

Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário – CESPU

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

Hospital da Misericórdia de Paredes – HMP

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO – 2012

Supervisora Académica – Prof.^a Doutora Joana Isabel Tavares da Luz Soares

Orientador no HMP - Dr. Duarte Nuno Couto Pacheco

Local do Estágio - Unidade de Cuidados Continuados Nova Saúde Paredes
H.M.P – Hospital da Misericórdia de Paredes

Realização - Lucia Amélia Xavier Moreira

Gandra, 18 de fevereiro de 2013

Índice

Introdução - 5

Análise Institucional - 7

Funções do Psicólogo Clínico -15

Atividades da Estagiária - 17

Quadro de Casos Clínicos - 23

Construção do Caso Clínico - 25

O Caso Sr. A - 28

Descrição das Sessões - 32

O Processo de Avaliação - 47

O Processo de Observação - 48

Análise Compreensiva - 56

Prognóstico - 61

Auto – Crítica...63

Auto – Reflexão - 64

Conclusão - 67

Referências Bibliográficas - 68

Anexos - 69

Dedicatória

Dedico este Relatório de Estágio...

Ao propósito que me trouxe até aqui, junto a todos aqueles que, presentes e ausentes, estiveram ao meu lado em uma relação mútua de perfeito e genuíno desejo de dar continuidade à construção de uma realidade global onde todo o sofrimento possa estar amenizado pela vivência da solidariedade consciente daqueles que sabem que pisamos o mesmo chão e olhamos em direcção ao mesmo firmamento.

A construção de uma realidade mais digna para todos nós, valentes sobreviventes, de um mundo que está sempre e a cada instante a nos surpreender.

Lucia Xavier

Agradecimentos

“Em tudo dai graças”

(1 Tessalonicenses 5:18)

O Relatório de Estágio

Introdução

O presente trabalho foi realizado no âmbito da prática de Estágio Supervisionado do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da CESPU - Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário – ISCS – N - Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

O estágio, uma atividade curricular obrigatória, desenvolvida à partir da inserção da aluna no espaço sócio institucional objetivando capacitá-la para o exercício profissional, o que pressupõe supervisão sistemática, configura-se como a aprendizagem vivencial de todas as atividades práticas inerentes ao processo formativo da académica (Diretrizes curriculares ABEPSS, 1996, p.19). Assim sendo, este relatório tem como objectivo registar, o mais fidedignamente possível, o momento em que a estagiária, como académica, vivencia situações reais do exercício profissional.

Durante suas atividades como estagiária, a mesma procura fazer uma ponte entre a Teoria e Prática, construídas por meio dos conhecimentos e experiências que vai adquirindo através da observação, identificação de rotinas, expedientes, procedimentos e problemáticas no universo social de vivências diversas e singulares dentro da Instituição Hospitalar onde exerceu suas atividades como estagiária, nomeadamente no Hospital da Misericórdia de Paredes.

Estagiária:

Nome: Lucia Amélia Xavier Moreira

Curso: Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Morada: Av. da República, 75 – Castelões de Cepeda – Paredes - 4580 - 193

Tel: 910077015

E-mail: xavier.psicologia@hotmail.com

Orientador no HMP:

Nome: Duarte Nuno Couto Pacheco

Título: Psicólogo Clínico e da Saúde

Supervisora Académica:

Nome: Joana Isabel Tavares da Luz Soares

Título: Professora Doutora em psicologia Clínica

Local do Estágio

Instituição:

Nome da Instituição: Unidade de Cuidados Continuados Nova Saúde Paredes

H.M.P – Hospital da Misericórdia de Paredes

Análise Institucional

Dados de Identificação:

Nome da Instituição: Unidade de Cuidados Continuados Nova Saúde Paredes
H.M.P – Hospital da Misericórdia de Paredes

Morada: Rua Dr. Elias Moreira Neto, CP:4580 – 086 – Paredes

Telf: 255 780 730 | **Fax:** 255 780 311

E-mail: geral@hmp.pt

Sobre a Freguesia



O Hospital da Misericórdia de paredes pertence à Freguesia de Castelões de Cepeda, uma freguesia portuguesa do concelho de Paredes sendo a freguesia urbana da cidade de Paredes. Em termos de localização, Paredes goza de condições privilegiadas, uma vez que se encontra a escassos minutos do grande Porto. Por outro lado preserva, ainda, uma magnífica atmosfera rural.

Inserido na Rota do Românico e na Rota dos Vinhos Verdes, Paredes reúne um conjunto de equipamentos e meios que poderão proporcionar agradáveis momentos, resultante do significativo desenvolvimento turístico. Os rios que percorrem a região são polos de atração para os que sabem entender a natureza, prestando-se ainda a mover laboriosos moinhos que continuam a tarefa ancestral, como os existentes no lugar de Pias, desta Freguesia.

