmas comunicacionais, presentes na comunicação com o doente, estabelece, então, uma ponte entre teoria e prática que sossega e estimula os estudantes:

“reflexão de situações mais marcantes no E.C.” (2);

“Pensar nas nossas ações” (6);

“é o único momento em que discutimos os aspetos comportamentais das pessoas com que lidamos” (15).

Por outro lado, este espaço de reflexão possibilita a passagem da ação infundada (*acting-out*) - onde predomina a angústia latente ou manifesta - para uma ação fundada nas aprendizagens teóricas agora consolidadas na prática clínica.

A transformação realizada em sala possibilita ultrapassar as dificuldades sentidas pelo perceção de novos sentidos e técnicas comunicacionais e relacionais a estabelecer:

“Ajuda-me a ultrapassar dificuldades que sentimos durante o estágio”(8);

“Conseguir transpor os conhecimentos adquiridos para a prática de enfermagem”(14);

“O professor faz-me entender que tipos de questões deveríamos ter feito naquele momento”(19).

Os aspetos relacionais têm por base, em nosso entender, a confiança¹⁵ estabelecida entre o professor e os estudantes, posteriormente vertida na relação estabelecida entre o estudante e os doentes.

A partilha estabelecida gera momentos de escuta e de expressão onde a relação se torna momento chave de aprendizagem por envolver os participantes num vivido em que dificuldades similares são expressas e partilhadas por um ou mais elementos presentes:

“Partilhar e ouvir experiências dos colegas” (1);

“Ouvir as situações relatadas” (20).

Esta partilha só pode acontecer na presença de um suporte claro e efetivo às dificuldades sem existência de qualquer avaliação e/ou julgamento.

O suporte facilita a construção duma relação que torna possível reconstruir a realidade:

“Contar com um psicólogo para partilhar experiências (3);

“O Professor conseguir fazer-nos entender o que se passa com as realidade que vivemos em estágio (...)” (4);

“Falar com quem percebe o que está subentendido nas palavras e comportamentos dos doentes” (4);

“O Professor contribuir com alguma fundamentação teórica” (13).

15 O conceito de confiança básica foi desenvolvido por Erikson (1971, 1972, 1998) e consistia numa relação de confiabilidade na relação com as figuras cuidadoras que confirmariam o sujeito como indivíduo com a sua paleta de emoções e afetos, expressos a cada momento.

Tabela 1 – Categorias, subcategorias e indicadores do questionário de satisfação semiestruturado feito aos alunos

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Esclarecimento/ Clarificação (1, 10, 14, 16, 17, 18, 20)	Esclarecer dúvidas; compreender a pessoa doente	“Esclarecer dúvidas em como lidar com os doentes” (1) “Compreender a pessoa doente e a sua atitude” (2) “Perceber como reagir com as situações (...) que são difíceis de lidar” (3)
Partilha (1, 3, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20)	Partilhar/escutar experiências	“Partilhar e ouvir experiências dos colegas” (1) “Ouvir as situações relatadas” (20)
Reflexão/discussão (2, 6, 15, 16, 20)	Refletir e discutir situações de E.C.	“reflexão de situações mais marcantes no E.C.” (2) “Pensar nas nossas ações” (6) “é o único momento em que discutimos os aspetos comportamentais das pessoas com que lidamos” (15)
Suporte (3, 4, 7, 12, 13, 14, 16)	Conter os estudantes nos conteúdos partilhados	“Contar com um psicólogo para partilhar experiências (3) “O Professor conseguir fazer-nos entender o que se passa com as realidade que vivemos em estágio (...)” (4) “Falar com quem percebe o que está subentendido nas palavras e comportamentos dos doentes” (4) “O Professor contribuir com alguma fundamentação teórica” (13)
Orientação (3, 5, 7, 8, 9, 15, 16, 17, 19, 20)	Orientar para a compreensão e intervenção	“Saber como atuar em situações difíceis” (3) “Perceber como reagir com as situações (...) que são complicadas de lidar”(5) “Permite-me ver as minhas ações numa perspetiva diferente (...)” (7) “ “Estas sessões permitem-me melhorar alguns aspetos na minha forma de saber ser e de saber estar em E.C.” (16)
Transformação (8, 12, 14, 19)	Transformar o modo de ação	“Ajuda-me a ultrapassar dificuldades que sentimos durante o estágio”(8) “Conseguir transpor os conhecimentos adquiridos para a prática de enfermagem”(14) “O professor faz-me entender que tipos de questões deveríamos ter feito naquele momento”(19)

Em síntese podemos afirmar que conhecimento e relação, na sua pluralidade categorial, possibilitam um reenquadramento da relação doente-estudante, baseada no conhecimento, agora integrado na prática clínica.

Discussão

Os Seminários da Componente Relacional mostram como as dificuldades e as dúvidas estão bem presentes nos estudantes do 2º Ano em Ensino Clínico e estão de acordo com o que é relatado por Armelin et al., (2005). Do processo relacional estabelecido resulta uma transformação de aspetos emocionais e sensório-motores em conteúdos cognitivos facilitadores da perceção e conseqüente transformação das angústias (do doente e dos estudantes).

As dúvidas apresentadas revelam a complexidade relacional implícita no contacto estudante ↔ doente e apelam por isso, à partilha, à reflexão e à transformação das angústias manifestadas em espaço contido.

A relação de confiança é, pois, fundamental para facilitar a partilha. Só com ela se pode alicerçar o processo de abertura a qualquer diálogo. É comum verificar-se, no início dos seminários, uma reserva que, progressivamente se vai transformando numa partilha envolvida dos estudantes onde a participação se generaliza. Os receios parecem dar lugar à curiosidade e à descoberta de novas perspetivas para a prática relacional. A possibilidade de partilha dos temas apela, pois, à abertura e confiança dos estudantes no espaço onde esta acontece. A relação de confiança básica, por seu lado, possibilita em termos processuais a reflexão, o suporte, a orientação e a transformação dos conteúdos expressos (verbais e não verbais).

Anzieu (1994; 1995) considerava a contenção como um dos alicerces desenvolvimentais do bebé e Bion (2004a; 2004b) considerava a função continente como elemento central do processo de pensamento entendendo-a como um invólucro capacitante de progressivas integrações mentais do indivíduo e, também, como um contentor dos movimentos dispersivos mentais que ocorrem sempre que as rotinas sofram uma qualquer rutura¹⁶. Este processo volta a estar presente sempre que o sujeito esteja presente a uma situação para a qual sinta não ter resposta adequada, podendo levá-lo a distorcer e/ou interromper a comunicação, instalando-se o já referidos *acting-outs* que

16 A comunicação do doente contém, muitas vezes, uma rutura na continuidade do existir (Winnicott, 2000) ou consistir mesmo num «ponto de rutura potencial» (Dewald, 1989, p.62) expressa na descontinuidade entre os discursos expressos e o registo de medos e necessidades/desejos internos do doente ou mesmo do próprio estudante em situações limite ou de evocação dolorosa da sua própria história.

afastam os interlocutores numa área criativa de encontro, essencial, em nosso entender (Pinto, 2002, 2003, 2004), para tranquilizar e capacitar, respetivamente o doente de que alguém o entende e percebe na sua dor e o estudante que se pode sentir mais capaz e atuante com o doente.

Os movimentos regressivos provocados pelo internamento do doente e pelo processo de separação abrupta das suas figuras de suporte (Bowlby, 1993a, 1993b) e dos seus pertences mais queridos, origina, muitas vezes, a instalação dum espaço relacional onde os conteúdos associados ao medo e à angústia emergem, apelando a uma contenção e transformação (Dias, 2010) dos mesmos. A construção desse padrão de relação participa decisivamente na criação duma área de confiabilidade doente-estudante, ajudando a diminuir angústias no doente e facilitando um maior conforto ao tornar o espaço mais familiar¹⁷.

Conclusão

Os aspetos cognitivos e relacionais permitem a integração dos conteúdos teóricos na sua prática clínica, nomeadamente, os conteúdos aprendidos na disciplina de psicologia do desenvolvimento. O desenvolvimento da confiança na partilha possibilita o relato de vivências com os doentes onde os aspetos dispersivos tenham predominado. Esses conteúdos podem então ser suportados e transformados por via da clarificação dos aspetos manifestos e/ou latentes presentes nos mesmos. O processo de transformação da comunicação e dos seus sentidos facilita uma nova possibilidade de orientação da comunicação entre o doente e os estudantes. Esta comunicação terapêutica tem por base os conteúdos teóricos aprendidos assim como o método de aplicabilidade na prática clínica.

Referências bibliográficas

Anzieu, D. (1994). *Le penser, du moi peau au moi penser*. Paris: Dunod.

Anzieu, D. (1995). *Le moi peau*. Paris: Dunod.

Armelin, C., Wallau, R., Sarti, C., & Pereira, S. (2005). Comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15 (2), 45-54.

17 Este processo tem por base os resultados obtidos por Bowlby (1993a, 1993b) que relatavam uma diminuição da angústia em situações estranhas sempre que as crianças estavam acompanhadas por figuras familiares. A familiarização da figura do cuidador, assente na confiança criada na relação com ele é, então, não uma panaceia geral mas um garante de melhoria relacional e, também, de melhoria emocional do doente.

- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Coimbra: Almedina.
- Bion, W. (2004a). *Elements de psychanalyse*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. (2004b). *As Transformações. Mudança do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993a). *Separação, angústia e raiva*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993b). *Luto, tristeza e depressão*. S. Paulo: Martins Fontes Editores.
- Dewald, P. (1989). *Psicoterapia: uma abordagem dinâmica*. Porto Alegre: Artmed.
- Dias, A. (1997). *Tabela para uma nebulosa: Desenvolvimentos a partir de Bion*. Lisboa: Fim de Século.
- Dias, A. (2010). *Teoria das transformações*. Coimbra: Almedina.
- Erikson, E. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise, la quête de l'identité*. Paris: Flammarion.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koponen, J., Pyörälä, E., & Isotalus, P. (2010). Teaching interpersonal communication competence to medical students through theatre in education. *Communication Teacher*, 24 (4), 211-214.
- Pinto, J. (2002). A fase pubertária: Da não-integração ao projeto de realização pessoal. *Referência*, 4, 17-29.
- Pinto, J. (2003). *Adolescência e escolhas*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, J. (2004). *Adolescência e funções grupais: Análise das funções nos grupos adolescentes*. Dissertação apresentada no concurso para Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Portugal.

PSICOLOGIA: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR...

ALTERAÇÕES DA DINÂMICA FAMILIAR COM DOENTE SUJEITO A QUEIMADURA: REVISITANDO OS ACHADOS

JOSÉ MANUEL PINTO¹⁸
LUÍS MIGUEL MONTINHO¹⁹
PEDRO RICARDO GONÇALVES²⁰

Introdução

A queimadura num dos membros da família coloca, inequivocamente, em marcha uma mudança, definitiva ou transitória, no dia-a-dia da pessoa queimada. Provoca também alterações no sistema familiar, apelando a uma reorganização do sistema familiar e das suas dinâmicas relacionais, onde papéis e funções são questionados. Esta mudança accidental provoca desorganização (temporária ou definitiva) e exige uma reestruturação, de forma a encontrar novas funcionalidades e limites no sistema familiar.

A família enquanto sistema em mudança, está sujeita à doença num dos seus membros o que afeta o equilíbrio familiar (Weingarten, 2013), obrigando-a a movimentos de reorganização internos e externos que podem instalar uma crise na sua dupla valência resolutive ou problemática. A dinâmica familiar necessita duma dinâmica de casal que seja não só funcional, mas também comprometida, para se prover um melhor bem-estar da família sujeita à situação de doença, através da clareza dos limites e das permissões, por um lado e duma clara função executiva (Minuchin, 1990) que funcione como fator tranquilizador para a família sujeita à angústia da doença do seu membro. Neste sentido, a construção de um “nós” parece facilitar uma melhor aceitação da situação instalada.

A aprendizagem diádica permite perceber como uma pessoa reage aos sinais de *stress* de outro. Esta aprendizagem comum, onde os casais se pensam em termos de um “nós”,

18 PhD, Professor Coordenador da ESEnfC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

19 Enfermeiro no Serviço de Neurologia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

20 Enfermeiro no Serviço de Neurocirurgia 1 dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

com as duas pessoas vendo-se como responsáveis comprometidos na manutenção do relacionamento e da gestão compartilhada do seu esforço parece estar associada a um maior bem-estar no relacionamento, apesar das tensões de lidar com a doença (Acitelli & Badr, 2005; Skerrett, 2003), possibilitando uma dinâmica familiar aonde se estenda este bem-estar (Long, Marsland, 2011).

O sistema familiar

A família, enquanto sistema, é uma entidade complexa e capaz de auto-recursividade podendo engendrar-se e adaptar-se sucessivamente em situações de crise. Por definição a família pode ser entendida como «um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspectiva holística pode ser corretamente compreendida» (Relvas, 2000, p. 10) ou como «um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados.» (Alarcão, 2000, p. 37).

Minuchin (1990) considera a família como um sistema aberto em transformação que se adapta às exigências do seu ciclo vital. Por isso, o grau de abertura varia conforme o momento e as vivências da família que, ora apelam a uma maior atenção da família sobre si própria ora se orientam no sentido da abertura familiar ao meio circundante.

A estrutura da família – conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a maneira pela qual os membros da família interagem – é idêntica a qualquer sistema sociocultural aberto e sujeito a transformações internas e/ou externas. Ela adapta-se, às circunstâncias, de maneira a manter a continuidade e garantir a integração psicossocial dos seus membros.

A família, enquanto matriz de desenvolvimento psicossocial dos seus membros, possibilita a emergência duma identidade familiar e origina vivências de relações afetivas profundas; por outro lado, sendo um grupo institucionalizado e estável permite a continuidade duma cultura familiar/social, a acomodação e a transmissão dessa cultura (Alarcão, 2000; Minuchin, 1990).

A família em mudança

A família é um sistema vivo que adequa os seus limites através das regras estabelecidas que definem mais ou menos claramente as áreas de permissão e/ou interdição. A família engendra-se e orienta-se a partir delas definindo funções aos seus membros. Em situações de crise estes limites definidores têm que ser reestruturados e podem, então,

alterar-se sempre que a tensão originada – quer por mudanças no interior da família (intrassistémicas: o nascimento dos filhos, o seu crescimento até à separação, um luto, um divórcio, um acidente, etc...) quer no exterior (interssistémicas: transferências, modificações do ambiente ou das condições de trabalho, mudanças profundas ao nível dos valores, etc.) – se repercute no sistema de funcionamento familiar e exija um processo de adaptação dinâmica, isto é, uma transformação constante das interações familiares capazes de manter a continuidade da família por um lado, e de consentir o crescimento dos seus membros por outro (Andolfi, 1981).

De acordo com Relvas (2000), ao falarmos em família destacamos as noções de tempo e de mudança. O tempo associa-se às tarefas do desenvolvimento da família, aos marcadores das respetivas fases, aos diversos momentos estruturais que, progressivamente, implicam a família em diferentes papéis e posicionamentos (intra e extrafamiliares).

A mesma autora, ao citar Ilya Prigogine, refere que a família está sujeita a permanentes flutuações, vivenciando alterações qualitativas do seu funcionamento. Se as mudanças ocorrem no dia-a-dia o seu gradiente é, no entanto, variável. Estas podem, quer pela sua intensidade e imprevisibilidade quer pelas suas implicações na vida das famílias, tornar-se irreversíveis emergindo um novo padrão funcional organizado. As mudanças são marcadas pelo ciclo vital e pelas ocorrências acidentais, que sujeitam a família a mudanças estruturais e/ou transacionais. Quando a intensidade das mudanças é estrutural estas designam-se como mudança tipo 2, isto é, correspondem a momentos de crise familiar, que implicam maior *stress* (Watzlawick, 1981). Estes momentos coincidem com uma maior probabilidade de novas adaptações ou a instalação de transações disfuncionais na família.

Contrariamente a uma máquina que se avaria e cuja resolução se baseia na substituição da peça, a família necessita encontrar um novo estágio de equilíbrio através de novas modalidades transacionais.

Neste sentido, um acidente com queimaduras mais ou menos graves num elemento da família, obriga-a a reequacionar os seus padrões relacionais, no sentido de se adaptar à nova realidade do seu membro afetado, como a seguir veremos.

O impacto da doença no equilíbrio da família

A doença não se limita apenas ao órgão em questão (a pele, o coração, o fígado, etc.), pois é a pessoa, enquanto subsistema individual, que está doente. Embora vivamos em corpos singulares, a doença torna visível que esta torna inteligíveis processos contínuos

de negociação social (Weingarten, 2013) dentro da família. Esta também submerge na experiência dolorosa da doença, assim como os amigos, companheiros e vizinhos podem sentir a angústia da doença. O problema individual torna-se também sofrimento e dor que perturbam as transações familiares. A família, como tal, não é a mesma antes, durante e depois da doença. Se uma família se transforma ao longo do tempo, se adapta e reestrutura, pode, não obstante, responder ao *stress* de desenvolvimento, aderindo inadequadamente a esquemas estruturais prévios (Minuchin, 1990).

O aparecimento da doença coloca à prova o equilíbrio anterior da família. A nova realidade pode transformá-la numa “família doente” (Bonilla, 1989), dependendo sempre da sua estrutura anterior, do momento evolutivo da história familiar, do membro afetado pela doença, da gravidade e tipo do processo patológico e das crenças à volta dessa doença que altera e obriga a uma partilha de tarefas sobretudo nos períodos críticos (Long & Marsland, 2011).

Debatem-se duas realidades: o doente (subsistema individual), com as suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, e o sistema familiar com rotinas e exigências novas que apelam a novas modalidades de resposta.

A família pode aceitar as exigências e limitações impostas pela doença, tornando-se um catalisador do processo curativo, isto é, pode estabelecer um ambiente acolhedor e transformativo capaz de libertar possíveis tensões e conflitos internos do doente e da família, incrementando um maior sentimento de pertença entre os membros da família.

Por outro lado, qualquer perda real ou fantasmática implica uma elaboração ou uma cristalização. A família tem como finalidade aceitar a realidade da situação de doença e construir modalidades relacionais adequadas e funcionais onde estejam presentes áreas de complementaridade de funções e áreas de simetria que permitam que o doente se sinta igual e ativo na família. O apoio social tem provado ser importante em várias condições crónicas (Stroud, Turner, Jensen, & Cardenas, 2006). A existência de suporte social evidencia que os pacientes se recuperam mais rapidamente de uma doença ou lesão e mostram melhor adaptação psicológica à sua doença, e são mais implicados em comportamentos mais saudáveis (Berg et al., 2008; Blazquez & Alegre, 2013).

Um compromisso menor ou inexistente familiar com o doente e a sua realidade presente pode introduzir um ciclo de confusão e a rigidificação de papéis que colocam em risco a funcionalidade familiar desde a esfera sexual, passando pelo nível económico, até aos valores e às crenças. A doença pode, ainda, aglutinar, de forma rígida, toda a família, verificando-se o isolamento do grupo e a minimização de contacto com o exterior.

A família com um doente queimado

As crises acidentais ocorrem inesperadamente no seio de uma família e, por isso, assumem-se, como momentos de mudança que apelam a esforços dos familiares e do próprio doente queimado que se vão enleiar numa trama onde o encontro entre eles se assume como aspeto mais determinante no processo de reabilitação em curso. A cronicidade da doença impõe uma série de transformações corporais, relacionais, funcionais e da própria representação interna. Qualquer destas dimensões apela como atrás referimos à construção dum “nós” familiar coeso que facilite a melhoria progressiva do doente.

O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família

A queimadura é um acidente que provoca uma mudança e confronta o sistema. O sistema pode fugir à mudança, ameaçando a sua evolução, o seu equilíbrio e a sua vida ou transformar-se, correndo o risco de crescer sem saber exatamente como.

A desqualificação da comunicação do doente ou dos seus familiares pode ocorrer através da incoerência do discurso implícito, das mudanças bruscas de assunto, da utilização de declarações contraditórias ou de interrupções erróneas, da realização de interpretações literais de metáforas, do uso de um estilo obscuro, de maneirismos da fala ou de frases incompletas (Watzlawick et al., 1993).

Podem, ainda, surgir distorções comunicacionais, quando os parceiros não estabelecem uma área de concordância entre os conteúdos e a relação que estabelecem ou existe uma rejeição ou uma desconfirmação²¹. Sabemos que equívocos dos familiares acerca das experiências dos pacientes podem causar sérios problemas de comunicação e conflitos intrafamiliares, o que pode levar *stress* excessivo para ambas as partes (Hisamura, Matsushima, Nagai & Mikami (2009).

Estes desencontros comunicacionais concorrem para conotações e/ou interpretações diferentes, o que pode produzir áreas de ambiguidade e conflitos na família se não forem devidamente resolvidos. Como a seguir explicitamos, a sujeição a perdas e os lutos subsequentes poderão, também, influenciar as transações familiares, obrigando a novos arranjos comunicacionais decorrentes das mudanças acidentais ocorridas.

21 A desconfirmação é para Watzlawick et al., (1993) uma patologia do segundo axioma. Este define a relação e o conteúdo na comunicação entre os intervenientes na comunicação. Ao clarificarem-se as definições do eu dos interlocutores se um desconfirma o outro é como se lhe desse como definição do seu eu “tu não existes para mim”.

Perdas e lutos individuais/familiares face ao acidente

Desde que nascemos começamos a experimentar várias perdas. A *caesura*²² do nascimento expõe o recém-nascido a perdas que lhe permitem, por outro lado, uma experiência extrauterina que pode ser rica e facilitadora de relações ricas duradouras, verdadeiros alicerces de vida. À medida que crescemos continuamos a sentir as mais variadas perdas, umas reversíveis, outras irreversíveis, umas que se esquecem, outras que se perdem connosco ou que em nós se enquistam traumáticamente.

Os lutos não são mais do que o caminho que atravessamos para atingirmos um novo estágio de equilíbrio face a uma perda. A ocorrência de uma queimadura poderá implicar uma perda da capacidade funcional de um membro ou a alteração da sua imagem corporal, por exemplo. Se toda a experiência de perda é dolorosa, talvez por isso inesquecível, apela a um reajustamento à nova situação, a um novo equilíbrio que corresponde sempre a uma crise individual e familiar.

O doente queimado, após o acidente, passa por um período de luto relacionado com a perda da sua integridade corporal e conseqüente trabalho de reintegração da nova realidade. Bowlby (1982) propõe quatro fases para o processo de luto, após a perda de um ente querido, na vida adulta:

1. «Fase de torpor ou aturdimiento;
2. Fase de saudade e busca da figura perdida;
3. Fase de desorganização e desespero;
4. Fase de maior ou menor grau de reorganização» (*idem*, 1982, p. 79).

O doente queimado, em nosso entender, também passa por fases semelhantes. Inicialmente é incapaz de aceitar a queimadura. Mais tarde, começa a dar-se conta da realidade, da perda que sofreu. Isso pode levá-lo a um sentimento de tristeza, de choro e raiva (Bowlby, 1993a; 1993b). O doente debate-se com a sua imagem corporal e isso provoca-lhe dor e sofrimento que se associam com as alterações da sua funcionalidade. Ullrich, Askay & Patterson (2009) realizaram um estudo prospetivo onde analisaram a associação entre dor, depressão e função física numa amostra de sobreviventes de queimaduras. Verificaram que a dor e o funcionamento físico foram melhorando ao longo dos 2 anos do estudo, quando os níveis de depressão foram estáveis. Concluíram também que a associação entre a dor e a depressão revela pior funcionamento físico, sendo mais forte entre as pessoas com *scores* de depressão mais elevados.

²² Bion (2006) considera-a um elemento transformacional importante. etimologicamente apresenta um duplo radical: por um lado é tesoura por outro é cicatriz.

Parece que com o passar do tempo, o sofrimento vai diminuindo e o doente vai reorganizando a sua vida, no sentido de viver o dia-a-dia com a sua perda.

O processo de luto será tanto mais eficaz e resolutivo, quanto mais as pessoas forem flexíveis e criativas e possam evoluir para níveis de maior aceitação da perturbação que sofrem, aceitando a sua imagem corporal. Quando as pessoas negam e/ou agem excessivamente podem não encontrar um caminho para essa evolução, rigidificando os seus modos de ação. Só a vivência do luto permitirá ultrapassar esta crise de forma gradual, evitando, dessa forma, o estabelecimento de um luto patológico.

Este luto individual é um trabalho complexo e envolve inevitavelmente toda a família que é, também, sujeita a um luto que instala a crise e apela à mudança, nomeadamente nas funções que cada um desempenha no seio da mesma antes e após o acidente, e ainda ao nível das relações afetivas entre os diferentes membros.

A família funcional, com maior ou menor dificuldade, fará esse luto crescendo, reorganizando e reestruturando a sua identidade familiar. Importa ajudar paciente e família a lidar com as suas dificuldades emergentes diminuindo ou extinguindo as áreas de evitamento ou de ambivalência (contraditórias) que incrementam as respostas sintomáticas como concluíram Fauerbach et al., (2009) num estudo com 59 adultos hospitalizados por queimaduras graves.

Doente e família debatem-se com a identidade questionada que importa perceber melhor.

A reestruturação identitária da família

As famílias estão sujeitas, como atrás indicámos, a dois tipos de pressão: a interna e a externa. Qualquer uma das situações vai solicitar ao sistema familiar uma transformação dos seus padrões transacionais, para que o próprio sistema evolua sem perigar a sua identidade e continuidade. Há, como vimos, várias fontes de *stress* e uma delas é a doença, como as queimaduras num dos membros da família.

A família, como sistema aberto, vai-se regular de forma a atingir um novo estágio de equilíbrio. A rigidificação das retroações negativas leva ao sintoma e à disfunção. A emergência dum funcionamento familiar sintomático parece apresentar-se como um tentativa de mudança para a não mudança, o que salienta a paradoxalidade do propósito.

Após a queimadura de um elemento, as famílias têm que se reorganizar de modo a responderem aos seus próprios desafios. Nas famílias mais funcionais verifica-se que estas aproveitam a crise instaurada para criarem novos equilíbrios sem se subtraírem às situações mais perturbadoras que qualquer mudança implica. O ajustamento e a

redistribuição de papéis apelam a uma aceitação da nova realidade, ao trabalho de luto que o indivíduo e a família têm de realizar e se espera resulte capaz de propiciar novos enlances criativos.

Grinberg & Grinberg (1998) consideram que a identidade se constrói a partir da interação contínua entre os vínculos de integração espacial, temporal e social que delimitam, respetivamente, o corpo, a história pessoal e as vivências grupais (no caso presente as vivências familiar). Esta construção tem por base a (re)construção duma representação interna em cada um dos membros da família que se aproximem entre si e sejam capazes de incrementar a construção duma imagem realista da situação e entrelacem laços de relação que tornem a família coesa e capaz de se mobilizar para recriar uma dinâmica funcional e sempre que possível criativa. A identidade familiar resultante da construção dinâmica de papéis e dos seus limites implícitos confere um cunho específico a cada família que a distingue das restantes e que, por outro lado, permite aos seus membros reconhecer-se nela e ser parte integrante dum todo funcional e irrepetível noutra contexto e/ou noutra tempo. A unicidade da família em co-construção radica neste reconhecimento que, passo a passo, delimita e confere sentido às transações comunicacionais estabelecidas. A dificuldade de co-construção desta identidade pode tornar a família refém da sua própria história, instalando-se a disfuncionalidade comunicacional.

Metodologia

O presente estudo é qualitativo exploratório e utiliza como técnica a análise de conteúdo de Bardin (2009).

Pretendemos saber: Quais as mudanças que ocorrem na família face à queimadura de um dos cônjuges?

O local de recolha dos achados foi o Serviço de Consultas Externas da Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

O método de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas no sentido do entrevistado falar abertamente da sua experiência, sem se perderem os objetivos da mesma.

O guião final foi construído da seguinte forma:

1. Na primeira parte foram colhidos dados pessoais, clínicos e, ainda, houve a aplicação da Escala de Graffar Simplificada.
2. Na segunda parte foram colocadas questões relativas à dinâmica familiar (nomeadamente, “Como sente a reação da sua família ao acidente?”, “Sente que o

tempo ajudou a ultrapassar as dificuldades?”, “Sente que o acidente alterou as regras de funcionamento familiar? Como?”), de forma a saber como é que a família reagiu ao acidente e se houve alteração nas regras e funções familiares.

As entrevistas foram realizadas no período que decorreu entre 31 de janeiro e 25 de fevereiro de 2003, aquando da ida dos utentes às Consultas Médicas ou de Enfermagem, para realização do penso.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 21 doentes, maioritariamente do sexo feminino, num total de 62% (13 mulheres), com uma média de idades de 44 anos.

No que se refere à escolaridade, a maior parte da amostra possui a instrução até ao Primeiro Ciclo (47%).

Quanto ao tipo de queimadura, 90% apresentam etiologia térmica, 52% são de espessura total e 67% são queimaduras ligeiras, atingindo membros superiores em 62% e inferiores em 43%, seguido da cabeça e pescoço em 33%.

Do total de entrevistados, 57% apresentou internamento hospitalar e 71% refere que não apresentou apoio psicológico.

No que diz respeito ao tempo de ocorrência da queimadura, verifica-se que 43% das queimaduras ocorreram há menos de 2 meses.

Da análise verifica-se que 42% das famílias pertencem à Classe Média, seguida da Classe Média Baixa (29%).

Quanto ao tipo de união, verifica-se que 95% dos indivíduos estão casados e apenas um se encontra em união de facto.

No que se refere ao tempo de união/casamento, verifica-se que a média de tempo de casamento decorrido é de 20 anos.

Apresentação e discussão dos resultados

Procedemos à categorização do material recolhido, partindo das respostas recolhidas constituindo-as como indicadores. Daí construímos subcategorias agregadoras dos sentidos das respostas, reagrupadas posteriormente em categorias mais abrangentes.

Havendo uma grande amplitude de variação do tempo de ocorrência da queimadura, optou-se pela análise das mesmas segundo um critério temporal.

Relativamente à dinâmica familiar obtivemos duas categorias: reação da família e regras de funcionamento familiar.

Reação da família

A reação da família à queimadura mostra-nos (Tabela 1) quatro tipos de reações; perturbada (choque/preocupação/tristeza), positivas (apoio/aproximação), negativas (rejeição/acusação), resignada (aceitação forçada) e ambivalente (reserva e apoio/aproximação).

Tabela 1 – Reações da família ao seu doente queimado

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
Reações da família	Perturbada	“Tristeza” (E2; E4; E9;E10) “alteração das rotinas” (E3) “Evitamento” (E8) “Traumático” (E5 ; E19) “Choque” (E7; E9) “Susto, aflição” (E6; E7) “Preocupação” (E5; E7; E10; E11; E12; E17; E18)
	Positiva	“Apoio/aproximação” (E4; E7; E8; E12;E13; E14; E16) “Carinho” (E6; E7; E8)
	Negativa	“Culpabilização” (E1; E3; E6; E13; E15) “Zanga” (E6; E10; E12) “Negação” (E14)
	Resignada	“as minhas filhas tiveram que aceitar” (E4) “agora está mais conformada” (E2) “Ela aceitou” (E9)
	Ambivalente	“A minha filha do meio às vezes falava-me áspero. Assim um bocadito mal. Agora não” (E5) “Meio refilão mas depois aceitou” (E6) “Acabou por ser um mal que veio por bem” (E21)

A queimadura parece provocar grande perturbação na família, relacionando-se esta com o acontecimento e a resposta ao mesmo. A **preocupação** é o sentimento dominante:

“Eles estão muito preocupados” (E7)

“Preocupam-se muito comigo” (E10)

“Houve da parte de alguns familiares uma certa preocupação” (E11)

“O miúdo estava um bocado preocupado” (E12)

“A reação da minha família é de preocupação” (E17)

“A minha mãe é muito sensível (...) preocupou-se comigo” (E18)

Outra perturbação é a **tristeza** provocada pelo acidente:

“Ficaram todos muito tristes” (E2)

“O meu marido (...) ficou triste” (E4)

“Ficaram chocados e tristes” (E9)

“Ficaram tristes ...” (E10)

Outras manifestações de perturbação são ao nível comportamental, verificando-se uma paleta de manifestações como o evitamento:

“O filho chegava-se para trás” (E8)

Existem também comportamentos de desespero (Choque/susto/aflição):

“Ficaram todos muito assutados foi um choque” (E7)

“Ficaram chocados” (E9)

“As filhas muito aflitas” (E6; E7)

e os que são considerados pelos entrevistados como traumáticos, sobretudo nos filhos:

“Elas coitadinhas ficaram traumatizadas” (E5)

“O meu filho é que ficou assim com uns problemazitos (...) ele presenciou tudo e ele ficou marcado” (E19)

ou tão somente a perturbação das rotinas:

“Passo a noite a mexer-me e ele não consegue dormir” (E3)

As perturbações referidas acima parecem depois transformar-se em reações positivas de **apoio/aproximação/carinho** da família:

“Não se revoltou (marido) ... tenho uma família muito boa. O filho mais velho telefona-me sempre, todos os dias” (E4)

“As minhas filhas um pouco mais carinhosas” (E6)

“A minha família apoia-me muito (...) recebo mais mimos” (E7)

“As pessoas sentem um grande carinho por mim” (E8)

“Todos me apoiaram ...”(E9)

“Com a ajuda do meu marido consegui ultrapassar” (E12)

“O meu companheiro tem-me apoiado muito e aproximamo-nos” (E13)

“A minha família apoia-me muito, aproximámo-nos todos” (E14)

“Aproximaram-se muito de mim” (E16)

ou em reações negativas que apontam para a **negação**, a **culpabilização** e para a **zanga** o que pode perturbar o padrão de relação com o doente queimado:

“A minha esposa negou o que estava a acontecer” (E14)

“Sentiram a falta. Ainda falam que não gostavam que me acontecesse isto” (E1)

“A minha filha culpa-me” (E15)

“O meu cunhado sente-se um bocadinho culpado” (E6)

“A reação foi logo ralar comigo” (E3)

“O meu marido reclamou um pouco quando me viu queimada” (E6)

“Ficaram chateados” (E10)

“A minha filha estava mesmo muito aborrecida, nem sequer me falou” (E12)

A **reação de resignação** envolve expressões de aceitação forçada pelos acontecimentos:

“As minhas filhas tiveram que aceitar” (E4)

“Agora está mais conformada” (E2)

“Ela aceitou” (E9)

Por fim, a **reação ambivalente** nas famílias com doente queimado mostram como o acidente cria um *stress*, uma angústia acrescida nos familiares que se revela por uma **ambivalência** em relação ao doente e à relação a manter com ele após o acidente:

“A minha filha do meio às vezes falava-me áspero. Assim um bocadito mal. Agora não” (E5)

“Meio refilão mas depois aceitou” (E6)

“Acabou por ser um mal que veio por bem” (E21)

Podemos sintetizar dizendo que a queimadura de um dos membros da família origina uma paleta de emoções percebidas nos restantes membros que respondem em função da situação e da própria história familiar prévia. Verifica-se que as respostas familiares percecionadas são diversificadas e o sentido das mesmas poderá relacionar-se com o padrão relacional prévio, percebendo-se, no entanto, que a família sofre um abalo expresso na preocupação manifesta em relação ao seu membro doente e à sua doença.

A Família é sujeita a uma reorganização, a um processo de retroação positiva, para integrar as mudanças de forma construtiva após o choque que a doença parece ter causado à família.

Regras de funcionamento familiar

Os resultados obtidos parecem mostrar que as regras de funcionamento familiar podem sofrer uma alteração. Estas relacionam-se com a troca de papéis. Acontecem alterações no desempenho das tarefas realizadas anteriormente, isto é, há mesmo substituição na realização de tarefas domésticas como cozinhar, passar a ferro, entre outras tarefas, (Tabela 2).

Tabela 2 – Perceção do doente em relação ao funcionamento familiar

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
Regras de funcionamento familiar	Alterado	<p>“Mais trabalho para o cônjuge” (E1; E2; E4; E11; E12; E13; E15; E16; E17)</p> <p>“Não posso fazer” (E7; E15; E20; E21)</p> <p>“Reduziu ainda o rendimento” (E8)</p> <p>“Mais trabalho para outros familiares” (E3; E4; E13; E14; E16)</p> <p>“Houve alterações” (E20; E21)</p>
	Imutável	<p>“Não alterou nada porque não tinha nada para fazer” (E5; E6)</p> <p>“Em casa continua cada um a fazer as suas coisas” (E18)</p> <p>“Lá em casa continua tudo igual” (E19)</p>

Os resultados indicam-nos que a maioria dos inquiridos declarou um funcionamento familiar **alterado** destacando ter passado a existir uma **sobrecarga de trabalho** para o cônjuge e/ou para outros familiares:

“O meu marido teve que trabalhar mais” (E1)

“É o meu marido que cozinha (...) passa a ferro” (E2)

“Tudo o que eu fazia (...) ele (marido) faz” (E4)

“Houve um bacadinho mais (esposa)” (E11)

“O meu marido teve que trabalhar 14/15 horas por dia” (E12)

“O meu companheiro (trabalha mais) também” (E13)

“É o meu marido que faz a comida e outros trabalhos mais forçados” (E15)

“Agora é o meu marido que cozinha e cuida do sogro...tal como a minha mãe” (E16)

“O meu marido tem agora a cargo muitas atividades que eu desempenhava” (E17)

“A minha filha teve que ajudar mais” (E3)

“As minhas filhas também ajudam” (E4)

“(Filho) é ele que faz as lides da casa” (E13)

“O filho substitui muitas vezes” (E14)

“A minha tia ajuda mais” (E13)

“Os filhos ajudam muito” (E16)

ou **incapacidade** para realizar tarefas:

“Tive ¾ dias que não conseguia fazer mesmo nada”(E10)

“Alterou-se tudo porque eu não posso fazer nada” (E15)

“Houve alterações daquelas que tiveram que ser, devido às minhas limitações” (E20)

“Eu ajudo no que posso e lá nos vamos entendendo” (E21)

Relataram também outra **alteração económica**:

“Reduziu ainda o rendimento” (E8)

ou tão somente **alteração sem especificação**:

“Há certas coisas que não posso fazer” (E7)

Também se verificaram relatos de **imutabilidade**:

“Não alterou nada porque não tinha nada para fazer” (E5; E6)

“Em casa continua cada um a fazer as suas coisas” (E18)

“Lá em casa continua tudo igual” (E19)

E de **ambivalência** face à nova situação vivida:

“A minha mulher faz o trabalho dela normal. Às vezes era preciso ir ao banco, ir ao contabilista. Só esses pormenores assim (...) fora disso não” (E9)

Em síntese podemos afirmar que a doença por queimadura instala uma alteração no padrão funcional das famílias mobilizando uma série de alterações relativamente à quem realiza as tarefas. Os cônjuges e os filhos são os que são mais mobilizados para estas realizações podendo, em nosso entender, aproximar a família mas também provocar uma série de conflitos manifestos ou velados na relação inter-familiar. No entanto, podemos constatar que muitas vezes a doença por queimadura mesmo leve ou moderada que exija maiores cuidados põe em marcha uma série de alterações que questionam a família e a sua divisão prévia das funções a realizar. A doença de um membro rapidamente se torna numa oportunidade de transformação da dinâmica familiar, embora possa também haver relatos de imutabilidade ou mesmo uma certa ambivalência na aceitação do que a queimadura pode ter provocado na família.