Em parte devido às suas características urbanas, as principais atividades económicas desenvolvidas na freguesia de Castelões de Cepeda

são sobretudo na área da indústria, do comércio e dos serviços. O mobiliário destaca-se por se encontrar em primeiro lugar na produção e venda do setor. À mestria tradicional dos seus artesãos, marceneiros e entalhadores, tem sucedido uma modernização tecnológica que soube conservar as características da qualidade da produção. O milho e o vinho continuam também a marcar um lugar relevante na atividade económica, dado o seu índice de qualidade.

Caracterização da Instituição

Duas fotografias (s/d) da primeira pedra do Hospital da Misericórdia de Paredes



Histórico da Instituição

O Hospital da Misericórdia de Paredes foi inaugurado em 1966, no entanto em 1977 foi nacionalizado pelo Estado que passou a explorá-lo como a unidade de Paredes do Centro Hospitalar do Vale do Sousa, funcionando como tal até novembro de 2001. Com a inauguração e entrada em funcionamento, no final desse ano, do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, este edifício Hospitalar foi desactivado. No sentido de retomar a exploração da actividade hospitalar no actual edifício existente, a Sociedade Hospital da Misericórdia de Paredes, S.A. procedeu à remodelação e ampliação do edifício, desenvolvendo o programa funcional, os projectos de arquitectura e respectivas especialidades tendo sempre em conta o cumprimento da legislação, a excelência técnica e a

qualidade, tendo adquirido para o efeito equipamentos médicos e tecnologia de ponta.

Em fevereiro de 2008 o HMP volta a ativar seu atendimento ao público. O mesmo é constituído por 04 pisos, respectivamente, o piso 0, onde funciona o Serviço de Entrada e Recepção dos Utentes e é destinado aos Serviços Clínicos de Consulta Externa com especialidades em Clínica Geral; Psiquiatria; Imuno-Alergologia; Cardiologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial; Neuro-Cirurgia; Dermatologia; Endocrinologia; Gastrenterologia; Ginecologia e Obstetrícia; Infecto-Contagiosas; Medicina Desportiva; Medicina Dentária; Nutrição; Ortopedia; Oftalmologia; Pediatria; Psicologia; Pedopsiquiatria; Terapia da Fala; e Serviço de Imagiologia.

O HMP dispõe também de um Serviço de Urgência com atendimento permanente de 24 h por dia.

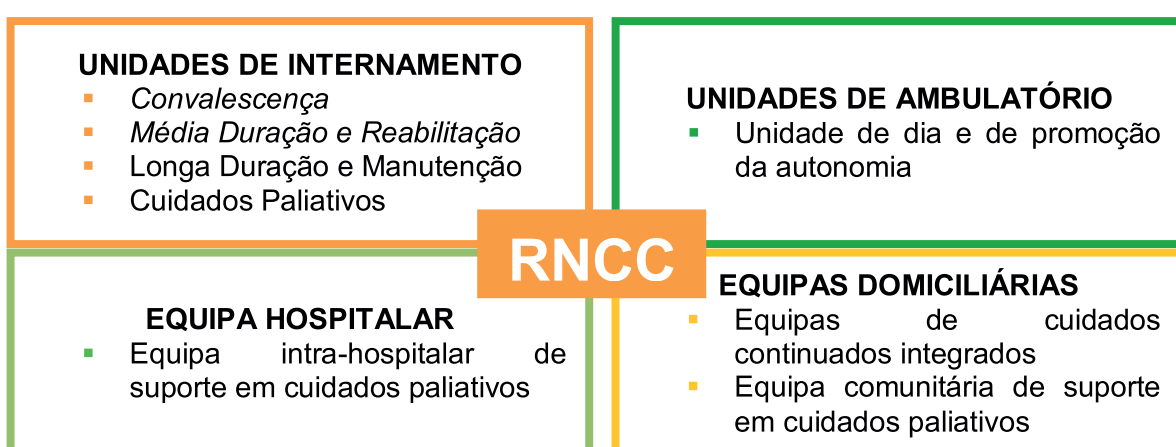
(Informações retiradas do Portal Hospital da Misericórdia de Paredes – Online – Atualizado Quinta, 11 Outubro 3012)

Dos 04 pisos mencionados acima, um deles está reservado para os Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e outro para os Cuidados Continuados de Convalescença, os dois pisos nos quais a Estagiária exerceu suas actividades e funções. Os mesmos estão inseridos no contexto de uma Estrutura de Funcionamento Organizacional, que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI e constitui-se como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. São objectivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

Neste sentido, importa caracterizar as várias tipologias de cuidados continuados: Constituem unidades de internamento, as Unidades de

Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos. Constituem Equipas Hospitalares, as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas de Gestão de Altas. A nível domiciliário, as Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos. Por último, ao nível de ambulatório, temos as Unidades de Dia e Promoção de Autonomia.