Discussão dos resultados

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que, nesta investigação, a queimadura num membro da família perturba toda a dinâmica familiar e coloca, inequivocamente, em marcha uma mudança, definitiva ou transitória, no dia-a-dia da pessoa queimada e da sua família. Esta reorganização do sistema familiar e das suas dinâmicas relacionais exige uma reestruturação da família, de forma a encontrar novas funcionalidades e limites no sistema familiar.

A família enquanto sistema em mudança, ao estar sujeita à doença, num dos seus membros, afeta o seu equilíbrio familiar (Weingarten, 2013), obrigando-a a movimentos de reorganização internos e externos que podem instalar uma crise na sua dupla valência resolutiva ou problemática.

A reação da família ao seu doente queimado mostra-nos a perturbação como resposta predominante. Nela encontramos uma paleta de emoções que vão do choque/susto

inicial, à preocupação e à tristeza podendo ir, no extremo, até à situação traumática com ou sem evitamento. Estas manifestações revelam as dificuldades emergentes, uma vez que as áreas de evitamento ou de ambivalência (contraditórias) incrementam as respostas sintomáticas como concluíram Fauerbach et al. (2009) num estudo com 59 adultos hospitalizados por queimaduras graves.

Os resultados indicam também que os casais, face à mudança, têm uma aprendizagem comum a fazer. Constroem um “nós”, com as duas pessoas vendo-se como responsáveis comprometidos na manutenção do relacionamento e da gestão compartilhada do seu esforço. Esta, noutros estudos, parece estar associada a um maior bem-estar no relacionamento, apesar das tensões (Andolfi, 1981) de lidar com a doença (Acitelli & Badr, 2005; Skerrett, 2003), possibilitando uma dinâmica familiar aonde se estenda este bem-estar (Long, & Marsland, 2011). Esta dinâmica compartilhada está presente no apoio, aproximação e/ou carinho relatado pelos doentes queimados em relação à sua família, nomeadamente o cônjuge bem como os filhos que passam a participar em atividades até aí feitas pelo doente queimado

Verifica-se, pois, que a estrutura familiar – conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a maneira pela qual os membros da família interagem – se adapta, às circunstâncias de crise instalada com a queimadura de um dos membros da família, de maneira a manter a continuidade e garantir a integração psicossocial dos seus membros (Minuchin, 1990).

No entanto, também existem reações negativas, nomeadamente a culpabilização a zanga” ou mesmo a negação, mostrando como estes processos de mudança correspondem a momentos de crise familiar, que implicam maior *stress* (Watzlawick, 1981; Hisamura, Matsushima, Nagai, & Mikami, 2009). Confirma-se que embora vivamos em corpos singulares, a doença torna visível e inteligível uma série de processos contínuos de negociação social (Weingarten, 2013), dentro da família. Confirma-se que o aparecimento da doença coloca à prova o equilíbrio anterior da família. Este parece depender do membro afetado pela doença, da gravidade, do tipo do processo patológico e das crenças à volta dessa doença que altera e obriga a uma partilha de tarefas sobretudo nos períodos críticos (Long & Marsland, 2011).

A família pode ser um catalisador do processo curativo ao estabelecer um ambiente acolhedor e transformativo incrementando um maior sentimento de pertença entre os membros da família (Minuchin, 1990).

Confirma-se neste estudo que o apoio social é importante (Stroud, Turner, Jensen, & Cardenas, 2006), facilitando uma melhor adaptação psicológica à doença que parece estar associada a comportamentos mais saudáveis (Berg et al., 2008; Blazquez & Alegre, 2013).

Por outro lado, a queimadura parece instalar de facto um processo de luto que se revela nas expressões de perda dos doentes. Os doentes debatem-se com a sua imagem corporal alterada e isso parece provocar-lhe dor e sofrimento que se associam com as alterações da sua funcionalidade (Ullrich, Askay & Patterson, 2009). Este processo apela a um bom entendimento familiar pois sabemos (Bowlby, 1982; 1993a; 1993; Ullrich, Askay & Patterson, 2009) que o processo tem uma duração média de dois anos.

As famílias funcionais, com maior ou menor dificuldade, farão esse luto crescendo, reorganizando e (re)estruturando a sua identidade que parece construir-se, como nos afirmam Grinberg & Grinberg (1998) a partir da interação contínua entre os vínculos de integração espacial, temporal e social que delimitam, respetivamente, o corpo, a história pessoal e as vivências grupais (no caso presente as vivências familiar).

Conclusão

Concluímos, pois, que se verificaram alterações na dinâmica familiar e que a família face à doença por queimadura instalada se aproxima, predominantemente, estreita laços após um primeiro momento de choque onde as emoções fervilham.

Confirmamos também pelos resultados obtidos que a família, nomeadamente o cônjuge assume áreas funcionais até aí pertencentes ao cônjuge doente, participando nesta redistribuição de tarefas os filhos e/ou outros membros da família alargada.

Concluímos ainda que se houve reações negativas de resignação e ambivalentes por parte da família.

Nas primeiras predominou a culpabilização a zanga, e a negação do que estava a acontecer.

Na resignação parece ter havido uma aceitação forçada dos acontecimentos o que está longe de ser uma aceitação pois não existiu um processo de elaboração das perdas.

Concluímos, ainda que, na maior parte das vezes, as famílias têm recursos internos que permitem suportar o seu doente em crise acidental, engendrando novas dinâmicas.

As regras de funcionamento familiar alteram-se, na maior parte das famílias abrindo-as a outras modalidades comunicacionais dentro e fora da família.

As famílias em risco de desencontro comunicacional necessitam de um maior suporte profissional para ultrapassarem as divergências expressas nas reações negativas expressas que desvelam uma dificuldade acrescida para lidarem com a situação de doença instalada.

Referências bibliográficas

- Acitelli, L.K., & Badr, H.J. (2005). My illness or our illness? Attending to the relationship when one partner is ill. In Revenson, T., Kayser, K., & Bodenmann, G. (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 121-136). Washington: American Psychological Association.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Andolfi, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Veja.
- Berg, C. A., Deborah, J. W., Butner, J., Bloor, L., Bradstreet, C., & Upchurch, R. (2008). Collaborative coping and daily mood in couples dealing with prostate cancer. *Psychology and Aging, 23*, 505-516.
- Bion, W. (2006). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Blazquez, A., & Alegre, J. (2013). Family and partner facing a chronic disease: Chronic fatigue syndrome. *The American Journal of Family Therapy, 41*, 46-62.
- Bonnilla, A. (1989). A família do doente: leitura psicológica. *Hospitalidade, 53* (208), 20-48.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993a). *Separação, angústia e raiva*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993b). *Luto, tristeza e depressão*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Fauerbach, J., Lawrence, J., Fogel, J., Richter, L., Magyar-Russell, G., Mckibben, J. & Mccann, U. (2009). Approach-avoidance coping conflict in a sample of burn patients at risk for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety, 26*, 838-850.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1998). *Identidade e mudança*. Lisboa: Climepsi.
- Hisamura, K., Matsushima, E., Nagai, H. & Mikami, A. (2009). Comparison of patient and family assessments of quality of life of terminally ill cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology, 20*, 953-960.
- Long, K. & Marsland, A. (2011). Family adjustment to childhood cancer: A systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev, 14*, 57-88.
- Minuchin, S. (2003). *Famílias funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Relvas, A. (2000). *Ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (2ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Skerrett, K. (2003). Couple dialogues with illness: Expanding the 'we'. *Families, Systems, & Health, 21* (1), 69-80.

Stroud, M., Turner, J., Jensen, M., & Cardenas, D. (2006). Pattern responses to pain behaviors are associated with depression and activity interference among persons with chronic pain and spinal cord injury. *J. Pain*, 7 (2), 91-99.

Ullrich, P., Askay, S., & Petterson, D. (2009) Pain, depression and physical functioning following burn injury. *Rehabilitation Pshichology*, 54 (2), 211-216.

O INDIVÍDUO E A QUEIMADURA: AS ALTERAÇÕES DA DINÂMICA DO SUBSISTEMA INDIVIDUAL NO PROCESSO DE QUEIMADURA²³

JOSÉ MANUEL PINTO²⁴

LUÍS MIGUEL MONTINHO²⁵

PEDRO RICARDO GONÇALVES²⁶

Introdução

A Queimadura provoca no indivíduo alterações da imagem corporal (Fauerbach & Una, 2009) e, consoante a profundidade e extensão da mesma, pode provocar alterações mais ou menos reparáveis na identidade do Eu. Propomo-nos, por isso, estudar as alterações da dinâmica do subsistema individual decorrentes da queimadura e dos processos colocados em marcha, partindo dum estudo qualitativo exploratório. A questão que nos norteia é saber:

“Quais são as mudanças que ocorrem no indivíduo face à sua própria queimadura corporal?”

No enquadramento teórico abordamos o queimado e as modalidades de vinculação. Salientamos a importância da vinculação e o rombo que a queimadura pode ter, por mobilizar melindres e fragilidades que, após a queimadura, podem matizar as relações e os padrões de vinculação prévios do indivíduo. A queimadura provoca no indivíduo uma necessária reelaboração da identidade no sentido de integrar os aspetos relacionados com a imagem de si mesmo.

23 Artigo revisto e acrescentado da publicação feita em 2010 na revista Referência.

24 PhD, Professor Coordenador da ESEnfC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

25 Enfermeiro no Serviço de Neurologia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

26 Enfermeiro no Serviço de Neurocirurgia 1 dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

A relação com as figuras significativas sofre um remanejamento no sentido de poder lidar com as marcas deixadas pela queimadura a um nível corporal, a um nível fantasmático e a um nível relacional.

O Queimado e a Vinculação

Numa cultura onde a aparência física é altamente valorizada, o desfiguramento visível pode afetar negativamente as reações das pessoas em relação ao indivíduo com alterações da imagem corporal. As alterações relacionadas com a aparência na queimadura podem mesmo levar a evitamento social em quem experimenta reações estigmatizantes dos outros (Lawrence, Fauerbach, Heineberg, & Doctor, 2006). A angústia pode manifestar-se também através da insatisfação com a imagem corporal que parece ser comum em pacientes com queimaduras (Lawrence et al., 1998). Daqui a importância da presença de uma figura de vinculação que é realçada por vários autores (Bowlby, 1990; Lacub & Maniglier, 2003). Na idade adulta, a presença de uma figura de vinculação, está normalmente relacionada com a família (Ainsworth, 1998; Bouteyre, 2002; Pinto, Montinho & Gonçalves, 2008) e com o grupo de amigos/pares (Pinto, 2009). São pessoas em quem se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância, pessoas que se preocupam conosco, nos amam e nos dão valor, transmitindo tranquilidade, conforto e segurança.

A vinculação no adulto tem, na sua génese, a díade mãe-bebé que se alarga, paulatinamente, a outros parceiros de relação próxima (pais, irmãos, avós, familiares e amigos próximos, colegas de infantário, escola básica e secundária, etc.). Numa fase inicial – denominada por Erikson (1998) como auto-esfera e micro-esfera – a criança constrói uma autoimagem espelhada no desejo e no encontro com a figura cuidadora. O olhar materno devolve à criança um esboço da sua imagem corporal. O amor e o encontro são determinantes nesta construção mental que dará origem ao ego corporal e ao esquema corporal básico que cada indivíduo faz de si mesmo. Qualquer distorção na imagem corporal representada pelo sujeito acerca de si parece instalar, de novo, uma reconstrução e apela, uma vez mais, à participação das relações mais próximas e estáveis, ou seja, à interferência das figuras vinculativas.

O indivíduo queimado é melindrado e maculado no seu esquema corporal e, por isso, apela ao apoio dos familiares e amigos. Este apoio das figuras vinculativas tem um efeito positivo no bem-estar e na saúde, independentemente do nível de *stress*. Sabemos que quanto maior for o apoio familiar e social maior será o bem-estar psicológico do indivíduo (Berg et al., 2008; Pinto, Montinho, & Gonçalves, 2008; Blazquez & Alegre, 2013).

O apoio familiar participa, em nosso entender, na reconstrução da imagem corporal distorcida pelo acidente, tornando mais tolerável e aceitável os contornos novos do

corpo, confirmando a sua pertença familiar (Montinho & Gonçalves, 2008) e reforçando o seu sentimento de pertença (Minuchin, 1990) que, porventura, tenha sido abalado pelo acidente.

O apoio social (Serra, 2007, p. 137 ao citar Weiss), por seu lado, tem como funções:

- «Estabelecer elos afetivos que propiciam um relacionamento mais íntimo e dão à pessoa uma maior segurança;
- Contribuir para a integração social do indivíduo, na medida em que este sente que pertence a um grupo de pessoas com interesses e preocupações semelhantes;
- Favorecer o reconhecimento do valor e da competência do indivíduo;
- Institui a possibilidade de dar e de receber conselhos e informações orientadoras;
- Ajudar a fomentar uma relação de confiança nas expectativas de ajuda, de modo que o ser humano passa a esperar ser assistido incondicionalmente em alturas de necessidade;
- Criar a oportunidade ao ser humano de prover cuidados a outras pessoas, o que o leva a sentir-se útil e necessário para o bem-estar de terceiros».

As figuras de vinculação transmitem ao doente queimado, principalmente três tipos de apoio:

1. *afetivo* – (as pessoas que o recebem sentem-se estimadas e aceitas pelos outros apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a sua autoestima);
2. *emocional* – (corresponde aos sentimentos de apoio e de segurança que um indivíduo pode receber);
3. *convívio social* – (quando uma pessoa convive com outras, em atividades de lazer ou culturais, que não só a distraem como a podem aliviar das tensões acumuladas no dia-a-dia, tais atividades permitem que não se sinta isolada e se considere parte integrante de uma determinada rede social (Serra, 2007, p. 137 ao citar Weiss).

Estes tipos de apoio proporcionam sentimento de pertença e facilitam a (re)integração social do sujeito queimado (Stroud, Turner, Jensen & Cardenas, 2006).

A importância destas relações interpessoais ricas em emoções e incentivos capacita e reforça os vínculos estabelecidos anteriormente e interfere no desenvolvimento individual e na aprendizagem de novas experiências, em tempos de adversidade.

De acordo com Roberts & Pruitt (1980), tanto o doente como a família devem ser esclarecidos e, se o desejarem, acompanhar de forma ativa todo o processo terapêutico para que, desta forma, continuem a tecer fortes vínculos afetivos que possibilitem um progresso do indivíduo doente.

As relações familiares são, geralmente, fortalecidas e aprofundadas através de um processo que ocorre em duas etapas:

1. o familiar doente reconhece o apoio emocional que lhe é fornecido, vendo também reconhecido o seu valor enquanto pessoa e ser único, apesar da sua aparência alterada;
2. por outro lado, esse apoio permite-lhe exprimir os seus sentimentos dando-lhe alguma força psicológica.

Muitas vezes, o doente queimado ao centrar-se em si próprio, tende a desligar-se da família e dos grupos de amigos. Nesta situação, tanto a pessoa queimada como a família vão precisar de ajuda e segundo Bonilla (1989), a possibilidade de êxito é tanto maior quanto mais cedo o indivíduo queimado e a família receberem uma ajuda do exterior. Esta, sempre que possível, deve realizar-se no seu meio, por pessoas qualificadas e credibilizadas na própria família.

É importante que o doente queimado continue a fortalecer os seus vínculos afetivos, para que a sua reabilitação seja facilitada.

O Queimado e a Identidade do eu

A queimadura provoca no indivíduo uma mudança quase sempre irreversível. Em certas situações, o indivíduo pode não tolerar as mudanças que ocorrem dentro de si próprio ou na realidade, ameaçando o seu sentimento de identidade do *Self* e, conseqüentemente, as suas representações e/ou relações com o mundo exterior. Esta ameaça conduz a uma angústia face à mudança que desvela a necessidade do indivíduo se reassegurar que existe uma consistência das figuras significativas (Anzieu, 1994), de que tudo permanece e que as estruturas não se modificam (Grinberg & Grinberg, 1998).

A tendência ou necessidade para evitar mudanças pode alcançar, em certas ocasiões, um alto grau de rigidificação patológica (Minuchin, 1990), que pode conduzir a uma compulsão à repetição, à necessidade de conservar, a qualquer custo, os aspetos e modalidades da realidade e do *Self* que, por consequência do acidente, se transfiguraram e que, por isso, não se querem expor.

A mudança pode, então, provocar sentimentos depressivos e de angústia, quando esta ameaça a perda de vínculos anteriores (Black, 2008), a perda de aspetos próprios do *Self*, ou seja, quando ameaça a perda do amor do objeto (Matos, 2007) e de si mesmo. A não-aceitação do luto da “imagem do corpo imaculado” poderá levar à instalação de uma situação depressiva (*idem*, 2007).

A restauração e consolidação do sentimento de identidade depende, não apenas do mundo interno do indivíduo, mas também de uma série de fatores sociais que podem funcionar de modo a facilitá-la ou dificultá-la. De acordo com Blazquez & Alegre (2013), o ajuste a estas reações é facilitado por fatores como a quantidade e qualidade do suporte familiar e social, reações pessoais à lesão e a aquisição de competências pessoais para lidar com o novo corpo e com o impacto da sua imagem na relação com os outros que o rodeiam, bem como por aspetos biológicos (por exemplo, genoma, proteoma, sistema celular de órgãos), os quais desempenham um papel na determinação da resposta do paciente ao ferimento por queimadura (Fauerbach & Una, 2009).

Os acontecimentos que implicam mudanças pessoais e sociais importantes podem converter-se em fatores que desencadeiam reações de extrema angústia, porque são vividos por muitos indivíduos como perdas ou ameaças de perda de identidade do *Self* e da representação social estabelecida. Num estudo feito na Austrália verificava-se que altos níveis de angústia durante um grande incêndio tinham uma correlação mais forte com sintomas de Transtorno de stress pós-traumático (TEPT) do que a pré-exposição a variáveis sócio-demográficas ou variáveis psicológicas (Parslow, Jorm, & Christensen, 2006).

A mudança implica uma incursão no desconhecido, o comprometimento com factos futuros que não são previsíveis e ter de enfrentar as suas consequências. Inevitavelmente, esta situação provoca dúvidas, sentimentos de ansiedade e depressão, e a tendência para se agarrar ao conhecido e ao familiar de forma a evitar o novo.

O sentimento de identidade – “o eu sou eu” – é muito mais do que a sensação corporal, embora a imagem corporal esteja na base dessa identidade. Na opinião de Grinberg e Grinberg (1998), baseando-se em Laing, os olhos, as mãos, o rosto e os genitais, são as áreas mais significativas para o reconhecimento do próprio corpo e dos outros. A noção do corpo é essencial para a consolidação da identidade do indivíduo.