Estrutura de Funcionamento da Organização – RNCCI



O Hospital da Misericórdia de Paredes

Como já mencionado acima, o Hospital da Misericórdia de Paredes possui uma Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e outra de Cuidados Continuados de Convalescença, integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados.

A seguir será feita uma breve caracterização da organização funcional de cada uma destas Unidades em particular.

Unidades de Média Duração e Reabilitação

“A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda

transitória de autonomia potencialmente recuperável.” (art. 13º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho).

Esta Unidade tem como finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.

O objetivo desta Unidade é responder às necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde e evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos; contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos; reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração e promover a reabilitação e a independência dos utentes. Caracteriza-se por prestar cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade de 30 dias consecutivos, por cada admissão.

Os utilizadores potenciais das unidades de média duração e reabilitação são doentes oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento.

Os cuidados a prestar nas Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação, manutenção e apoio social e à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia possível, promovem o treino de funções cognitivas, sensoriais, e motoras, ressocialização e atividades sócio ocupacionais.

Cada Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação deve dispor de uma equipa técnica que deve ser constituída, pelos seguintes profissionais de saúde: Médico; Enfermeiro; Fisioterapeuta; Terapeuta ocupacional em tempo parcial; Psicólogo clínico em tempo parcial; Nutricionista em tempo parcial; Auxiliares de ação médica.

Para cada doente admitido na Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação deve ser constituído um processo que integre os

componentes administrativos, sociais e clínicos: Diagnóstico das necessidades clínicas e sociais; Plano individual de intervenção, expressando os cuidados a prestar de acordo com os objectivos a atingir; Consentimento Informado; Registo sistemático dos cuidados prestados por cada elemento interventor, datado e rubricado; Avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção; Nota de alta.

O funcionamento da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação processa-se de acordo com regras a definir em Regulamento Interno onde deve constar: Critérios de admissão e de alta dos utilizadores; Definição das competências e funções de cada um dos profissionais e outros prestadores; Horários de funcionamento; e outros.

Critérios de admissão

São critérios de admissão na Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação: Necessidade de controlo de sintomas difícil de realizar no domicílio; Necessidade de cuidados de reabilitação que exijam internamento, para melhoria e/ou manutenção de capacidades; Necessidade de cuidados de manutenção que exijam internamento; Necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais. Impossibilidade, por ausência de recursos sociofamiliares, de uma pronta reinserção na comunidade.

Critérios de alta

São critérios de alta da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação: Obtenção dos objetivos clínicos e de reabilitação; Necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação; Necessidade de resposta isolada do âmbito da saúde ou de apoio social.

A preparação da alta da Unidade de Internamento de Média Duração e Reabilitação compete à Equipa da Unidade e obedece a um processo sistemático que garanta a continuidade de tratamento e apoio, se necessário, noutros níveis da rede de cuidados continuados integrados.

Unidades de Convalescença

A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se

articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.” **(art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).**

Tem como finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

O objetivo desta Unidade é responder às necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde promovendo a reabilitação e a independência dos utentes; contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos; evitando a permanência desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos; otimizando a utilização de unidades de internamento de média e longa duração.

Destina-se ao tratamento de situações pós-agudas, com necessidade de recuperação intensiva, na sequência de internamento hospitalar ou agudização de doença crónica cujo tratamento não exija recursos de um hospital de agudos.

A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 90 dias consecutivos.

Os utentes das unidades de convalescença são maioritariamente doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/Traumatologia, de Neurologia.

A prestação de cuidados nas Unidades de Convalescença é garantida por uma equipa multidisciplinar das áreas de saúde e da acção social, determinada pela natureza dos cuidados a prestar, tendo em conta que se destinam, particularmente, à reabilitação e rápida reintegração dos utentes no seu meio de vida em condições da maior autonomia possível e, que deve, no mínimo integrar os seguintes de profissionais de saúde: Enfermeiros (sendo preferencialmente, um especialista em Reabilitação); Médicos (sendo um fisiatra); Fisioterapeuta; Dietista; Auxiliares de acção médica.

Para cada utente admitido na Unidade de Convalescença deve ser constituído um Processo do Utente que integre os seguintes componentes administrativos, sociais e clínicos: Identificação e residência do próprio; Identificação, residência e telefone de familiar ou outra pessoa a contactar em caso de necessidade; Identificação da entidade referenciadora; Identificação do médico assistente e respectivo contacto; Data de início e final do episódio de internamento; Diagnóstico das necessidades de saúde e sociais; Plano Individual de Cuidados, expressando as atividades a desenvolver de acordo com os objectivos a atingir; Consentimento informado do utente; Registo sistemático dos cuidados prestados por cada elemento da equipa, datado e rubricado, em suporte único de registo; Atualização periódica, no mínimo semanal, do Plano Individual de Cuidados; Nota de Alta contendo a avaliação multidisciplinar.

(Informações retiradas do Manual do Prestador - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UM CCI) - 1.ª Edição: Agosto de 2011

Função do Psicólogo Clínico no Serviço de Cuidados Continuados

Nas Unidades de Saúde, os psicólogos são chamados a prestar serviços de consulta psicológica individual, mas têm também que dar respostas ao nível dos projetos de saúde e a muitos tipos de problemas humanos e institucionais. Torna-se evidente que para uma Unidade hospitalar, não chega um psicólogo com competências para a Avaliação clínica e para qualquer forma de intervenção terapêutica individual. Tem que ser também um profissional-investigador com competências ligadas à áreas educacionais sociais e organizacionais ligadas à saúde, capaz de proporcionar às equipas de cuidados de saúde e às direções, uma compreensão das especificidades psicológicas associadas à saúde, à prestação de cuidados de saúde, à gestão dos recursos, à humanização dos serviços e à intervenção comunitária, que possa ter utilidade nos processos de tomada de decisão (Trindade, 1996).

É neste contexto que importa caracterizar o papel profissional do psicólogo e as suas competências em áreas tais como promoção da saúde e prevenção, consulta psicológica, reabilitação, investigação, formação e outras actividades.

Dentre todas as competências relativas ao papel profissional do psicólogo numa Unidade Hospitalar, a seguir será mencionado tão somente as funções e actividades em que a Estagiária esteve inserida.

No contexto da consulta psicológica, a intervenção, nesta área, difere dos serviços tradicionais de consulta psicológica em quatro aspectos principais que são: o número de consultas é elevado; o tempo de cada consulta é mais curto; os utentes não apresentam geralmente perturbações mentais relevantes e, finalmente, a colaboração com o médico da equipa é essencial.

A intervenção do psicólogo torna-se mais útil para o médico quanto mais se constituir como relevante, prática e breve. Para tal, é importante que o psicólogo identifique junto do médico qual o(s) tipo(s) de utente(s) considerado(s) mais problemático(s), preocupante(s) ou frustrante(s) e, seguidamente, desenvolva competências nessas áreas (Trindade & Teixeira, 1998).

A intervenção na reabilitação em cuidados continuados direcciona-se para a integração social e profissional de sujeitos com doença crónica incapacitante

com a finalidade de promover adaptação mais satisfatória à situação, por parte do sujeito e da família. Podem ser importantes as estratégias de confronto e os processos de ajustamento psicológico à hospitalização, cirurgia, dor crónica e ao cancro, bem como às consequências de traumatismos cranianos e de acidentes vasculares cerebrais.

Neste âmbito o psicólogo poderá também desempenhar papel mediador entre a equipa de saúde e a equipa de reabilitação, bem como a equipa de saúde e os suportes comunitários necessários para a integração (Trindade, 1996).

É também desejável a participação do psicólogo em Ações de Formação contínua destinada a outros técnicos e voluntários, em especial centrada em aspectos psicológicos relacionados com as suas intervenções nas prestações de cuidados. Os conteúdos concretos de formação terão de ser adaptados às características e necessidades da comunidade abrangida ao papel desempenhado pelos destinatários.

O psicólogo pode influenciar as atitudes dos outros técnicos em temáticas tais como educação para a saúde e prevenção, participação comunitária, ciclo de vida e saúde, influência social e cultural nos cuidados de saúde, informação e comunicação em saúde, comportamentos de adesão e desenvolvimento de autocuidados, saúde dos idosos, minorias étnicas e culturais, comportamentos de procura de cuidados de saúde e utilização de serviços de saúde, e qualidade dos cuidados.

Não deverá negligenciar-se a sensibilização dos outros técnicos para aspectos psicopatológicos envolvidos, por exemplo no crescimento e desenvolvimento, alimentação, contraceção, planeamento familiar, disfunções sexuais, gravidez e maternidade, envelhecimento, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dependência do álcool e drogas, tabagismo, cancro e outras doenças crónicas (Trindade & Teixeira, 1998).

Para concluir, considera-se indispensável à partir de agora promover uma reflexão aprofundada por parte dos psicólogos sobre o seu papel num sistema de saúde em mudança. De fato, a publicação recente de legislação sobre os centros de saúde de 3ª geração exige e torna urgente essa reflexão, nomeadamente ao nível da adaptação do papel profissional e das modalidades de organização da prestação de serviços psicológicos, uma vez que a

integração na carreira dos técnicos superiores de saúde já é um dado adquirido (Trindade, 1996).

Funções e atividades Clínicas exercidas pela estagiária

O Estágio Curricular no Hospital da Misericórdia de Paredes aconteceu no período de 17 de outubro de 2011 à 31 de julho de 2012, porém foi solicitado pela estagiária ao seu supervisor Dr. Duarte Pacheco um prolongamento de sua estadia no hospital a fim de concluir seu trabalho com um de seus pacientes, o que foi concedido.

A princípio foram cumpridas oito horas semanais, tempo relativamente curto, mas em conformidade com o horário em tempo parcial do Psicólogo do Hospital, Dr. Duarte Pacheco, Supervisor da estagiária.