As queimaduras afetam vulgarmente áreas expostas, face e mãos, que contribuem de modo significativo para a nossa imagem corporal e identidade. As imagens de pele carbonizada, cicatrizes e desfiguração são traumáticas. Alguns autores para denominar algumas das consequências emocionais no caso dos queimados graves utilizam expressões como: “identidade destruída” e “morte social” (McSweeney, 1990).

As lesões por queimadura impõem uma nova realidade à pessoa, um processo de readaptação longo e doloroso (Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008). Este processo é composto por cinco fases: *negação, revolta, negociação, depressão e aceitação* (McSweeney, 1990). As três primeiras fases são habitualmente identificáveis no hospital durante o internamento, com realce para a fase de discussão onde o doente negocia com os profissionais de saúde a sua situação e cria expectativas no sentido de melhorar o seu estado de saúde e identidade. No entanto, o processo não é linear e, embora a nível cognitivo haja evoluções, a perspetiva de muitos doentes relativamente à sua nova identidade é incontornavelmente de negação da imagem que têm de si próprios. Alguns dos doentes nunca chegam a uma fase de aceitação embora possam conseguir adaptar-se e reentrar na sociedade, interrogando-se, no entanto, acerca do seu sentimento de pertença a essa mesma sociedade.

Ainda durante o internamento e após a alta hospitalar o doente queimado deve ser cuidado no âmbito da satisfação das suas necessidades psicológicas, que podem ser agrupadas em seis parâmetros: controlo, autoestima, confiança, perda, culpa e intimidade (Barry citado por McSweeney, 1990).

É, normalmente, após a alta hospitalar que se colocam as maiores dificuldades. Durante os anos de recuperação da lesão por queimadura, as cicatrizes evoluem e a evidência do desfiguramento tem de ser incorporada na vida do doente. Esta situação pode decorrer, muitas vezes, escondida no silêncio e no isolamento, constituindo no limite uma área de segredo familiar (Berger & Paul, 2008). As visitas ao cirurgião plástico, para revisão de cicatrizes, podem reabrir feridas emocionais que expõem mais uma vez a dor. A lesão é colocada de novo em primeiro plano, e ainda que alguma melhoria possa ser oferecida, a permanência do desfiguramento tem de ser encarada.

Na opinião de Canhão (1996, p. 225) «apesar de muitos estudos terem já sido realizados nesta área, nenhum deles estabeleceu serem mais geradores de disfunções as queimaduras visíveis (como é o caso das mãos e face), do que aquelas que geralmente não estão expostas.».

Os doentes com queimaduras graves apresentam alguns fatores predisponentes que podem potenciar sequelas psicológicas: a gravidade da queimadura; o tempo de hospitalização e o abuso de álcool e/ou drogas. Königová (1992) confirma estes resultados, referindo, que se verifica um aumento de sequelas psicológicas nos doentes com queimaduras na face. Entre estas sequelas, o autor descreve o síndrome da face desfigurada como sendo um síndrome difuso que leva a uma parcial ou completa perda da identidade. Os doentes manifestam a perda do seu papel social, conjuntamente com sentimentos de vazio.

No mesmo sentido, Lorent & Esteban. (1998) referem que os doentes com queimaduras extensas sofrem alterações súbitas e bruscas da imagem corporal, nomeadamente quando as queimaduras afetam zonas como a face e as mãos.

No estudo de Königová, referido anteriormente, o autor confirma o carácter somatopsíquico da queimadura, conferindo à componente psicológica um determinante fundamental, capaz de provocar, por si só, a morte do doente. Este autor relata casos em que o prognóstico era relativamente favorável, mas que resultaram na morte do doente, devido ao *stress* emocional (Königová, 1992).

Por outro lado, foram descritos exemplos de doentes queimados que sobreviveram a uma queimadura grave e que recuperaram (também do ponto de vista psicológico), apesar do prognóstico não ser favorável. A sua sobrevivência e recuperação apenas foi possível graças a mecanismos de defesa internos, potenciados pelo apoio e encorajamento da família.

Ainda segundo o mesmo autor, alguns doentes com lesões relativamente pouco extensas, mas cuja face foi afetada podem desenvolver a chamada “morte social”. Esta pode instigar o suicídio, a menos que seja dado atempadamente uma efetiva ajuda psicológica, quer seja diretamente por um psicólogo ou indiretamente pelo apoio dos familiares (*idem*, 1992).

Estes comportamentos parecem ser causados pela tomada de consciência de uma deficiência estética, pelo medo do futuro, repulsa em relação à seqüela e o sentimento de incerteza social

De acordo com Canhão (1996, p. 226) ao citar Watkins e Col., estes desenvolveram um modelo para o processo adaptativo após a lesão por queimadura composto por sete etapas:

- 1 – «Ansiedade de sobrevivência;
- 2 – O problema da dor;
- 3 – A procura de significado;
- 4 – Investimento na recuperação;
- 5 – Aceitação das perdas;
- 6 – Investimento na reabilitação;
- 7 – Reintegração da identidade».

Esta divisão por etapas teria como objetivo facilitar a intervenção no processo adaptativo e assegurar ao doente uma melhor e mais completa recuperação, uma vez que o doente queimado sofre um processo evolutivo particular e que se diferencia claramente da evolução e recuperação de doentes com outras patologias.

Em relação ao autoconceito físico e autoimagem, embora muitos autores concluam que as vítimas de queimaduras fazem ajustamentos satisfatórios, outros reportam sintomas psicopatológicos que contrastam com este otimismo.

Uma teoria que poderia explicar esta situação seria a de que em geral as pessoas que são capazes de manter expectativas positivas, mesmo quando encontram obstáculos, continuarão a tentar atingir os seus objetivos. As pessoas com expectativas negativas, no entanto, terão maior probabilidade de desistir de posteriores tentativas para prosseguimento dos seus objetivos (Canhão, 1996).

Metodologia

O presente estudo qualitativo exploratório pretende compreender melhor a seguinte questão de investigação:

- Quais as mudanças que ocorrem no indivíduo face à sua própria queimadura corporal?

O local de recolha dos dados do estudo foi o Serviço de Consultas Externas da Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

A colheita de dados foi efetuada por entrevista semiestruturada, com perguntas abertas no sentido do entrevistado falar abertamente da sua experiência, sem se perderem os objetivos da mesma.

O guião final foi construído da seguinte forma:

1. Na primeira parte foram colhidos dados pessoais, clínicos e, ainda, houve a aplicação da Escala de Graffar Simplificada.
2. Na segunda parte foram colocadas questões relativas à história individual (nomeadamente, “Sente que a sua maneira de ser se alterou com o acidente? Como?”, “Acha que o acidente alterou a sua relação com os outros? Como?”, “Qual a pessoa que melhore o apoia e compreende?”, “Como acha que lida agora com o seu acidente?”), de forma a saber como é que o doente queimado vivência a experiência interna e relacional de um acidente marcante.

As entrevistas foram realizadas, preservando os princípios éticos do anonimato e do consentimento informado. A recolha das entrevistas foi efetuada aquando da ida dos utentes às Consultas Médicas ou de Enfermagem, para realização do tratamento à queimadura.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 21 doentes, maioritariamente do sexo feminino, num total de 62% (13 mulheres), com uma média de idades de 44 anos. No que se refere à escolaridade, a maior parte da amostra possui a instrução até ao Primeiro Ciclo (47%). Quanto ao tipo de queimadura, 90% apresentam etiologia térmica, 52% são de espessura total e 67% são queimaduras ligeiras, atingindo membros superiores em 62% e inferiores em 43%, seguido da cabeça e pescoço em 33%.

Do total de entrevistados, 57% apresentou internamento hospitalar e 71% refere que não apresentou apoio psicológico.

No que diz respeito ao tempo de ocorrência da queimadura, verifica-se que 43% das queimaduras ocorreram há menos de 2 meses.

Da análise do tipo de família verifica-se que: 42% pertence à Classe Média, seguida da Família de Classe Média Baixa (29%).

Quanto ao tipo de união, verifica-se que 95% dos indivíduos estão casados e apenas um se encontra em união de facto. No que se refere ao tempo de união/casamento, verifica-se que a média de tempo de casamento decorrido é de 20 anos.

Apresentação e discussão dos resultados

O tratamento da informação recolhida foi realizado através da análise de conteúdo (Bardin, 2006), procedendo-se a uma categorização da informação.

Resultou daí uma grande diversidade de respostas relativas à mesma categoria, o que levou à criação de subcategorias que possibilitassem uma melhor compreensão dos dados obtidos nas entrevistas.

Havendo uma grande amplitude de variação das queixas em função do tempo de ocorrência da queimadura, optou-se pela análise das mesmas segundo um critério temporal, que emergiu do relato dos inquiridos e foi organizado em três tempos, tendo em conta o tipo de queixas relatado. Assim, subdividiram-se os indivíduos da amostra em três grandes grupos de intervalos temporais, sendo estes: dos [0-2 meses[com 9 entrevistados, [2-12 meses[com 7 entrevistados e [acima dos 12 meses[com 5 pessoas entrevistadas.

Quanto à história individual obtivemos três categorias:

1. *maneira de ser;*
2. *relação com os outros e suporte/apoio;*
3. *reação ao acidente.*

a) Maneira de ser

Os elementos da amostra ao serem questionados face à **maneira de ser** deram uma maior relevância ao humor, comportamento e imagem corporal. Poder-se-á dizer que inicialmente, é relatado um impacto emocional causado pela proximidade temporal do acidente. A tomada de consciência das alterações comportamentais e da imagem corporal é evidente desde a fase de impacto, tornando-se mais relevante com o decorrer do tempo, o que se poderá relacionar com a consciencialização das consequências do acidente e do impacto inicial. Desta forma verifica-se que o **humor** se encontra predominantemente **alterado**. Este facto verifica-se no doente queimado da amostra desde dias de queimadura até à pessoa atingida há mais de 12 meses, o que mostra que o acidente pode alterar o estado emocional e afetividade da pessoa. Verifica-se que o sentimento mais presente é a tristeza:

“sinto-me triste por ter acontecido aquilo”

“sinto-me triste, nunca mais tive alegria”

Houve um entrevistado que chegou mesmo a comparar o acidente com a morte de um ente querido:

“... meteu-se-me uma tristeza tão grande dentro de mim. Faz de conta que foi uma pessoa, uma das minhas filhas ou o meu marido que morreu.”

Verifica-se, ainda, a referência à expressão de tristeza associada ao medo da alteração da imagem corporal e/ou da funcionalidade. Outros sentimentos referidos foram a irritabilidade e a revolta após o acidente.

No que diz respeito ao comportamento, verifica-se que, após os 12 meses de queimadura, há uma clara aceitação da alteração pelo reconhecimento das mesmas, referindo terem ficado mais nervosos, mais sisudos e menos pacientes:

“sinto que sou muito mais nervoso... qualquer coisa me atrapalha... era uma pessoa que me sentia perfeitamente à vontade. E hoje não”

“perdi a paciência... andava irritado e era difícil aceitar as opiniões dos outros”

Nos intervalos de tempo [0 – 2 meses] e [2 – 12 meses] verifica-se uma *alteração do comportamento* manifestada por uma maior ansiedade e medo de se voltar a queimar:

“ando diferente... irritado-me com facilidade... eu enervo-me”

“para a próxima vou ter mais cuidado”

Verifica-se, também, existirem expressões que revelam alterações positivas, onde a adversidade gerou um movimento de (re)aproximação às figuras de vinculação e uma maior disponibilidade para as novas situações:

“Tomei maior consciência dos perigos. Estou mais compreensiva, mais disposta para as relações entre as pessoas.”

“Tenho dado mais atenção à minha filha.”

Por fim, também se encontram expressões de imutabilidade que se manifestam por expressões como:

“Mas a minha maneira de ser é precisamente igual. Sou uma pessoa muito alegre...”

“Acho que sou a mesma pessoa... Sempre fui calmo e continuo a ser calmo.”

Sabemos que a queimadura provoca crise, no sentido dado por Minuchin (1990²⁷) pelo que, as respostas de imutabilidade face ao *comportamento* podem indicar uma dificuldade de aceitação ou mesmo a negação da crise instalada. Esta situação pode levar, no limite, à rigidificação do sistema, pois, os restantes membros do sistema familiar podem ter eles mesmos dificuldades para lidarem com a resistência do seu membro doente e, desta forma, criar-se uma área de segredo intocável na família e no doente (Berger & Paul, 2008).

Numa outra perspetiva alguns autores, (Mahler, 1981; Grinberg & Grinberg, 1998) consideram que o sentimento de identidade se constrói a partir das sensações corporais, assumindo a imagem corporal a base dessa identidade. As perceções visuais têm, a par das sensações propriocetivas um papel importante na formação da identidade.

Nos indivíduos sujeitos a queimaduras verifica-se que o decurso do tempo tende a cunhar uma tendência para a aceitação das suas consequências:

“Vejo-me da mesma forma, no meu exterior.”

“A minha imagem não me transtorna nada... Vou para a praia sem problemas.”

Constata-se, ainda, que alguns indivíduos vivem com transtornos relativos à imagem corporal, isto é, há consciencialização da *alteração*:

“Se antes ia à praia, agora já não vou... tenho vergonha das manchas e dos buracos que tenho... ando com a roupa por cima e na cara não fiquei com grandes alterações.”

27 O autor defende um duplo sentido para o conceito de crise, que envolve o risco de perturbação e a oportunidade de resolução.

Nos primeiros tempos de queimadura, até ao ano, observa-se que existem muitas expressões ambivalentes o que parece refletir a não aceitação das alterações. Poder-se-á, ainda, dizer que estão na fase da discussão com uma confusão de ideias, que não permite uma clarificação de sentimentos. Estas expressões são:

“Pelo menos, a cara minimamente vai ficar boa. Tenho estas mazelas aqui, mas pronto. Não há nada a fazer.”

“Eu só vi o pé uma vez. Não senti grande coisa, mas dói-me.”

Há ainda indicadores que revelam alteração da imagem corporal:

“Tive medo... quando comecei a ver aquela carne comida... Senti-me assim um bocado mal.”

“Olho para a minha mão e vejo-a de forma diferente”

“Não vou ficar igual... estou diferente!”

Estas expressões demonstram a vivência de uma fase de luto face à perda da imagem corporal. Como referem Bowlby (1993a; 1993b) e Walsh e McGoldrick (1998), num processo resolutivo de luto as pessoas apresentam-se tolerantes, flexíveis e mantêm-se capazes de ser criativas. Estas competências permitem-lhe evoluir para a resolução das perdas em questão. A resolução é um processo gradual, pois, cada indivíduo vive o seu próprio luto, de forma a não correr o risco de este se tornar patológico.

Pode-se, ainda acrescentar, que se a região do corpo afetada for uma área não visível, tapada por roupa, poderá não gerar tantos transtornos como se fosse numa região exposta, o que se pode verificar nas seguintes expressões:

“Sei que vou ficar marcada com uma cicatriz... não me incomoda até porque anda tapada...”

“Vou ficar com uma cicatriz mas é no pé.”

Sabe-se que o rosto é uma parte do corpo importante na identidade da pessoa. Os nossos dados não são conformes à perspetiva de Canhão (1996) quando refere que as queimaduras visíveis são tão geradoras de disfunção como as não visíveis e vão ao encontro do que defende Königová (1992) quando afirma existirem maiores transtornos psicológicos nas pessoas lesadas na face e mãos – perda da identidade social, perda de papel social e sentimentos de vazio.

Quanto à funcionalidade, nos vários intervalos de tempo, houve elementos da amostra que manifestaram *alteração* da mesma relacionada com a incapacidade para executar algumas tarefas:

“Quero fazer as coisas e não sou capaz”

“Não tenho a mesma capacidade para trabalhar, o que me afeta muito”

Estas alterações da funcionalidade vão provocar alterações na dinâmica familiar ao nível do desempenho dos diferentes papéis.

Poder-se-á referir que a queimadura afeta o ritmo de vida diária. Também podem acontecer *reações sintomáticas*, tais como, insónias, falta de apetite, dor, sudorese, etc. Estas reações podem advir pelo facto do indivíduo atingido e da sua família terem dificuldades em lidar com o acidente e por tal facto, não existir apoio e partilha da dor, restando, então a resposta psicossomática da doença e a expressão corporal do desconforto.

Da análise realizada até agora é visível o luto pelo qual o indivíduo passa até atingir um novo estágio de equilíbrio. A perda é sempre uma experiência dolorosa e, talvez por isso, difícil de esquecer. No entanto, com o passar do tempo, o indivíduo começa a reorganizar a sua vida, ultrapassando esta situação de crise, desde que não assuma movimentos de rejeição ou negação do facto ocorrido e possa integrar progressivamente a sua nova imagem corporal. A confirmação do amor do objeto familiar parece, também, ter um papel (re)assegurador para o indivíduo e a sua maneira de ser, em contraponto com o desencontro e temor da perda do amor do objeto (Matos, 2007) acima relatados.

b) Relação com os outros e suporte/apoio

A **relação com os outros** altera-se. Verifica-se que a relação com a família nuclear se modifica após a queimadura. Os movimentos de aproximação são evidentes nas expressões:

“A minha família apoia-me muito... recebo mais mimos”

“Acho que ainda ficámos mais unidos”

Um outro efeito da aproximação pode ser uma maior afirmação da dependência, que pode dificultar a inserção psicossocial do membro familiar queimado:

“A minha filha anda mais carente, não quer ir à escola para ficar comigo em casa”

Como verificamos o comportamento vincutivo sofreu alterações. Tal como refere Soares (1996) ao citar Ainsworth, este tende a ser reforçado ou enfraquecido por fatores situacionais e, neste caso a queimadura origina alteração no campo vincutivo, originando alterações no padrão relacional.

Podem ainda acontecer respostas que vão de encontro à *imutabilidade*. Estas desvelam até ao ano após a queimadura uma certa rigidificação do sistema ou mesmo a negação da crise:

“Eles têm sido amorosos”

“Com a minha esposa continua tudo igual”

Após os 12 meses pode revelar uma reorganização familiar e uma aceitação da nova condição do indivíduo que origine imutabilidade, aquando da realização da entrevista:

“Com a minha esposa agora está tudo como era antes”

“Em casa agora a minha vida está bem”

Verifica-se, ainda, que dos [2 – 12 meses] surgiram respostas ambivalentes:

“Está tudo na mesma. Dizem que o mal é meu.”

Poder-se-á pensar que a *ambivalência* surge no percurso de reorganização do sistema em que se aceita a mudança, mas no mesmo sentido a nega, existindo uma dualidade de sentimentos.

Quanto à família alargada todos os indicadores revelam uma alteração. No período de [0 – 2 meses] as reações da família alargada são positivas e evidenciadas pela aproximação:

“Houve uma aproximação com o meu pai.”

Com o decorrer do tempo, dos [2 – 12 meses] há consciencialização de alterações positivas relacionadas com a disponibilidade:

“A minha restante família demonstra interesse em saber como estou... disponibilidade para me ajudar”

No entanto, também há expressões que revelam alterações negativas como a falta de ajuda e de apoio e que também é predominante no período de [acima dos 12 meses]:

“Não tive muito apoio da minha família mas eles iam-me ver de vez em quando...”

Talvez esta consciencialização da falta de apoio se relacione com os movimentos centrípetos que a família nuclear vive e nem se apercebe do afastamento que faz do meio envolvente. Pode-se acrescentar, ainda, que a família alargada poderá começar a aceitar a queimadura, convivendo com a alteração como se não tivesse existido. Contudo, o doente ainda está a viver uma reorganização pessoal e familiar, pelo que o apoio dado não é o esperado.

Relativamente à vida diária esta é assumida como alterada, relacionando-se com a impossibilidade de realizar as tarefas do dia-a-dia:

“Quem toca o barco sou eu e agora é o meu marido”

Bem como a impossibilidade de realizar a actividade laboral:

“Estou de baixa.”

Quanto aos amigos nos primeiros 2 meses após a queimadura o doente refere alteração no relacionamento com os mesmos, evidenciado por uma maior aproximação e apoio:

“... têm-me lá enchido a casa.”

Com o decorrer do tempo, dos [2 – 12 meses] verificam-se expressões que revelam alteração principalmente negativa:

“Houve pessoas que só cá vieram para poder falar de mim.”

No período de [12 meses e mais] há o reconhecimento dos verdadeiros amigos, aqueles que sempre o apoiaram:

“Tenho amigos, mas são poucos. Agora sei os que o são verdadeiramente.”

Após a análise da **relação com os outros** verifica-se que é fundamental o papel catalisador da família no processo curativo da doente, com o intuito de libertar possíveis tensões e conflitos (Bonilla, 1989). A família e o grupo de amigos dão apoio afetivo, emocional e de convívio social.

Por outro lado, poder-se-á dizer que a queimadura parece gerar uma crise, tornando-se um problema que não é apenas físico ou fisiológico, mas também relacional. Quando surge a queimadura, a doença não afeta apenas o órgão, atinge toda a pessoa e até mesmo a família se sente submersa na experiência dolorosa da doença, assim como os amigos podem sentir angústia (Bonilla, 1989).

Como já foi referido, a queimadura origina uma perda, que é um fator significativo porque além de alterar a imagem corporal, pode provocar a perda da amizade de alguns amigos e a sua função no trabalho, que pode ser temporária ou definitiva, o que vem confirmar as ideias de McSweeney (1990).

Na idade adulta a vinculação está relacionada com os pares, mais especificamente com o cônjuge devido à partilha diária de um relacionamento afetivo. Está ainda direccionada para uma figura com quem existe, também, uma relação de natureza sexual. Verifica-se que a fonte de **suporte/apoio** da amostra é o cônjuge na sua maior parte, o que vem confirmar que a fonte de vinculação é também fonte de apoio e suporte. Poder-se-á dizer que os entrevistados pertencem a famílias saudáveis (anteriormente à crise) e que definiram e vivenciaram as funções do subsistema conjugal: o sentimento de pertença e a cumplicidade.

No entanto, alguns doentes queimados referiram sentirem-se mais apoiados junto de outros elementos da família nuclear, como os filhos, e mesmo fora da família nuclear como os irmãos, tias e sobrinhas. A relação conjugal destes indivíduos poderá passar por um período de crise incentivado pela doença (Minuchin, 1990).

Contudo, na maior parte das respostas verifica-se que a fonte de apoio e suporte é atribuído ao cônjuge, a que se acrescenta os filhos, atribuindo às outras pessoas um papel periférico.

c) Reação ao acidente

Quanto à **reação ao acidente**, este é muito específico de pessoa para pessoa. No entanto, na amostra verifica-se que a reação é negativa em todos os períodos de tempo. Estas reações são apoiadas pelas expressões:

“É assim uma fase difícil de passar... bloqueada de fazer as atividades normais.”

“Agarrei um medo... Não vou esquecer... parece que estou a ver a panela a virar-se para cima de mim.”

Há também indicadores que revelam reação integrativa nos primeiros 2 meses e no período de [12 meses e mais]:

“Não passou de um acidente... Não temo nada esta arte, depois disso já cheguei a meter fogo nas festas.”

“Aceitei tudo e agradeço por não ter acontecido pior.”

Este facto poderá revelar que no primeiro período após o acidente existe uma negação da alteração e vontade em aceitar a queimadura, facto que origina expressões de que a queimadura está integrada na vida, o que vai de encontro à opinião de McSweeney (1990), que referiu que alguns doentes nunca chegam a uma verdadeira fase de aceitação, embora consigam adaptar-se e reintegrar-se socialmente.

Enquanto que, no período de [12 meses e mais[poderá haver um real sentimento de *integração* que se relaciona com a reestruturação individual e adaptação à queimadura.

Em todos os períodos de tempo há expressões de *resignação* que revelam a culpabilização face ao acidente:

“Aceitei ter-me queimado. Pois que remédio tenho eu. Se apanhei esta queimadura é porque eu a merecia.”

“Penso eu que era o destino.”

“O acidente foi azar.”

As expressões supracitadas são, respetivamente, de cada período de tempo pré-definido. Em todas existe um peso de punição, o que leva a supor que estas pessoas se consideram culpadas de algo grave e a queimadura terá sido a forma de eliminar essa culpa.

Há, ainda, ambivalência nos períodos de [2 – 12 meses[e [12 meses e mais[que demonstram o querer aceitar o acidente, mas a impossibilidade de o fazer é evidente na contradição existente nas expressões:

“Penso que tudo vai ficar bem... Receio ir aquecer água. Mete-me ainda muita impressão ver água a ferver.”

Apoiados em McSweeney (1990) ao citar Salter poder-se-á dizer que após a queimadura estabelece-se um período de discussão e/ou de negociação com a nova situação do sujeito.

Conclusão

A discussão dos resultados obtidos foi de encontro à questão de investigação e permite-nos compreender que nesta amostra se verificaram alterações no indivíduo, podendo concluir-se que a queimadura pode provocar alterações na maneira de ser das pessoas, ou seja, na forma como a pessoa se sente, dando mais importância à componente afetiva

(humor), ao comportamento e à imagem corporal; Com o decorrer do tempo, após a queimadura, parece haver um amadurecimento interno associado às fases vivenciadas pelo indivíduo, estando estas associadas à crise provocada pela queimadura. Parece haver uma integração pessoal da queimadura na sua própria vida (mesmo que não a tenha aceite); Quando se fala das relações com os outros o doente queimado enumera predominantemente a família nuclear como fonte de apoio, sendo o cônjuge a principal fonte de apoio/suporte; Há alterações na relação com os outros que se evidencia por uma maior aproximação seguida de uma reorganização; A reação ao acidente é muito específica de pessoa para pessoa, sendo na sua maioria negativa.

Em síntese parece verificar-se, ao longo do processo, que o luto pela “imagem do corpo imaculado” vai sendo elaborado com maiores ou menores expressões depressivas e expressões psicossomáticas associadas. Outro aspeto fundamental é a confirmação do amor do objeto de relação familiar para mitigar os receios de perda do amor do objeto presente, expressa ou dissimuladamente, nos receios e medos do indivíduo queimado (Matos, 2007).

O limite deste estudo consiste no facto dos seus resultados se aplicarem somente aos inquiridos, no entanto, as propostas de trabalho que dele resultam são, também, a sua maior contribuição, pois, abrem sugestões para muitas outras investigações que possam perceber e clarificar padrões comportamentais e relacionais, quer nas pessoas sujeitas a queimaduras quer nas suas famílias.

Aos profissionais de saúde parece então estar delegado um papel fundamental como catalizador destes momentos de dor individual e familiar, exigindo-se, por isso, um crescente conhecimento destas temáticas suportado em novas e proíficas investigações.

Referências bibliográficas

- Ainsworth, M.. (1998). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51) London: Routledge.
- Anzieu, D. (1994). *Le penser, du moi peau au moi penser*. Paris: Dunod.
- Lorent, A & Esteban, A. (1998). *Cuidados intensivos del paciente quemado*. Barcelona: Springer-Verlag Iberica.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berger, R. & Paul, M. (2008). Family secrets and family functioning: The case of donor assistance. *Family Process*, 47 (4), 553-566.

- Black, E. (2008). Families after death, Families after birth. *Family Process*, 47 (4), 421-423.
- Berg, C. A., Deborah, J. W., Butner, J., Bloor, L., Bradstreet, C., & Upchurch, R. (2008). Collaborative coping and daily mood in couples dealing with prostate cancer. *Psychology and Aging*, 23, 505-516.
- Blazquez, A., & Alegre, J. (2013). Family and partner facing a chronic disease: Chronic fatigue syndrome. *The American Journal of Family Therapy*, 41, 46-62.
- Bonilla, A. (1989). Família do doente: Leitura psicológica. *Hospitalidade*, 53, (208), 20-48.
- Bouteyre, E. (2002). Théorie de l'attachement et contributions actuelles à la recherche en Psychopathologie. In *Le lieu et quelques - unes de ses figures* (pp. 41-74). Rouen : Université de Rouen.
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993). *Separação, angústia e raiva*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Canhão, A. (1996). Aspectos psicológicos do doente queimado grave. *Psiquiatria Clínica*, 17 (3), 225-230.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fauerbach, J. & Una D. (2009). Traumatic burn injury: Neuropsychiatric perspectives on risk, outcomes and treatment. *International Review of Psychiatry*, 21 (6), 501-504.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1998). *Identidade e mudança*. Lisboa: Climepsi.
- Königová, R. (1992). The psychological problems of burned patients. *Burns*, 18 (3), 189-199.
- Lacub, M., & Maniglier, P. (2003). *Famille en scènes bousculée, réinventée, toujours inattendue*. Paris: Éditions Autrement.
- Lawrence, J. W., Heinberg, L., Roca, R. Spence, R., Munster, A., & Fauerbach, J. (1998). The reliability and validity of the perceived stigmatization questionnaire (PSQ) and the social comfort questionnaire (SCQ) in an adult burn survivor sample. *Psychological Assessment*, 10, 64-70.
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L. J., & Doctor, M. (2006). The reliability and validity of the perceived stigmatization questionnaire (PSQ) and the social comfort questionnaire (SCQ) in an adult burn survivor sample. *Psychological Assessment*, 18, 106-111.
- Mahler, M. (1981). *La symbiose humaine et les vicissitudes de l'individuation: Dix ans de psychanalyse en Amérique*, *Anthologie du Journal of American Psychoanalytic Association*. Paris: PUF.

- Matos, C. (1007). *Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Mcsweeney, P. (1990). Reações psicológicas do doente queimado. *Nursing*, 35, 22-26.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parslow, R. A., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Associations of pre-trauma attributes and trauma exposure with screening positive for PTSD: Analysis of a community based study of 2085 young adults. *Psychological Medicine*, 36, 387-395.
- Pinto, J., (2009). A importância da idade nas vivências do adolescente no grupo e na família. *In Atas do Iº Congresso Internacional de Psicologia da Educação (CD)*. Covilhã.
- Pinto, J., Montinho, L., & Gonçalves, P. (2008). O doente queimado e a dinâmica familiar: O impacto da doença na família. *Referência*, 2 (6), 69-76.
- Roberts, M., & Pruitt, B. (1980). Cuidados de enfermagem e considerações psicológicas. In Artz, C.; Moncrief, J.; Pruitt, B. *Queimaduras* (pp. 331-148). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Serra, V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. (3ª ed. rev. aum.). Coimbra: ed. do autor.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: Estudo intergeracional mãe - filho(a)*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Stroud, M., Turner, J., Jensen, M., & Cardenas, D. (2006). Pattern responses to painbehaviors are associated with depression and activity interference among persons with cronic pain and spinal cord injury. *J. Pain*, 7 (2), 91-99.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: Sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artmed.

O IMPACTO DA QUEIMADURA NA RELAÇÃO CONJUGAL E NA INTIMIDADE

JOSÉ MANUEL PINTO²⁸

LUÍS MIGUEL MONTINHO²⁹

PEDRO RICARDO GONÇALVES³⁰

O impacto do acidente no Subsistema Conjugal

O subsistema conjugal é formado quando dois adultos se unem, com o propósito expresso de formar uma família (Relvas, 2000). Têm tarefas ou funções específicas, vitais para o funcionamento da família. A aceitação da interdependência mútua, numa relação simétrico-complementar, pode ser prejudicada pela insistência de cada um dos membros nos seus direitos individuais (Minuchin, 1990).

Os casais funcionais partem de “um eu e um tu” para a construção de um “nós”. Cada um deles tem uma identidade e uma vida própria e nem o casal nem os cônjuges podem esquecer-se de que autonomia, partilha e negociação são, se não palavras mágicas, pelo menos instrumentos fundamentais de articulação (Alarcão, 2000).

O “eu” e “tu” correspondem a cada um dos sujeitos: aos seus desejos, às suas necessidades, aos seus valores, às suas atitudes, às suas expectativas, aos seus comportamentos, às suas aprendizagens; numa palavra, às suas características físicas, cognitivas, emocionais e morais.

O “nós” emerge duma área de encontro do par e diz, desde logo, respeito ao projeto do casal. O “nós” apela a uma construção cúmplice e protetora (Minuchin, 1990; Relvas, 2000) ou como referem Fekete et al., (2007) as perceções emocionais dos cônjuges medeiam a capacidade de resposta na relação de apoio e bem-estar psicossocial,

28 PhD, Professor Coordenador da ESEnfC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

29 Enfermeiro no Serviço de Neurologia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

30 Enfermeiro no Serviço de Neurocirurgia 1 dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

presumindo uma área de encontro onde cada parceiro funciona como caixa de ressonância do outro. Nesta construção participam a história e a representação interna de cada um dos cônjuges, bem como das histórias que a família cria e desenvolve sobre a conjugalidade.

Em situação de crise, o casal pode-se tornar um refúgio para o *stress* interno ou externo e ser a matriz para o contacto com outros sistemas sociais, mesmo em situações mais desfavoráveis, por favorecer a aprendizagem, a criatividade e o crescimento. No processo de acomodação mútua, o casal pode atualizar aspetos criativos dos seus parceiros, que estavam latentes, e apoiar as melhores características de cada um. Mas os casais também podem estimular aspetos negativos um do outro. O casal pode insistir em aperfeiçoar ou salvar os seus parceiros e, por este processo, desqualificá-los. Neste caso os casais tornam-se «uma arena íntima particularmente intensa de negociação social» Weingarten (2013, p. 83). Como sabemos, algumas negociações estão mais alinhadas do que outras em relação a quem nós pensamos que somos e quem queremos ser (Alarcão, 2000; Watzlawick et al., 1998.; Weingarten, 2013). Ao invés de aceitá-los como são, um dos cônjuges pode impor novos padrões a serem atingidos e estabelecer padrões transacionais dependentes-protetores e por isso disfuncionais na sua complementaridade rígida (Alarcão, 2000; Watzlawick et al., 1998).

Esses padrões rígidos podem existir em casais comuns, sem subentender uma patologia extensiva ou uma motivação malevolente em cada membro.

Os casais necessitam de construir uma fronteira clara que os salvguarde na sua integridade individual e na de casal. Os adultos necessitam preservar um território psicossocial próprio – um abrigo no qual possam dar apoio emocional um ao outro. Se a fronteira em torno do casal é inadequadamente rígida, o sistema pode ficar stressado pelo seu isolamento. Mas se o casal mantém fronteiras frouxas, outros subgrupos, inclusive filhos e parentes afins, podem-se intrometer no funcionamento do subsistema deles. Em termos humanos simples, marido e mulher precisam um do outro como um refúgio das exigências múltiplas da vida.

Sabemos que a reação da família à doença vai depender, entre outras circunstâncias, do familiar afetado. Não é a mesma coisa estar doente o marido, a esposa ou algum filho (Minuchin, 1990).

Queimadura num dos cônjuges

A perturbação produzida pela doença vai por à prova a natureza dos laços afetivos entre o elemento queimado e o seu cônjuge. A doença e a incapacidade subsequente do

doente queimado deste pode também provocar uma redução dos ganhos, implicando isso uma necessidade de ajustamentos que provocam situações potenciais de *stress* e mobilizam processos resolutivos, nomeadamente o diádico tentando perceber como uma pessoa reage aos sinais de *stress* de outro. Os processos resolutivos comuns colocados em marcha nos quais os casais se pensam em termos de um “nós”, com as duas pessoas vendo-se como responsável pela manutenção do relacionamento e da gestão compartilhada do seu esforço parece estar associada a um maior bem-estar no relacionamento, apesar das tensões de lidar com as situações de doença (Acitelli & Badr, 2005; Weingarten (2013). Esta conjugação pode exigir, em momentos de crise e de doença, que um dos cônjuges tenha uma função substitutiva ou tão só complementar, que pode implicar a renúncia a outros planos e projetos. Estas mudanças podem gerar desencontros, tensões e/ou mau humor e raiva inconsciente para com o doente (Bonilla, 1989). Nestas situações, quando os casais experimentam o «nós», a qualidade conjugal é avaliada como mais satisfatória (Weingarten, 2013), tal como quando o apoio emocional é recíproco e sentido como adequado (Fekete et al., 2007).

A boa qualidade conjugal parece ter impacto sobre a saúde e uma melhor qualidade de vida, tanto para a pessoa doente como para o parceiro. Se antes da doença as responsabilidades eram partilhadas por ambos os cônjuges, quando uma pessoa adoece pode sentir a sua autoridade diminuída ou anulada, gerando-se focos potenciais de conflitualidade no casal. Ullrich, Askay, & Patterson, D. (2009) realizaram um estudo prospetivo, com 64 adultos sobreviventes de queimaduras logo após a alta de pacientes queimados com *follow-ups* ao ano e aos dois anos, em que analisaram a associação entre dor, depressão e função física através da passagem e recolha de questionários que avaliam a dor, depressão e funcionamento físico. Concluíram que havia melhoria com o decorrer do tempo e que dor e depressão estão sempre associados a um pior funcionamento físico, mas as associações variavam de acordo com o intervalo de tempo considerado. Além disso, a associação entre dor e função física foi mais forte entre as pessoas com *scores* de depressão mais elevados. Concluíram também que a situação de doença e as mudanças que implicam podem provocar alterações na relação conjugal, sobrecarregando o cônjuge. Estes resultados vêm ao encontro da importância da existência de um “nós” conjugal sólido que funcione como protetor e como “antidepressivo” face às situações *stressantes* existentes, por ser um sinal de esperança e conforto na adversidade, um verdadeiro porto seguro.

Por outro lado, a queimadura, ao colocar em *questão a imagem* corporal do cônjuge queimado e confrontar o outro cônjuge com essas mesmas alterações, instala um período mais ou menos longo de cicatrização e recuperação funcional (Summer, et al., 2007), dependendo da extensão e da profundidade das queimaduras. Este período conturbado

na vida do casal questiona a intimidade dos cônjuges. O padrão íntimo e as relações sexuais dos cônjuges podem diminuir ou desaparecer, podendo gerar perturbação e afastamento emocional e/ou perda de cumplicidade no casal. Em geral, a doença pode produzir fenómenos de regressão comportamental provocando maior conflitualidade na relação conjugal. Estes tornam os vínculos mais inseguros (Bowlby, 1993) e expõem o casal a uma situação de crise que, por um lado incrementa o desencontro e/ou risco de conflito mas que proporciona uma construção mais cúmplice do casal e da vivência da sua conjugalidade.