A Estagiária esteve também sob a supervisão da Dra. Joana Soares em reuniões semanais, realizadas individualmente e em grupo, no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte – ISCS-N, as quais, a princípio ocorriam uma vez por semana e, posteriormente, passaram a ser marcadas em conformidade com as necessidades de cada estagiária.

Na Unidade de Cuidados Continuados do HMP foram cumpridas tarefas tais como: a observação do funcionamento das Unidades em que as estagiárias exerceriam suas atividades e funções, sempre com a preocupação de redirecionar a observação, mais cuidadosamente, para as possibilidades que eventualmente se abriam para o exercício das funções e atividades no papel de Psicólogo.

Na aceção da Estagiária, o campo de atuação do psicólogo pareceu-lhe bastante comprimido e portanto, limitado, dentre as outras especialidades que apresentavam um campo bem mais vasto e alargado, assim parecendo sempre estarem estas em posição prioritária em relação ao trabalho exercido pelo Psicólogo. No entanto, a despeito desta situação, foi possível também à estagiária, observar a grande importância da presença do Psicólogo em uma Unidade Hospitalar visto que a maioria dos doentes que lá estão necessitam significativamente do apoio de um técnico da Saúde mental, uma vez que experienciam momentos de extrema angústia, não somente provocados pela doença mas também pelo próprio ambiente hospitalar que, por si só, constitui-se em um fator de despersonalização (Trecho retirado do trabalho de Ação de Formação,

HMP, 2012) e conseqüentemente a isto, cria estados emocionais fragilizados e facilmente mais vulneráveis ao desenvolvimento de uma depressão e/ou outras patologias, marcadas por fortes traços de ansiedade.

Reuniões Teórico-Clínicas de Supervisão

Ao longo do estágio, foram realizadas reuniões com todo o grupo de estágio sob a supervisão da Doutora Joana Soares, as mesmas aconteciam, como já foi dito acima, semanalmente no ISCS-N, com a presença de todas as estagiárias sob a orientação da mesma, onde eram propostas algumas atividades cujo intento seria dar suporte Teórico-Clínico ao estagiário.

Estas reuniões constituíam-se em atividades tais como: a elaboração de um Plano de Estágio em que foram propostas algumas intervenções para serem realizadas com os pacientes no HMP. Foram também propostos estudos sobre alguns Instrumentos de Medida Quantitativa para o conhecimento mais aprofundado dos mesmos e que supostamente serviriam como suporte às consultas de Avaliação Psicológica que seriam realizadas no HMP. No que diz respeito à estagiária, a esta ficou destinado o estudo do instrumento B.S.I (*Brief Symptoms Inventory, B.S.I.*, Derogatis y Melisaratos, 1983).

Da mesma forma foi solicitada às estagiárias a exploração de um caso clínico refletido teoricamente e por escrito, o qual seria apresentado por cada aluna ao seu grupo de estágio, com a finalidade de as preparar para a construção do caso clínico final.

Foi também realizado treinamento da escrita de um Relatório de Estágio.

As mesmas reuniões constituíam-se em um espaço onde as estagiárias, já em atividade nos respectivos locais de estágio, tinham a oportunidade de discutir os casos acompanhados pelas mesmas.

Tratava-se também de um espaço onde as dificuldades emocionais das estagiárias e os sentimentos envolvidos no lidar com situações novas e, na maioria das vezes, trágicas, do ambiente hospitalar, podiam ser partilhadas em um clima de compreensão e ajuda mútua.

Reuniões de Supervisão no local de estágio

No local de estágio as reuniões eram realizadas as terças e sextas-feiras, com a presença do Dr. Duarte Pacheco, Psicólogo do HMP, e

estagiárias sob a sua supervisão. Estas reuniões eram destinadas ao esclarecimento e orientação sobre eventuais dúvidas surgidas na prática clínica.

No âmbito das consultas de avaliação foi sugerido às estagiárias pelo Dr. Duarte, a pesquisa e a aplicação de Entrevista Motivacional aos utentes nas suas diferentes fases de internamento. Este tipo de entrevista ajuda os profissionais a supervisionarem o grau de motivação do paciente ao mesmo tempo em que incentiva os mesmos à participação ativa e responsável nos seus próprios cuidados.

Para contextualizar os diversos casos clínicos que iam surgindo na prática clínica, a estagiária sentiu a necessidade de recorrer à recolha de informações bibliográficas sobre as principais características das diferentes e mais recorrentes doenças nas Unidades em que atuou, a saber: Sintomas significativos da Doença Obstrutivo-Crônica- DPOC; Sintomatologias mais frequentes nos indivíduos acometidos por um Acidente Vascular Cerebral – AVC; Os efeitos mais frequentes da Histerectomia Total em Idade Precoce; e, como a maioria dos pacientes acompanhados pela estagiária eram pessoas idosas, a mesma optou por pesquisar sobre especificidades do idoso.