O parceiro pode ver-se sujeito a profundas mudanças relacionais provocadas pela doença do cônjuge com queimadura, que apelam à relação prévia entre os cônjuges e a própria tolerância à frustração (Bion, 2004) de projetos de vida cuja situação de doença impossibilita ou difere no tempo. Podem produzir-se sentimentos de mal-estar (mistura de temor, angústia e repugnância) e de hostilidade. A doença pode tornar o cônjuge com queimadura mais débil e frágil por ver questionada a complementaridade e o suporte na relação, agora que o cônjuge exige esses cuidados para ele próprio.

Poderão também instalar-se a abnegação, a atenção e os cuidados para com o doente.

Ao nível afetivo, quando a queimadura afeta um dos cônjuges, poder-se-á instalar após uma queimadura aguda, maior angústia que é consistentemente observada em indivíduos que apresentam um padrão conflitual ambivalente entre enfrentar e evitar a situação presente, tendendo a apresentarem mais sintomas que os que usam padrões claros para lidar com a situação acidental no cônjuge (Fauerbach et al., 2009).

O mau estar e a estranheza face ao corpo lesado do cônjuge pode levar à recusa de proximidade e/ou apoio por existir zanga e revolta enquanto o cônjuge pode necessitar de acompanhamento, carinho e amor por estar numa fase de recuperação tendente à aceitação do ocorrido. No entanto, cada caso é único.

A intimidade poderá ficar afetada após a queimadura, apelando a uma reconstrução da própria relação de intimidade. Esta far-se-á a par e passo no encontro e na confirmação de cada um dos cônjuges numa recriação da intimidade onde a queimadura apela a uma reformulação da imagem corporal do próprio e do cônjuge. Se a pessoa queimada ou o seu cônjuge se desentramarem poderá haver maior *stress* «dor crônica debilitante e transtornos relacionados ao *stress*» (Summer et al., 2007). Este desencontro sofrido pode instalar um período de crise e de desconfiança acerca de si, do outro, onde a dor pode predominar e as capacidades de cada cônjuge serão questionadas. A não aceitação do corpo, pelo próprio, após as lesões causadas pelo acidente, bem como do cônjuge, poderá levar ao adiar do contacto íntimo que afasta o casal e potencia áreas de conflito e desencontro.

Metodologia

O presente estudo qualitativo exploratório pretende compreender melhor a seguinte questão de investigação:

- Quais as mudanças que ocorrem na relação conjugal face à queimadura de um dos cônjuges?

O estudo foi realizado no Serviço de Consultas Externas da Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

O método de colheita de dados foi a entrevista, semiestruturada, com perguntas abertas para que o entrevistado pudesse falar abertamente da sua experiência, sem se perderem os objetivos da mesma.

O guião final foi construído da seguinte forma: na primeira parte foram colhidos dados pessoais, clínicos e, ainda, houve a aplicação da Escala de Graffar Simplificada. Na segunda parte foram colocadas questões relativas à dinâmica conjugal (“Como sentiu a reação do cônjuge ao seu acidente?”; “Sente que o acidente alterou a vossa maneira de ser íntimo? Como?”) de forma a saber como é que o doente queimado vivência a experiência interna e relacional de um acidente marcante na sua relação conjugal.

As entrevistas foram realizadas aquando da ida dos utentes às Consultas Médicas ou de Enfermagem, para realização do tratamento à queimadura.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 21 doentes, maioritariamente do sexo feminino, num total de 62% (13 mulheres), com uma média de idades de 44 anos. No que se refere à escolaridade, a maior parte da amostra possui a instrução até ao Primeiro Ciclo (47%). Quanto ao tipo de queimadura, 90% apresentam etiologia térmica, 52% são de espessura total e 67% são queimaduras ligeiras, atingindo membros superiores em 62% e inferiores em 43%, seguido da cabeça e pescoço em 33%. Do total de entrevistados, 57% apresentou internamento hospitalar e 71% refere que não apresentou apoio psicológico. No que diz respeito ao tempo de ocorrência da queimadura, verifica-se que 43% das queimaduras ocorreram há menos de 2 meses. Da análise do tipo de família verifica-se que: 42% pertence à Família de Classe Média, seguida da Família de Classe Média Baixa (29%). Quanto ao tipo de união, verifica-se que 95% dos indivíduos estão casados e apenas um se encontra em união de facto. No que se refere ao tempo de união/casamento, verifica-se que a média de tempo de casamento decorrido é de 20 anos.

Apresentação de resultados

O tratamento da informação recolhida foi realizado através da análise de conteúdo, procedendo-se a uma categorização da informação. Desta resultaram duas grandes categorias, a saber: **a reação do cônjuge** e a **intimidade conjugal**.

A reação do cônjuge

Os indicadores retirados das reações relatadas dos cônjuges resultaram em três tipos de subcategorias as reações positivas, as negativas e as ambivalentes (Tabela 1).

As reações positivas têm como indicadores a **preocupação/culpa/apoio/proximidade** e a **aceitação** ou até a **reaproximação** dos cônjuges:

“Aceitou e apoiou desde o primeiro momento” (E8;)

“Sentiu-se culpado (...) está sempre muito preocupado pergunta-me sempre como é que está como me sinto/” (E12)

“Apoio e proximidade” (E13) 0-2

“Aproximou-se mais de mim” (E15) 0-2

“Houve aceitação e muito apoio e proximidade” (E16) 0-2

“Ele não me culpou (...) está preocupado é que eu fique bem” (E17)

“Ela também me tem ajudado muito” (E19)

“Tivemos uns anos complicados. Agora voltou a ser como era” (E20)

“É mais amiga do que era antes” (E21)

As reações negativas têm como indicadores comunicacionais a **zanga/abatimento/pânico**

“Ficou todo lixado (...) ficou de morrer” (E1)

“Ficou muito abatido a ainda está a ressacar” (E2) 0-2

“A reação do meu marido foi dizer que eu era parva” (E3)

“Entrou em pânico completamente”(E7) 0-2

“Ela desmaiou depois de eu já ter ido embora” (E9)

“A minha esposa não aceitou muito bem o acidente e sentiu uma certa revolta” (E18)

As reações ambivalentes apresentam como indicadores expressivos a **zanga/revolta** acomodadas com a proximidade sem deixarem de gerar desconforto na pessoa com queimadura e decerto no outro cônjuge:

“Tenho o meu marido ao pé de mim (...) ele arrelia-se. ele ralha comigo” (E4)

“Meio refilão mas depois aceitou, olha o trabalho que tu fizeste” (E6)

“Ficou preocupado e disse “bem feito (...) só para tu saberes que n devias levar água quente para a cama” (E10)

“Primeiro surgiu a revolta depois o apoio e a proximidade” (E14)

Tabela 1 – Reações do cônjuge a(o) companheira(o) com queimadura

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
Reação do cônjuge	Positiva	<p>“Aceitou e apoiou desde o primeiro momento” (E8,)</p> <p>“Sentiu-se culpado (...) está sempre muito preocupado pergunta-me sempre como é que está como me sinto/” (E12)</p> <p>“Apoio e proximidade” (E13) 0-2</p> <p>“Aproximou-se mais de mim” (E15) 0-2</p> <p>“Houve aceitação e muito apoio e proximidade” (E16) 0-2</p> <p>“Ele não me culpou (...) está preocupado é que eu fique bem” (E17)</p> <p>“Ela também me tem ajudado muito” (E19)</p> <p>“Tivemos uns anos complicados. Agora voltou a ser como era” (E20) 12+</p> <p>“É mais amiga do qu era antes” (E21) 12+</p>
	Negativa	<p>“Ficou todo lixado (...) ficou de morrer” (E1) 2-12</p> <p>“Ficou muito abatido a ainda está a ressacar” (E2) 0-2</p> <p>“A reação do meu marido foi dizer que eu era parva” (E3) 2-12</p> <p>“Entrou em pânico completamente”(E7) 0-2</p> <p>“Ela desmaiou depois de eu já ter ido embora” (E9)</p> <p>“A minha esposa não aceitou muito bem o acidente e sentiu uma certa revolta” (E18)</p>
	Ambivalente	<p>“Tenho o meu marido ao pé de mim (...) ele arrelia-se. ele ralha comigo” (E4)</p> <p>“Meio refilão mas depois aceitou, olha o trabalho que tu fizeste” (E6)</p> <p>“Ficou preocupado e disse “bem feito (...) só para tu saberes que não devias levar água quente para a cama” (E10)</p> <p>“Primeiro surgiu a revolta depois o apoio e a proximidade” (E14)</p>

Podemos sintetizar que a paleta de respostas face ao c3njugue com queimadura 3 diversa e pode estar relacionada com o resultado da queimadura, pois os padr3es de rela33o alterados parecem predominar ao longo do tempo, tendo como base a preocupa33o face ao acidente. Verifica-se que nos discursos feitos no passado h3 mais rea33es positivas, o que se confirma numa maior proximidade relatada entre o casal, provocada pela crise, isto 3, o acidente promoveu uma aproxima33o do casal.

b) Intimidade conjugal

A intimidade conjugal, mostra-se predominantemente alterada. Esta altera33o deve-se ao elemento acidental que se interp3s entre os c3njuges. O receio de tocar e magoar e as limita33es f3sicas funcionam como limitadores da rela33o conjugal.

Constituiram-se tr3s subcategorias: a alterada, a imut3vel e a ambivalente para a rela33o que pode ter sido alterada positiva ou negativamente (Tabela 2). As altera33es negativas t3m como indicadores a predisposi33o, as limita33es f3sicas e o evitamento.

“A minha predisposi33o foi-se (...) e ele respeita” (E2) 0-2

“3 diferente pois tenho assim os p3s/” (E5)

“Durante a noite vira-se ao contr3rio para n3o me magoar” (E6)

“H3 movimentos que n3o posso fazer” (E7) 0-2

“Alterou nos primeiros dias (...) dois meses sei l3” (E8)

“Tenho medo. Parece que te estou a aleijar” (E9)

“Ap3s a queimadura (...) naquela altura foi mau” (E16)

“A minha esposa no in3cio tinha nojo de me tocar, de me abra3ar...” (E18)

“As coisas j3 n3o s3o as mesmas” (E21)

As altera33es positivas t3m como mote uma maior aproxima33o dos c3njuges ap3s o acidente, parecendo haver um estreitamento emocional entre os c3njuges, como se o acidente tivesse permitido uma resolu33o criativa e 3ntima do casal.

“3 cada vez mais amor” (E15)

“Agora at3 estamos a tentar ter um filho” (E20)

A rela33o tamb3m foi relatada como imut3vel por algumas das pessoas sujeitas a queimadura, parecendo ter na base uma rela33o de proximidade e cumplicidade entre o casal.

- “A expressão de carinho é a mesma coisa” (E1)*
- “O meu marido foi sempre para mim como dantes” (E3)*
- “Não foi assim grave a esse ponto” (E10)*
- “ Não mexeu nada”(E12)*
- “Não mexeu nada antes pelo contrário” (E14)*
- “Continuamos com a mesma vida” (E19)*

Tabela 2 – A intimidade conjugal com a(o) companheira(o) com queimadura

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
Intimidade conjugal	Alterada	<p>“A minha predisposição foi-se (...) e ele respeita” (E2) 0-2</p> <p>“É diferente pois tenho assim os pés/” (E5)</p> <p>“Durante a noite vira-se ao contrário para não me magoar” (E6) (0-2</p> <p>“Há movimentos que não posso fazer” (E7) 0-2</p> <p>“Alterou nos primeiros dias (...) dois meses sei lá” (E8)</p> <p>“Tenho medo. Parece que te estou a aleijar” (E9)</p> <p>“É cada vez mais amor” (E15)</p> <p>“Após a queimadura (...) naquela altura foi mau” (E16)</p> <p>“A minha esposa no início tinha nojo de me tocar, de me abraçar...” (E18)</p> <p>“Agora até estamos a tentar ter um filho” (E20)</p> <p>“As coisas já não são as mesmas” (E21)</p>
	Imutável	<p>“A expressão de carinho é a mesma coisa” (E1)</p> <p>“O meu marido foi sempre para mim como dantes” (E3)</p> <p>“Não foi assim grave a esse ponto” (E10)</p> <p>“Não mexeu nada” (E12)</p> <p>“Não mexeu nada antes pelo contrário” (E14)</p> <p>“Continuamos com a mesma vida” (E19)</p>
	Ambivalente	<p>“É perfeitamente igual. A pessoa que não está aleijada tem sempre a preocupação” (E11)</p> <p>“Na nossa vida íntima não noto diferenças (...) Temos algumas limitações” (E17)</p>

Discussão

Os resultados permitem-nos dizer que a relação conjugal e íntima se alteram quando um dos cônjuges sofre uma queimadura que implique um período de recuperação mais ou menos longo, mesmo no caso de queimaduras consideradas moderadas e ligeiras.

Percebe-se que a relação de casal – relacional e íntima - fica predominante alterada devido aos efeitos da própria queimadura. Esta situação acidental apela a uma reação positiva que mobilize um “nós” no casal, uma área de encontro do par, cúmplice e protetora (Minuchin, 1990; Relvas, 2000) onde as percepções emocionais dos cônjuges em relação à parceria seja positiva, uma vez que estas medeiam a capacidade de resposta na relação de apoio e bem-estar psicossocial (Fekete et al., 2007). Esta área de encontro do casal pode, nesta situação de crise do casal, tornar-se um refúgio para o *stress* interno ou externo e ser a matriz para o contacto com outros sistemas sociais, mesmo em situações mais desfavoráveis, por favorecer a aprendizagem e o crescimento, potenciando uma aproximação e enlace criativo do casal.

Quando as reações dos cônjuges são negativas e/ou desadequadas aos olhos do outro, os casais podem estimular e amplificar aspetos negativos que afastam os cônjuges e os impedem de um enlace mais íntimo. Um dos cônjuges pode insistir em aperfeiçoar e/ou criticar o outro, desqualificando-o. Nesta situação de desencontro, os casais tornam-se «uma arena íntima particularmente intensa de negociação social» (Weingarten, 2013, p. 83), podendo estabelecer-se padrões transacionais dependentes-protetores disfuncionais na sua complementaridade rígida (Alarcão, 2000; Watzlawick et al., 1998) ou uma luta simétrica em que cada casal se “enche de razões” que o afastam do outro e enredam numa luta que dificulta a própria recuperação (Ullrich, Askay, & Patterson, 2009). Confirma-se que a manutenção de um relacionamento e da gestão compartilhada do seu esforço parece estar associada a um maior bem-estar no relacionamento, apesar das tensões de lidar com as situações de doença tal como referem Acitelli & Badr (2005) e Weingarten (2013).

As alterações positivas possibilitam que o casal se reinvente e estabeleça projetos onde o envolvimento do par se revela. Uma boa qualidade conjugal parece ter impacto sobre a saúde e uma melhor qualidade de vida, tanto para a pessoa doente como para o parceiro.

A intimidade do casal também parece ficar predominantemente alterada com a situação de queimadura de um dos cônjuges, embora se tenham constituído três tipos de resposta: a alterada, a imutável e a ambivalente.

A relação pode ser alterada positiva ou negativamente. As alterações negativas têm como indicadores a predisposição, as limitações físicas e o evitamento. De acordo com

Ullrich, Askay, & Patterson (2009) a associação entre dor, maiores níveis de depressão e função física provocam alterações na relação conjugal, sobrecarregando o cônjuge. Podem produzir-se sentimentos de mal-estar (mistura de temor, angústia e repugnância) e de hostilidade. A doença pode tornar o cônjuge com queimadura mais débil e frágil por ver questionada a complementaridade e o suporte na relação, agora que o cônjuge exige esses cuidados para ele próprio.

As alterações positivas têm como mote uma maior aproximação dos cônjuges após o acidente, parecendo haver um estreitamento emocional entre os cônjuges, como se o acidente tivesse permitido uma resolução criativa e íntima do casal.

Uma relação funcional e íntima também parecem predizer uma imutabilidade na relação em situação de crise por queimadura de um dos elementos do casal. Uma relação de proximidade e cumplicidade entre o casal. Estes resultados vêm ao encontro da importância da existência de um “nós” conjugal sólido que funcione como protetor e como “antidepressivo” face às situações stressantes existentes, por ser um sinal de esperança e conforto na adversidade, um verdadeiro porto seguro.

Nestes casos, se as relações sexuais dos cônjuges podem diminuir ou desaparecer, a intimidade pode manter níveis satisfatório pela manutenção duma proximidade carinhosa, atenta e responsiva relatada pelo cônjuge sujeito a queimadura.

Esta situação acidental provoca mudanças relacionais que parecem apelar à relação prévia entre os cônjuges e a própria tolerância à frustração (Bion, 2004a, 2004b) relativamente a projetos de vida cuja situação de doença impossibilita ou difere no tempo.

As respostas ambivalentes apontam sobretudo para uma má integração da situação presente instalando, após a queimadura do conjuge, maior angústia devida a um padrão conflitual ambivalente entre enfrentar e evitar a situação presente, tendendo a apresentarem mais sintomas que os que usam padrões claros para lidar com a situação acidental no cônjuge (Fauerbach, et al., 2009).

O mau estar e a estranheza face ao corpo lesado são relatados como fonte de desencontro, evitamento e/ou conflito e podem levar à recusa de proximidade e/ou apoio por existir zanga e revolta enquanto o cônjuge pode necessitar de acompanhamento, carinho e amor por estar numa fase de recuperação tendente à aceitação do ocorrido.

Em síntese, podemos concluir que uma intimidade satisfatória só se fará a par e passo no encontro e na confirmação de cada um dos cônjuges numa recriação da intimidade onde a queimadura apela a uma reformulação da imagem corporal do próprio e do cônjuge. Se a pessoa queimada ou o seu cônjuge se desencontrarem poderá haver maior stress «dor crónica debilitante e transtornos relacionados ao stress» (Summer et al., 2007). Este desencontro sofrido pode instalar um período de crise e de desconfiança

acerca de si, do outro, onde a dor pode predominar e as capacidades de cada cônjuge serão questionadas. A não-aceitação do corpo pelo próprio, após as lesões causadas pelo acidente, bem como do cônjuge, poderá levar ao adiar do contacto íntimo que afasta o casal e potencia áreas de conflito e desencontro.

Conclusão

Podemos concluir que a queimadura num dos cônjuges introduz uma crise no sistema conjugal que questiona e desafia os alicerces e limites da relação conjugal. Os cônjuges vêem-se impelidos a reconstruir uma área de enlace, agora diferente da anteriormente imaginada e/ou negociada. Os processos de perda e de luto, originados pela queimadura de um dos cônjuges, obriga a repensar a relação, obriga a uma recriação que se mostra, na maioria das vezes, com uma reação positiva do cônjuge com o decorrer do tempo, embora no início possam existir manifestações de choque, afastamento e outras manifestações negativas. Concluimos, pelos padrões inalterados de relação antes e depois do acidente, que a funcionalidade e o enlace emocional do casal podem facilitar uma relação boa e satisfatória no casal onde o carinho e a proximidade possam ser a manifestação íntima e confirmatória de um enlace criativo num tempo em que a queimadura e o seu processo, colocam a relação num nível diferente, onde a intimidade parece ficar alterada após a queimadura.

Realçamos pois a importância de equipas multidisciplinares para, caso a caso, poderem intervir neste nível de potencial desencontro do casal, facilitando a sua aproximação e/ou recriação da sua intimidade abalada.