Ação de Formação (Em Anexo)

No âmbito do estágio realizado pela aluna, foi solicitada a realização de Ação de Formação a ser dirigida aos membros que constituíam as diferentes especialidades clínicas. Foi sugerido pelo Dr. Duarte Pacheco à Estagiária, falar aos diferentes profissionais sobre a forma mais adequada de abordar um paciente, salvaguardando, deste modo, os cuidados necessários para a proteção da dignidade e integridade do doente como pessoa.

A estagiária decidiu pelo tema “Cuidado Humanizado”, sendo essa apresentação a última atividade desenvolvida pela estagiária no Hospital da Misericórdia de Paredes, em que buscou desenvolver um trabalho, todo ele voltado para a conscientização da necessidade de se cuidar não apenas da doença, mas da pessoa como um todo, tratando de temas tais como: O AVC no idoso;

A depressão como consequência mais comum neste quadro e sintomas associados;

A visão Dualista de Descartes, em filosofia, o dualismo opõe-se às várias formas de monismo, dentre as quais o fisicalismo e o fenomenismo. Refere-se à relação matéria-espírito, fundada sobre a afirmação de que os fenómenos mentais são exteriores ao mundo físico. O uso do termo na aceção mais difundida pela tradição filosófica data da primeira metade do século XVIII, com Christian Wolff (1670-1754). Wolff deslocou o emprego da palavra para a relação entre corpo e alma, opondo o dualismo ao monismo. Segundo ele "são dualistas aqueles que admitem a existência de substâncias materiais e de substâncias espirituais", e o fundador do dualismo teria sido Descartes, que formalizou a versão mais conhecida do dualismo em 1641, ao reconhecer a existência de duas espécies diferentes de substâncias: a corpórea e a espiritual;

O ser Humano visto através de uma visão Holística, Holismo (do grego *holos* que significa inteiro ou todo) - é a ideia de que as propriedades de um sistema, quer se trate de seres humanos ou outros organismos, não podem ser explicadas apenas pela soma dos seus componentes. O sistema como um todo determina como se comportam as partes. O princípio do holismo foi discutido por diversos pensadores ao longo da História. Nomeadamente pelo primeiro filósofo que o instituiu, para a ciência, que foi **o francês Augusto Comte (1798-1857)**;

Ética, a Ética representa imperativo universal, indissociável do agir humano e assim concebida no plano do conhecimento científico – Franchini A. , 1987);

O Cuidado Humanizado, Amar ao próximo como a si mesmo - Jesus Cristo, a vivência do “amar ao próximo como a si mesmo” equivaleria ao “colocar-se no lugar do outro ”como se” o outro fossemos – Carl Rogers);

A Comunicação Terapêutica, desde a admissão até a alta do paciente, há comunicação e interação, sendo desenvolvido um relacionamento interpessoal. Muitas vezes contudo, essa comunicação não é como deveria ser, pois os diferentes profissionais pouco priorizam o seu tempo junto ao paciente. Estes têm dificuldades em distinguir os diferentes membros da equipa multidisciplinar” (Tigre Arruda, Costa Ramos, 2007);

A atenção ao Não-Verbal;

A Congruência na Comunicação;

Otimismo realista, alguns autores argumentam que manter a esperança e o otimismo sem mentir, fingir ou ignorar as reais preocupações e riscos dos pacientes e de seus familiares é, provavelmente, um dos aspetos mais difíceis do trabalho de quem cuida de doentes sem possibilidades de cura total. Manter o otimismo, não significa que conversas sérias ou a expressão de sentimentos negativos ou pessimistas não devam ocorrer. Essas situações podem e devem acontecer, mas precisam ser seguidas pela busca construtiva e partilhada do lado positivo da situação;

O Burnout, cuidar de quem cuida.

Desta forma, constituiu-se o encerrar das atividades da estagiária no HMP, com a apresentação do tema Cuidado Humanizado, experiência bastante gratificante e produtiva em seu processo de profissionalização, à medida em que lhe foi possível constatar, através da resposta obtida dos participantes, traduzida pelo interesse do Sr. Dr. Chefe da Equipa de Enfermagem do HMP de que fosse rerepresentado o tema para o máximo de

profissionais possíveis, integrantes da Instituição, o que não foi levado a frente por razões a que a estagiária não teve acesso. Porém o mais gratificante em todo este trabalho foi, sem dúvida, a percepção da estagiária de que, sempre há algo de nós que podemos acrescentar, com eficiência e gratidão, e que apresenta-se como novo, se não na literatura já existente, mas no modo único e particular de transmitir e acrescentar uma novidade a algo ou alguém.