Referências bibliográficas

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Acitelli, L.K., & Badr, H.J. (2005). My illness or our illness? Attending to the relationship when one partner is ill. In T.A. Revenson, T., K. Kayser, K., & G. Bodenmann, G. (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 121-136). Washington: American Psychological Association
- Bion, W. (2004). *Elementos de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. (2006). Atenção e interpretação. Rio de Janeiro: Imago.
- Bonnilla, A. (1989). A família do doente: leitura psicológica. *Hospitalidade*, 53 (208), 20-48.
- Fauerbach, J. & Una D. (2009). Traumatic burn injury: Neuropsychiatric perspectives on risk, outcomes and treatment. *International Review of Psychiatry*, 21 (6), 501-504.

- Fekete, E., Stephens, M., Mickelson, K., & Druley, J. (2007). Couples' support provision during illness: The role of perceived emotional responsiveness. *Families, Systems, & Health, 25* (2), 204–217.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Relvas, A. (2000). *Ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (2ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Summer, J., Puntillo, A., Miaskowski, C., Paul G., & Levine, J. (2007). Burn injury pain: The continuing challenge. *The Journal of Pain, 8* (7), 533–548.
- Ullrich, P., Askay, S. & Patterson, D. (2009). Pain, Depression, and physical functioning following burn injury. *Rehabilitation Psychology, 54* (2), 211–216.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1998). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.
- Weingarten, K. (2013). The “cruel radiance of what is”: Helping couples live with chronic illness. *Family Process, 52* (1), 83-101.

PSICOLOGIA: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR...

O INTERNAMENTO E A REGRESSÃO TEMPORAL NO DOENTE ACAMADO

JOSÉ MANUEL PINTO³¹
PAULO QUEIRÓS³²

Introdução

O internamento hospitalar instala uma sucessão de vividos emocionais no doente que têm implicações diretas no seu funcionamento e no seu padrão de relação com os que o circundam e/ou dele cuidam. A complexidade do internamento hospitalar apela ao princípio hologramático que permite articular parte e todo onde ambos dão sentido aos pormenores expressos, facilitando a compreensão por si lacunar do doente e das suas circunstâncias. Neste sentido, um pormenor do doente pode abrir o campo para uma compreensão mais vasta das suas expressões, dúvidas e/ou queixas que, simultaneamente, revelam sinais e escondem sofrimento que não é expressável verbalmente pelo mesmo. Importa-nos, então tentar clarificar e dar sentido a algumas queixas dos doentes através do entendimento da sua história pessoal, tendo por base a caracterização da existência ou não de rutura da continuidade do existir (Winnicott, 2000) e dos processos de regressão temporal característicos nestas situações de internamento.

O presente artigo tem como propósito fazer uma reflexão acerca da relação doente cuidador, partindo de um trecho relacional entre eles:

“António era um doente idoso, desorientado, demonstrava-se agressivo durante a prestação de cuidados com os profissionais de saúde; para a família não mostrava atitudes agressivas. O doente dizia: «Não me mate... não me magoe...», sendo este o quadro relacional estabelecido”

31 PhD, Professor Coordenador da ESEnfC, Psicólogo, Membro da Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas; Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos.

32 PhD, Professor Coordenador da ESEnfC, Enfermeiro, Pós-doutorando do ICBAS-UP.

O retorno da agressão como expressão

Sabemos que a motilidade é a génese da agressão (Winnicott, 2000), e que este movimento reaparece em momentos de desespero e sentidos pelo próprio como críticos. A fala em tom calmo e sereno potencia a possibilidade do doente se acalmar de forma progressiva, e tem como cuidado básico a não invasão do espaço vital do sujeito. Se o sujeito está acochado, com sentimento persecutório é preciso salvaguardar a área social, (80cm/1m de distância) como nos diz Vala e Monteiro (1983). A agressividade manifesta-se sempre que o indivíduo possa sentir-se invadido na sua integridade pessoal (por exemplo a hora do banho, que é o momento crítico dos cuidados ou na aproximação excessiva do profissional no contacto com o doente). Importa que exista no discurso coerência entre as palavras e os gestos dos profissionais de saúde, não podendo estes dizer: «olhe, não vai acontecer nada de mal...» e os gestos não serem coincidentes, serem intrusivos. A harmonia entre as diversas falas: a fala corporal e a fala verbal mostram-se fundamentais no processo de relação.

A manifestação de desespero pelo doente pode ter diferentes origens que importa clarificar antes de qualquer abordagem, implicando por isso uma preparação criteriosa dos profissionais no manuseio de instrumentos teóricos que não enviesem o processo comunicacional.

O desespero pode remeter para a agressão, mas também para o medo e, neste sentido, salvaguardar a invasão da integridade pessoal e assim o espaço vital do doente torna-se um aspeto imperioso, sempre que não haja procedimentos que exijam essa invasão para salvaguarda da sua integridade corporal.

Outro aspeto importante é perceber se o doente está regredido temporalmente. Quando tal acontece é importante olhar para ele não como um sujeito infantilizado mas como um adulto regredido temporalmente. Às vezes existe confusão entre estar criança e ser criança, regredir temporalmente não é ser criança, é ser um adulto regredido que deve ser tratado como tal percebendo-se os motivos da sua regressão. Em nosso entender, o que parece acontecer é que o doente quando faz uma regressão temporal coloca no prato da balança, no seu material interno, dois aspetos do seu eu, a saber:

1. **A regressão temporal à estrutura básica do eu** que remete para aspetos mais egóicos, mais narcísicos, envolvendo questões primitivas do eu. Explicitando melhor e em linguagem diferente, o que parece acontecer é um questionamento, uma dúvida acerca do Eu estrutural do indivíduo, da sua utilidade ou mesmo do sentido pessoal de ser e estar, ou seja, podem ser questionados os fundamentos da autoestima do indivíduo, sendo no entanto acontecimentos pontuais e decorrentes da estranheza do internamento;

2. **O conflito corpo saudável-corpo doente** que remete para o conflito entre o corpo sadio (o poder do sujeito, o domínio da situação ou o sentimento de domínio da situação) e o sentir-se fraco (doente, com medo de invasão e/ou desesperado). Este contraponto assume-se como “palavra-chave” do discurso com o doente porque quando percebemos o conflito, passamos a deter a possibilidade de contextualizar a angústia e torna-la elemento comunicacional.

A expressão relatada remete-nos ainda para o conceito de rutura de continuidade do existir, qual ferida na pele que rompe a continuidade da mesma. Esta apela a uma clarificação, por via da recolha da história pessoal do doente, que nos permitirá perceber se o seu padrão relacional é coerente ao longo do tempo (prévio ao internamento) ou se o processo de adoecer alterou a dinâmica relacional anterior do doente.

A família pode, muitas vezes, participar na (re)construção da história pessoal do doente facilitando a compreensão da continuidade ou da rutura relacional manifestada pelo mesmo na relação com os profissionais cuidadores. Sabermos que o sujeito já é assim há muito tempo, ou ao invés, que passou a ser assim depois de estar hospitalizado. Quando acontece a rutura no padrão relacional abre-se um campo de trabalho comunicacional que se espera terapêutico e que possa repor alguma serenidade no comportamento/ relação alterado do doente. Importa, então, perceber com a família se há ou não rutura do padrão da continuidade do comportamento e da relação. A importância da história pessoal está em se conhecer bem o doente e se fazer o historial para além dos aspetos de observação física. Torna-se, pois, fundamental o contacto com a família sempre que esta exista e participe no processo, perguntando-lhe como é o doente e como funcionava em casa; se o sente igual ou diferente, isto é, o que é que sente igual e o que é que sente diferente, tecendo a par e passo um pouco da história relacional do doente. Este torna-se, assim, mais compreensível aos olhos do profissional, pois, o levantamento da história relacional possibilita entender as suas *nuances* relacionais no aqui e agora, contextualizando, quer as respostas de infantilização quer os temores emergentes na relação, ajudando a evitar erros relacionais, sobretudo a infantilização ou o contacto físico intrusivo.

A infantilização e/ou o contacto físico intrusivo

Um levantamento lacunar ou inexistente da história pessoal do doente pode facilitar o uso da infantilização como uma estratégia que supostamente abriria as portas. Se o doente está frágil e/ou atemorizado pode levar o profissional a ter um comportamento de infantilização, nomeadamente, usando diminutivos excessivos nas palavras e/ou usando um tom infantilizante na voz que “pretendem” aproximar profissional e doente mas servem tão só para introduzir estranheza numa relação que deve ser baseada na

contenção, na compreensão e na transformação possível da angústia emergente, mas não obrigatoriamente familiar e/ou do tipo mãe-bebé.

A par da infantilização também pode ser utilizada a estratégia do contacto físico, que pode, como na ilustração acima expressa, ser sentida como invasiva. O toque, sendo um poderoso instrumento relacional, pode, se for usado indiscriminadamente, tornar-se um empecilho à relação por acentuar a desconfiança e incrementar o temor ou mesmo a raiva no doente. A aproximação, nestas situações, exige mais tato que toque, ou melhor, “tocar” o outro poderá acontecer sempre que se crie uma área de sintonia cuidador-doente e, deste modo, se estabeleça uma relação de encontro em que o temor, a angústia e/ou o desconforto possam ser transformados ou minimizados. Pode-se, em nosso entender, tocar o outro sem invadir a sua área de conforto pessoal muito questionada sempre que os aspetos mais persecutórios e/ou de estranheza estejam ativados pelo vivido de hospitalização.

Nestas situações, só na aparência a infantilização e o contacto físico podem ser abordagens terapêuticas, pois, o uso destas duas estratégias como tentativa de aproximação tornam com facilidade numa invasão do espaço de privacidade pelo toque ou pela manipulação desnecessária do doente que não parece ser a adequada, por ser invasiva e remeter o doente ainda mais para o uso das suas defesas mais persecutórias.

Por outro lado, estas estratégias comunicacionais encerram ainda riscos acrescidos, a saber:

- A adesão do doente através da dependentização, isto é, o sujeito adere mas torna-se dependente, colidindo isso com o desejo dos cuidadores, nomeadamente dos enfermeiros que pretendem promover os autocuidados do doente. Tornando-se este mais dependente por via da infantilização promovem-se, por exemplo, queixas como «foi-se embora de fim-de-semana e não me disse nada», «desapareceu e nunca mais disse nada».
- O estabelecimento de uma relação assimétrica rígida sustentada por uma relação mais infantil, uma relação assimétrica cuidador-cuidado em que o indivíduo cuidado é infantilizado e a relação tende a ficar próxima da relação primitiva, da relação mãe-criança ou da relação família-criança, podendo o profissional ter que arcar com toda uma projeção massiva das falhas, que podem até nem ser dele.

Nestas situações é preferível reservar o contacto físico para quando este for indispensável para o equilíbrio físico do doente, minimizando, deste modo, a invasão da área de integridade pessoal. Quando o doente em análise diz: «não me mate», «não me magoe» coloca a relação na área do persecutório, não quer dizer que ele seja ou que ele tenha uma esquizofrenia paranóica, ou que ele tenha uma psicose paranóide.

Quer dizer tão só que naquele momento o núcleo paranóico (Glover, 1978) predomina como resposta à situação estranha (de hospitalização e dos cuidados profissionais subsequentes). Se analisarmos em rigor o «não me mate, não me magoe», o primeiro é do domínio do persecutório, e coloca em questão a integridade pessoal e o outro remete para uma questão sofrida que pode ser uma caixa de pandora. Quando diz «não me magoe», ele está a falar da integridade pessoal ameaçada, mas também pode estar a falar condensadamente duma imensidão de aspetos, relacionados com o sofrimento, e é importante nós percebermos as palavras na sua essência, no seu *modus operandi* não só no seu *dixit*. Ao falarmos aqui de regressão temporal queremos distingui-la do conceito de regressão mais ou menos massiva a comportamentos onde o sujeito de algum modo fixou, no linguajar psicanalítico. São duas vivências estruturalmente diferentes.

Podemos mesmo dizer que a regressão temporal pode ocorrer mais facilmente quando nos deitamos, por exemplo à noite e nos assolam, sem pedido, pensamentos com anos ou décadas ou mesmo medos que o dia tinha remetido para as calendas. Esta regressão temporal pode acontecer pela colocação de uma simples hipótese de pensamento desta natureza: o que eu era, e o que eu sou. Poder-se-á dizer que são memórias. Mesmo assim verifica-se aqui um indesmentível regredir, porque se não houvesse regressão não havia um conflito que coloca o doente a dizer “não me mate, não me magoe”. Confirma-se, pois, uma área do conflitual que não é só memória. Claro que apela à memória pois todos nós somos memória, mas desvela um conflito que se estabelece e necessita ser percebido.

Voltando à questão da invasão da privacidade do espaço vital, no presente caso, consideramos que esta é uma questão fulcral num trabalho de cuidado terapêutico, se invadirmos sistematicamente e assumirmos que a aproximação se faz com o toque podemos desgastar uma abordagem que é rica e com muito potencial mas que deve ser usada criteriosamente.

Se percebermos que toque é aquilo que se usa predominantemente quando o sujeito é cego, o seu uso pode ser reservado para as situações de compaixão e de desarregimentação do eu, onde o toque é fundamental. De facto há situações em que o *holding* é reparador do sofrimento e da dispersão mental, mas é para aí que se deve guardar o toque, não deve ser uma técnica generalizada. Quando há dispersão mental, quando o sujeito se está a desorganizar no eu aí é preciso um toque que o unifique. Mas também pode ser uma técnica de pack³³, qualquer coisa que o embrulhe, que o envolva como se faz aos bebés quando eles choram muito. Ao apertar-se muito o involucro este envelope devolve-lhe a unidade perdida. É importante guardar o toque para momentos chave desta natureza, pois é um instrumento precioso que não deve ser usado indiscriminadamente.

33 Técnica por vezes utilizada também em contexto hospitalar para devolver o sentimento de unidade em doentes psicóticos descompensados.

Outros enlaces...

O trecho presente levanta ainda a questão de saber sobre a importância do chiste, da piada como método expressivo quando se verifica existir uma espécie de clivagem do eu - um eu adulto (o eu do chiste), e um eu infantil (que apela à contenção do desamparo e da angústia). O uso do chiste pode apresentar-se mais acessível ao profissional cuidador mas o seu uso deve ser inibido sempre que o doente apresente manifestações de terror (facial, corporal e/ou verbal), dependência extrema ou sentimentos de desamparo.

Quando o doente mostra terror é preciso serená-lo e devolver-lhe o par, contendo-o por via da voz, que tem que ser melódica e harmoniosa ao abordar o doente. Este pode mesmo projetar para nós a figura do agressor. Este terror na sua génese tem a ver com uma falta de transformação da emoção básica. Quando há transformação da emoção o terror aplaca e cede. Quando o indivíduo sente terror mostra também uma regressão temporal, isto é, não se diferencia, naquele instante, de um sujeito bebé na mais profunda ameaça.

Nestes casos extremos, o indivíduo pode retornar ao uso de algumas respostas instintivas componentes de que nos fala Bowlby (1990). Nestes casos importa verificar se o doente utiliza, por exemplo, a apreensão que o leva a agarrar-se tenazmente aos objetos (coisas ou pessoas) circundantes e/ou o choro que, quando tem força para isso, é um choro esgançado que entra por nós a dentro, nos arrepia, por ser um sinal humano de pedido de socorro. Este repertório comunicacional instintivo é o nosso repertório básico de relação. Diz Bowlby (*idem*) que só voltamos ao repertório básico de relação quando a situação é extrema e exige este tipo de resposta. Portanto o sujeito nesta altura faz, já não uma regressão temporal, mas uma regressão massiva aos seus vividos primitivos. Contê-lo e permitir-lhe o retorno a um estado de menor angústia torna-se o propósito central da ação do profissional cuidador.

A necessidade do indivíduo apela a uma comunicação calmante que se situe mais na expressão do doente do que no perigo externo real, pois estes aspetos externos não respondem à necessidade de contenção e transformação da angústia persecutória instalada e revelada no terror manifesto.

Conclusão

O presente artigo baseia-se num trecho comunicacional do doente e mostra por si mesmo a complexidade comunicacional implícita na relação e, por outro lado, a necessidade duma interação baseada na relação terapêutica assente em conceitos teóricos claros e aplicados recursivamente sempre que as situações o exigiam. O uso

indevido de abordagens pode ser mais um empecilho do que um recurso terapêutico independentemente da relevância do conceito em uso. A compreensão extensiva e interna do estado do doente no aqui e agora torna-se, a par duma boa recolha da historia pessoal que permita verificar se há ou não uma rutura do sentimento da continuidade do existir, fundamental para a compreensão do eixo interventivo a empreender na relação com o doente.

A escolha duma abordagem centrada na necessidade do doente, no aqui e agora, facilitará, em nosso entender, uma aproximação efetiva do profissional que reconhece a necessidade do doente e é, por isso, reconhecido.

Referências bibliográficas

Bowlby, J. (1990). *Apego*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.

Bowlby, J. (1993a). *Separação, angústia e raiva*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.

Bowlby, J. (1993b). *Luto, tristeza e depressão*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.

Glover, E. (1978). *Propos des noyaux des moi*. Paris: Tchou.

Vala, J. & Monteiro, B. (1993). *Psicologia Social*. Lisboa: FCG.

Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago.

PSICOLOGIA: COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR...

A PERDA DO CORPO SAUDÁVEL OU UM RETORNO À ILUSTRE CASA DE RAMIRES

JOSÉ MANUEL PINTO³⁴
PAULO QUEIRÓS³⁵

Introdução

A patologia cardiovascular, nomeadamente o AVC, abre campo a uma nova realidade, quer para o doente quer para quem dele cuida. As sequelas deixadas pelo mesmo impõem-se e obrigam o doente a uma verdadeira caminhada para a aceitação da sua nova imagem corporal que se desvela nos mais ínfimos pormenores da sua vida diária. No presente texto pretendemos contextualizar esta temática emergente por via da comunicação doente-profissional cuidador, partindo de uma vinheta clínica de um doente acometido de um AVC.

Bernardo³⁶ doente de 86 anos, sofreu um AVC do qual resultou uma hemiparesia à esquerda. Apresenta-se orientado e consciente da sua condição de saúde, mostrando-se uma pessoa divertida. Era construtor civil, sentia-se pioneiro na abertura de um minimercado na sua terra.

O que eu era...

A contextualização do doente remete-nos para a ilustre casa de Ramires, pois o sujeito parece falar de si como o descendente da família grandiosa na decadência dos tempos; usando o chiste evidencia, pelo contraste, a decadência do tempo presente. Os feitos grandiosos parecem esconder a fala das perdas e, se podem ser vistos como expressão, são, simultaneamente, uma defesa. Não podemos afirmar que se trata de negação, mas é sem dúvida uma tentativa de clivagem para esconder a fala da perda. Introduzindo na

34 PhD, Professor Coordenador da ESEnFC, Psicólogo, Membro da Sociedade de Psicodrama Psicanalítico dos Grupos e da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

35 PhD, Professor Coordenador da ESEnFC, Enfermeiro, Pós-doutorando do ICBAS-UP

36 Nome fictício

comunicação com o doente a saudade que estes momentos da sua vida lhe traziam, poderemos abrir o campo, o caminho para o doente se expressar sobre o que perdeu. Isto porque a dificuldade em fazer o luto por um corpo saudável revelava-se neste discurso pretérito da sua vida. O doente fazia-o ao referir-se apenas a momentos da sua vida em que se sentia capaz, forte e pioneiro. Anunciava-se como um homem muito à frente, pois, o pioneiro é o que vai à frente. No entanto, no aqui e agora, tinha uma hemiparesia que o impedia até de falar nela.