Atendimento de Casos Clínicos

No processo de interação clínica foram adotadas pela estagiária um conjunto de atitudes facilitadoras da relação terapêutica como referencial teórico, baseadas nos estudos de Carl Rogers, nomeadamente para a orientação e redirecionamento das suas intervenções com seus pacientes. E assim foi, não somente por ser aquela uma abordagem com a qual a estagiária apresenta grande afinidade mas também por considerá-la bastante apropriada ao que se refere a sua aplicação em diferentes tipos de situações, podendo utilizá-la consoante as necessidades de cada paciente em particular, devido isto às várias e diversificadas possibilidades que se lhe apresentavam e, deste modo, poder responder com o máximo de adequação à diferentes demandas psíco-emocionais dos singulares casos clínicos e das mais inesperadas situações determinadas, muitas vezes, pelo próprio cotidiano hospitalar, onde nem tudo está sob controlo.

No decorrer do seu estágio no Hospital da Misericórdia de Paredes, a estagiária atendeu de forma regular, um total de doze casos clínicos.

Os pacientes atendidos, receberam acompanhamento psicológico duas vezes por semana, com um tempo médio de 50 minutos por sessão durante o período em que estiveram hospitalizados. Alguns pelo período de um mês – Unidade de Cuidados Continuados de média duração e Reabilitação – e, outros pelo período de três meses – Unidade de Convalescença.

Todos os pacientes que estiveram sob os cuidados da estagiária passaram a ter, para ela e, em si mesmos, um significado muito importante, por tratarem-se de pessoas que necessitavam de auxílio enquanto doentes e também, no sentido de que, com eles, a mesma pode estabelecer uma satisfatória relação psicólogo-paciente. Ou seja, a estagiária teve a percepção de que na interação estabelecida psicólogo-paciente, ambos, estagiária e

doente, sentiram-se confortáveis em seus respectivos papéis e /ou condição, um frente ao outro.

Dentre todos os casos clínicos, a estagiária escolheu o caso Sr. A. para relatar no presente documento por tratar-se, o mesmo, de um paciente que muito a mobilizou emocionalmente e que, por essa mesma razão, esteve mais comprometida como profissional e como pessoa. A estagiária escolheu, portanto, o caso que para si foi o mais doloroso de acompanhar pelas suas próprias dificuldades de foro pessoal, e, assim o fez, como que em um desafio obstinado em superar-se, a si mesma, na sua tão frágil condição humana.

Segue abaixo a tabela de todos os casos clínicos acompanhados pela estagiária.

Descrição dos Casos Clínicos acompanhados pela Estagiária no HMP [Total=12], complementado pela apresentação do Caso Clínico Sr. A.

Paciente	Sexo e Idade	Motivo de Internamento	Data de Admissão	Acompanhamento Psicológico (nº de sessões)	Estado Psíquico e/ou mental Predominante	Tipo de Intervenção
Sra.M	F-75	Sépsis por colecistite aguda /Amputação	27/10/2011	06	Depressão grave	Terapia de Apoio*
Sr.J	M-55	AVC Isquêmico	04/11/2011	08	Delírios	Observação/Terapia de Apoio
Sra.I	F-42	Sequelas de AVC lacunar	15/11/2011	06	Depressão moderada	Terapia de Apoio
Sr.F	M-72	DPOC	29/11/2011	02	Ansiedade	Observação
Sra.A	F-74	Enfarte Cerebral	26/01/2012	05	Humor Distímico	Terapia de Apoio
Sra.D	F-84	Fratura Trocanterica à direita	20/02/2012	02	Humor Eutímico	Cancelado acompanhamento psicológico
Sr.L	M-68	Traumatismo Craniano	20/03/2012	03	Desorientado T/E – Quadro demencial	Observação
Sra.A.D	F-54	DPOC/Desnutrição	29/03/2012	05	Depressão	Terapia de Apoio
Sra.G	F-80	Fratura Sub-Troncaterica à esquerda	02/04/2012	04	Ansiedade	Terapia de Apoio
Sra.R	F-82	Intoxicação Digitalica	29/05/2012	08	Humor Distímico	Terapia de Apoio
Sra.R	F-75	Fratura Periprotésica esq. e dir.	20/06/2012	02	Humor Eutímico	Observação

*Terapia de apoio - Podemos definir a Psicoterapia de apoio como o conjunto de técnicas interventivas que permitem ao terapeuta (neste caso à estagiária em psicologia clínica), «carregar» os pacientes, ajudar a ampará-los, e a dar-lhes apoio de um modo cientificamente fundamentado (Bloch, 1999). Neste âmbito os seus objetivos são específicos e variados, como: -1- promover uma adaptação psicológica e

social mais positiva, reforçando as capacidades do paciente em enfrentar as vicissitudes e os desafios da vida; -2- tentar proporcionar um aumento da auto-estima e da auto-confiança, realçando as qualidades e as realizações conseguidas; -3- consciencializar o paciente das suas limitações sobre o que pode ou não atingir; -4- prevenir recaídas e tentar evitar a deterioração ou a disfuncionalidade; -5- tentar proporcionar uma estabilidade psicológica e autonomia salutar, capazes de despromover a dependência das consultas de acompanhamento; -6- estimular a criação de uma rede de apoio social mais coesa e estruturada, de modo a que o paciente se sinta apoiado noutros contextos da sua vida (Bloch, 1999).