Contextuando deste modo a situação podemos, também, questionar que se ele está divertido, se não chateia porque é que não o deixamos com a sua defesa? Porque, em nosso entender, a defesa esconde a angústia e muitas vezes esta angústia interfere com o próprio processo terapêutico e com a sua evolução. A solicitude do doente não é em si um fator protetor para o seu processo de saúde. E a invocação da saudade e o reforço da saudade poderão funcionar como um mecanismo de proteção?! Pensamos que se ele fala do que perdeu e do que já sentiu ser com orgulho expresso, então, torna-se importante criar uma ponte discursiva entre passado e presente. Salientar a dificuldade e a dor do momento presente pode ser importante para lhe dizermos que o percebemos no seu não dito. Poder dizer-lhe algo como “parece-me que isto tudo é muito difícil para si e embora consiga ter esta competência de rir e se orgulhar do seu passado que nos vai ajudar muito na recuperação, também sinto que há aí uma tristeza que a gente podia falar”.

A saudade como valor de saúde?!

Se considerarmos a saudade como um valor de saúde, numa lógica de intencionalidade nas relações, então, toda a relação que se estabeleça, mesmo a mais brincalhona, mais informal, toda ela é fruto de uma intencionalidade. No entanto, esta intencionalidade pode não ser terapêutica. Neste sentido, os profissionais cuidadores utilizam estratégias de memorização do passado e/ou de invocação da saudade. Importa, pois, saber se esta vivência da saudade pode ser, ela mesma, transformada numa relação terapêutica³⁷

37 Construir uma relação terapêutica com o doente apela ao conhecimento do profissional cuidador mas também ao artifício, qual demonstração matemática onde artifício conjuga aspetos aparentemente diversos ou inacessíveis na base. O chiste, a graça são aspetos potencialmente protetores mas podem também esconder, no biombo do sofrimento dores não expressas, a troca da pessoa ser gostada pelo cuidador: Esta imensidão de dores, não sendo escutadas, podem tornar-se um obstáculo a uma adesão plena ao tratamento. Nestes casos, podem estabelecer-se falas dissonantes no doente em que uma parte dele “fala a linguagem do chiste” e outra murmura no solilóquio interno (Moreno, 1978, 1983) a fala do desalento e das perdas que doem sem poder ser expressas.

A temática do passado grandioso não resolve, em nosso entender, a questão da perda nem ajuda a lidar com ela. Importa, então, reforçar o valor do percurso de vida, que se afirma como âncora de integridade pessoal, mas convém introduzir a tristeza como elemento organizador do luto. Introduzir na fala que “o que me conta é muito importante, mas sinto ainda que há uma tristeza da qual tem dificuldade em falar”.

através do reforço da saudade e das memórias passadas e se, de alguma forma, lidar com a perda através da saudade pode ser terapêutico? Na prática importa analisar, situação a situação, o sentido da conversa, pois, ela pode ajudar a criar uma envolvimento uma área de intimidade que por si já pode ser terapêutica. Aprofundar a conversa com um “conte-me lá essa história do seu supermercado, parece que nessa altura eram boas as coisas para si”. Mesmo não sendo uma relação terapêutica promove um processo expansivo da mente que cria enlace e familiariza o doente com o contexto e com o profissional, reforçando o seu bem-estar ou, no mínimo, diminuindo o seu desconforto perante a estranheza. Instala também a questão da perda por via do não dito e apela a processos relacionais que ajudem a lidar com ela. Importa então reforçar o valor ao discurso que se constitui como âncora à qual o doente se pode agarrar, salientando, a par, que parece também haver uma tristeza que é difícil de ser falada.

O que eu sou e posso ser...

No caso em análise, a questão que se coloca é a seguinte: “é legítimo tirarmos o homem desta ilusão aos 86 anos?” Esta é a grande questão e retorna à palavra-chave “saudade”. Haverá valor terapêutico na saudade na faixa etária dos grandes idosos (85 anos ou mais)? Como é que os profissionais cuidadores lidam com isto? A saudade assume-se nos grandes idosos como aquilo a que se podem ainda agarrar?! E o reviver das memórias passadas com algum deste saudosismo alivia-os de alguma forma?! Fica-nos a dúvida do que os alivia, se é a relação estabelecida se é o conteúdo, isto é, se é o discurso ou a proximidade do outro que os conforta, pois a relação é dinâmica e vai tentando responder à necessidade emergente no doente. Ao hipervalorizarmos a saudade, a relação vai-se estabelecendo numa área de desejo, não numa área de necessidade, pois não damos ao doente o que ele necessita, damos-lhe o que ele deseja, mas o desejo é da área do primitivo, não é da área da elaboração. A elaboração é importante aos 86 anos, aos 5 anos, aos 20 anos ou aos 30 anos. Elaborar permite integrar as perdas e isso é um propósito explícito e implícito de qualquer relação terapêutica por ser gerador de transformação.

O discurso saudoso também é do domínio da tristeza e da perda. O problema é que quando uma pessoa não admite a tristeza tende a defender-se dela. A não assunção da tristeza é sempre uma defesa contra a sua aceitação e pode-se fazer de muitas maneiras, seja por *acting-outs* desenfreados, por somatização e/ou por depressão (Pinto, 2002) em qualquer etapa da vida.

Depressão e tristeza como contrapontos evolutivos

Em nosso entender, a depressão não pode conter a tristeza, porque esta não faz parte dos sintomas. A depressão é uma defesa contra a tristeza. Porque quem entristece não deprime. E quem deprime não consegue entristecer. Assim, o problema deste homem é começar a fazer asneiras, por exemplo, tentar fazer o que não é capaz, negando o problema e cair e magoar-se, tentar fazer uma série de coisas e não integrar a perda. Só a aceitação desta lhe possibilita a devolução de uma nova imagem corporal mais realista.

Este homem, no seu discurso, nunca mostrou ter uma imagem corporal realista dele. Retornou sempre ao passado, acompanhando o discurso de bom humor aparente. Mas o hospital é uma casa de perdas e aos 86 anos os ganhos têm de ser ganhos imediatos ou de sensação de alívio imediato. No entanto, se os profissionais cuidadores perceberem a perda e a introduzirem na relação pode haver uma sensação de alívio imediato pois o doente percebe que nós entendemos o que vai dentro dele. Cria-se com ele uma área de encontro num contexto empático. Importa reforçar bem todos os feitos deste homem, não lhe tirar isso, mas introduzir a tristeza da perda: “Percebo que foi um homem corajoso, com muito valor, mas sinto também alguma tristeza de que podíamos falar os dois” num movimento integrativo que afaste o indivíduo da depressão falhada (Matos, 2005). Em nosso entender, o risco maior deste homem é que se não tiver público, se não houver espelhamento, ele pode cair em depressão e afundar. Importa por isso perceber o contexto cultural da pessoa doente e a sua articulação com o processo criativo.

Contextos culturais diferenciados e o processo criativo

Os contextos culturais são um aspeto relevante na relação, pois um contexto cultural diferenciado permite utilizar a descrição de memórias como narrativa: «então que me diz a ir fazendo um diário dessas memórias todas que se lembra?». Este contexto diferenciado culturalmente, pode funcionar e permitir a construção de uma área de espelhamento expansivo. Assim esta construção permite transformar angústia em criatividade. Esta transformação de angústia em criatividade é algo válido, mas apela ao contacto com a tristeza mais ou menos velada, senão o doente pode responder de forma hipomaniaca, “não assentando o pé no chão”. De um lado, porque não pode e de outro, porque não tolera.

A abordagem com os mais idosos apela a um conteúdo não acintoso. A comunicação impõe-se como um repto ao qual a pessoa “pega” se quiser. No entanto é comum assistirmos ao mesmo tipo de discurso em pessoas muito mais jovens. Quando tal acontece importa trabalhar a tristeza porque a sua assunção tem, em si mesma, uma função antidepressiva. A assunção da tristeza é protetora para o sujeito, mesmo que o doente possa desabar-se num choro horrível. Neste caso, após uma escuta diagnóstica

da qualidade do choro³⁸ podemos reassegurá-lo dizendo: «chore que eu estou aqui, depois continuamos a falar». Passado o choro podemos iniciar a reconstrução de sentidos, pois, tocámos na essência da tristeza, fomos onde ele ainda não tinha ido. O choro como manifestação física da tristeza é algo dificultado pela falta de privacidade dos meios hospitalares. No entanto, se a pessoa for tocada no seu sofrimento torna-se mais capaz de fazer saltar as lágrimas escondidas nas suas manifestações hipomaníacas.

Integrando a nova imagem corporal...

No caso presente, este homem estava aqui numa fala do que já não era. A clivagem passado/presente governava o seu discurso, e esta não é elaborativa do luto. O que se torna imperioso com este doente é ajudá-lo a integrar uma nova imagem corporal, sem que se deixe abater, facilitando uma aceitação de si realista e das contingências do meio envolvente. Um homem neste estado ainda pode durar anos, carregando consigo, esta tristeza por elaborar. Se estiver sozinho a elaboração da perda dificilmente se faz porque ele tem medo do desespero que vai sentir, por isso é que é preciso dizer-lhe: «chore que eu estou aqui», «chore tudo o que precisa que eu estou consigo». O *holding* (Winnicott, 2000) terapêutico permitirá que a pessoa possa ir externalizando (Grinberg, 1985; Grinberg & Grinberg, 1998) de forma mais ou menos massiva o que a perturba e amanchuca.

A internalização da realidade e da nova imagem do corpo parece, no caso presente, instalar processos de projeção que apresentam uma dupla faceta; são um mecanismo de defesa primitivo (Freud, 1980b; Bion, 2004a) de descarga dos acúmulos de tensão e de desconforto e são também mecanismos primitivos de relação quando do outro lado existe alguém que recebe e elabora o projetado, facilitando então a integração dos conteúdos projetados como elementos pensáveis (Bion, 2004b; Dias, 2010).

O hospital, enquanto casa das perdas, é um sítio de projeção por excelência, ou seja, a propósito de uma perda todas as outras perdas podem emergir concomitantemente.

A integridade pessoal fica, de facto ameaçada e, os aspetos evacuativos podem aparecer num contexto em que a autonomia e o controlo, as outras duas grandes tarefas resolutivas da fase anal³⁹ se expressam mais insidiosamente. Neste sentido Abraham (2010) dizia

38 Importa distinguir o choro ritmado do choro esgançado (Bowlby, 1980). Este último encerra sentimentos de raiva que são relevantes na comunicação profissional cuidador- cuidado

39 Introduzimos o conceito de Freud (1980a), embora reconheçamos que dentro e fora da Psicanálise relacional o conceito é questionado. No entanto é nosso entender que este se pode tornar presente, de forma simbólica, sempre que se verifique uma ameaça à integridade pessoal e que possa ser visível nos sinais verbais como “estou-me a cagar”, “vou fazer merda” ou mesmo “já fizeste porcarias” e outras expressões similares, tão presentes no discurso diário.

que o período sádico-anal se dividia num período sádico-anal evacuativo e num período sádico-anal retentivo. Em nosso entender, a fase dita anal, nome que é esteticamente feio, mas que tem na base uma leitura psicofísica do desenvolvimento feita por Freud, na qual parte sempre do biológico para o psicológico, fazendo uma leitura estruturalista das necessidades com a seguinte sequência aquisitiva: necessidade de mamar, necessidade de controlar o esfíncter, necessidade de descobrir a intimidade sexual, necessidade de aprender na escola, necessidade de juntar tudo o que estava para trás para poder iniciar uma vida adulta sexualmente ativa (Freud, 1980b). Assim, as grandes tarefas a resolver nesta fase desenvolvimental entre o ano e os 3 anos são o controlo vs descontrolo, a autonomia vs dependência e a integridade do eu vs ameaça à integridade do eu. Os instrumentos relacionais utilizados são exibicionismo e/ou o voyeurismo, o sadismo e/ou o masoquismo, a atividade e/ou a passividade. Estes três pares antitéticos revelam um sujeito em risco como acontece muitas vezes em contexto hospitalar. Quando se instala uma ameaça à integridade pessoal, os mecanismos evacuativos revelam uma pessoa muito acoçada que pode voltar a funcionar a um nível mais primitivo – utilizando fundamentalmente o processo primário de pensamento onde impera a descarga dos acúmulos de tensão. O vivido do sujeito torna-se, no aqui e agora, um vivido limite. Este processo evacuativo não se pode resolver farmacologicamente, pois é preciso estancar também a verborreia mental evacuativa quando o sujeito traz esse magote de coisas à tona. Aí é preciso estancar a sua angústia, dizendo-lhe qualquer coisa do género: «ó senhor Bernardo/ó dona Maria esta coisa da hospitalização tem sido muito difícil para si e parece que abriu aí uma caixa de pandora. Se puder falar, poderá sentir-se mais aliviada». A caixa de pandora abre-se pelo vivido limite e pelo tempo que a hospitalização lhe confere para estar com eles próprios. Isto acontece na pior das situações e no maior dos desamparos, pois deixam de ter as suas famílias com eles e perdem tudo. Só o tempo sobra!...Os processos evacuativos verbais – com ou sem agressividade expressa – são processos limite, são processos que, do ponto de vista do desenvolvimento se situam no aqui e agora aquém do controlo que o sentimento da integridade pessoal instala. Se o sujeito evacua há o risco de poder agir desenfreadamente aspetos que possam ser dolorosos para si e/ou perturbadores para a própria dinâmica dos serviços. E isso abre portas ao diagnóstico das confusões e das desorientações em contextos hospitalares.

Nos doentes com AVC é quase inevitável a perda motora. Esta restringe a possibilidade de movimento, mostrando-se penalizante, abre a caixa de pandora e todo o passado pode ser revisitado. A dependência instala, então, um conflito entre o sujeito autónomo e o sujeito dependente que pode levar à clivagem. Neste caso eles não se tocam, porque o doente se focaliza no sujeito autónomo. Ele utiliza a clivagem e a questão da dependência instala-se como obstáculo a minimizar. É uma questão de salubridade mental porque os doentes, por muito bem que sejam tratados pelos seus, não deixam, quando recuperam, de tentar fazer coisas que faziam antes, fazendo asneiras, escondendo como os miúdos,

porque reparam que não conseguem fazer, e o que nós verificamos é que isto depois fica num domínio da não elaboração, tornando-se repetitivos estes comportamentos.

Os comportamentos repetitivos e a não elaboração das perdas

Os comportamentos repetitivos podem ser entendidos de duas maneiras:

1. Por via da resiliência,
2. Por via da falta de integração da imagem corporal.

A resiliência revela a força de vontade (Piaget, 2000), uma intencionalidade que o dispõe a tentar fazer que revela uma força biológica de auto-preservação que os impele para a ação, mas instala também uma nova imagem corporal que apela a uma integração que reenquadre e confine internamente as áreas de competência e os limites da pessoa. Esta dupla faceta pode levantar questões ao nível familiar porque a família assumiu o corpo doente do seu membro e as suas limitações enquanto o próprio não assumiu ainda a sua nova imagem corporal, criando-se uma área de desencontro familiar entre cuidado e cuidador informal. O que está na base deste desencontro parece ser a impossibilidade do sujeito aceitar a sua nova imagem corporal e os seus limites funcionais.

Nos profissionais cuidadores pode instalar-se uma ambivalência entre a luta pela autonomia (resiliência), que é um direito e uma força a ter em conta nos processos de reabilitação e empreender com a pessoa e as limitações do sujeito (nova imagem corporal) que instalam, a par e passo, questões éticas ao caminho a dar às intervenções realizadas.

A promoção da autonomia

A promoção da autonomia é um propósito e uma bússola que orienta os profissionais de saúde. No entanto, o caso presente, instala a dependência do doente e um repensar os limites e competências sem levar a pessoa a desistir da sua resiliência. O que nós falamos aqui é da instalação duma inversão de papel com um acréscimo de dependentização. Importa perceber que o sujeito fez uma escala ascendente que implicou perdas e que tem uma escala descendente que também implica perdas. O que é muito curioso é que esta escala ascendente que implica perdas era até há bem pouco tempo muito referenciada a perdas do estatuto funcional e físico, enquanto agora, com o aumentar da esperança média de vida e com as perdas no domínio de consciência, do estado de desorientação, do Alzheimer, das demências, por aí fora, as perdas deixaram de ser apenas físicas/

funcionais, mas em grande parte podem envolver perdas de autonomia cognitiva. E hoje sabe-se pelo volume e pela expressão do peso dos idosos, que as perdas tanto são de um domínio como do outro. Esta evidência coloca-nos, em termos de preparação para a vida adulta e de preparação para o envelhecimento, questões novas porque, a certa altura, já era mais ou menos interiorizado que a diminuição das capacidades físicas era natural, mas ainda não é interiorizado a diminuição das capacidades mentais e cognitivas ser natural e esse é outro problema que se coloca aos profissionais que querem ser assertivos em termos de preparação para o futuro e de relação com idosos.

O AVC expõe doentes, profissionais cuidadores e cuidadores funcionais a estas valências da perda e apela a que, caso a caso, se vá tecendo uma relação que integre o que está clivado, suportando nos aspetos volitivos do doente e/ou incentivando uma relação realista com a realidade onde a participação do doente é fundamental. Querer é muitas vezes poder mas para isso apela-se à restauração duma imagem corporal realista onde a clivagem não impere e a realidade não deprima.

Profissionais e doente podem, em conjunto, trabalhar o processo de recuperação, salvaguardando a história e o orgulho do doente sem o reterem num passado grandioso que não contacta com um presente doloroso que precisa ser reconhecido para envolver o sujeito nas transformações necessárias ao restaurar as competências velhas competências que a doença fez perder.

Conclusão

A perda do sentimento de integridade pessoal posto em marcha pelo AVC leva este paciente a fazer uma clivagem onde só o passado tem lugar na sua narrativa. Esta defesa pode interferir nos processos de adesão terapêutica. Para se ultrapassar essas situações propomos uma leitura histórico-atual onde o passado é respeitado e até valorizado, introduzindo-se, simultaneamente, no discurso a tristeza negada pelo “passado grandioso” Sugere-se também que estas situações podem provocar no doente um processo regressivo que importa desvelar e conter para facilitar o acesso mais realista à nova imagem corporal alterada, mobilizando as potencialidades do doente para a tarefa de reabilitação que tem em mãos, das quais depende muito do seu bem estar futuro.

Referências bibliográficas

- Abraham, K. (2010). *Manie et melancolie: sur les troubles bipolaires*. Paris: Petite Bibliothèque Payot
- Bion, W. (2004a). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Bion, W. (1966b). Elementos de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bion, W.(1991). As transformações. Mudança do aprender para o crescer. Rio de Janeiro: Imago.
- Bowlby, J. (1990). Apego. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993a). Separação, angústia e raiva. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993b). Luto, tristeza e depressão. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Freud, S. (1980b). Três ensaios sobre a sexualidade. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1980c). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1991a). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In Klein M. Inveja e gratidão e outros trabalhos (pp. 20-43). Rio de Janeiro: Imago.
- Moreno, J. (1978). Psicodrama. São Paulo: Cultrix.
- Moreno, J. (1983). Fundamentos do psicodrama. São Paulo: Summus.
- Piaget, J. (2000). Seis estudos de psicologia. Lisboa: Dom Quixote.
- Pinto, J. (2002). A fase pubertária: Da não-integração ao projeto de realização pessoal. Referência, 4, 17-29.

Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Revista científica indexada de divulgação internacional editada pela
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revista indexada no SciELO Citation Index da Thomson Reuters