“A porta da verdade estava aberta Mas só deixava passar Meia pessoa de cada vez.[...] Só conseguia o perfil de meia verdade. [...] E os meios perfis não coincidiam. Arreventaram a porta. Chegaram ao lugar luminoso Onde a verdade esplendia os seus fogos. Era dividida em duas metades. Diferentes uma da outra. Chegou-se a discutir qual a metade mais bela. Nenhuma das duas era perfeitamente bela. E era preciso optar. Cada um optou Conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia.”
(ANDRADE, Carlos Drummond)

Construção do Caso Clínico

Perspectiva de trabalho

A perspectiva da estagiária na construção do caso clínico que apresenta, está baseada quase toda ela, na Terapia Centrada no Cliente, de Carl R. Rogers. Entretanto, a mesma busca pensar a construção do caso, não só no sentido estrito que assume a noção de caso clínico para a Teoria Centrada na pessoa, mas procurando definir algumas diretrizes para a sua construção em um modelo de experiência clínica hospitalar, onde dialogam diferentes disciplinas e saberes.

A estagiária dá início à avaliação do caso que acompanhou, começando por renunciar ao seu saber narcísico. Posicionando-se deshierarquizada do saber prévio, do saber construído, dos títulos e diplomas. Priorizando assim, em um primeiro momento, a avaliação feita pelo próprio paciente que traz em si, independentemente de sua condição clínica, o seu saber experiencial, único e indiscutível, do ponto de vista de sua subjetividade.

Relativamente aos sintomas e ao motivo de internamento, a estagiária pensa que o primeiro de todos os sintomas, a que deve estar atenta e preparada para acolher, é o de ter sido o doente, admitido como paciente em uma Unidade Hospitalar.

A estagiária, em sua acepção, pensa que deve interiorizar e tratar a admissão de uma pessoa como paciente em um Centro hospitalar, como “O Pedido” de ajuda eminente, o qual deve ser abraçado com respeito e seriedade, não somente do ponto de vista médico-clínico como também do ponto de vista ético-moral, de forma a proteger sua saúde clínica contribuindo para a disponibilização de todos os recursos hospitalares existentes ao serviço de seu tratamento, como a salvaguardar, com afínco, a dignidade e a

integridade, física, psíquica e moral, do paciente como um todo único, organizado e indivisível, onde todas as instâncias do ser funcionam sempre na direção de uma busca constante e contínua pelo estado de plenitude.

Este é, então, o primeiro ponto que a estagiária considera na construção do seu estudo de caso clínico, qual seja, o fato de que o saber do paciente, verbalizado ou não, sobre o seu corpo, seus sintomas, sua doença e o seu estar no mundo neste momento, deve contribuir de forma relevante para a construção do saber acerca do próprio caso (Lima, 2012).

Na construção do caso clínico, é importante a preservação de um ponto de não saber. É essencial a manutenção de uma zona de indisciplina dentro das disciplinas que se solidarizam para conduzir o tratamento.

A sustentação desta zona de indisciplina – não domesticada pelo saber – é o que permite, em primeiro lugar, que a verdade sobre o paciente não seja jamais totalizada e, em segundo, que as construções a respeito daquele caso, possam sempre ser repensadas e renovadas (Miller, 1999).

Portanto, preservar a possibilidade de se deixar surpreender pelas novidades que aí possam surgir, dando lugar, onde a teoria se apaga, às contingências e idiosincrasias daquele que se apresenta fragilizado diante de nós.

Acredita a estagiária que, construindo, a cada momento, um processo dialético que pressupõe um ir e vir entre a teoria e a sua experiência interna, nascida da interação psicólogo-paciente, poderá, então, certamente “ouvir” o que lhe diz o seu corpo, que expressa-se através dos seus gestos, como ouvir o que lhe diz a sua alma, que revela-se através do seu singular modo de olhar. E, assim, possivelmente, a estagiária será capaz de, mais dignamente, ser merecedora de dizer em resposta ao pedido mudo do seu paciente: “*sim, eu estou aqui para ajudar*”.

“Dai palavra a dor: a dor que não fala, geme no coração, até que o parte”

(William Shakespeare)

O Caso Clínico

Introdução

Na descrição do caso clínico a estagiária optou por escrever na primeira pessoa com a finalidade de expor a descrição do mesmo de uma forma mais genuína.

É chegado o momento em que Teoria e Prática Clínica já não podem caminhar isoladamente. De acordo com a minha aceção, o momento do encontro articulado entre Teoria e Prática, constitui o ponto fulcral do impacto, efeito e consequências daquilo que se pode chamar, a passagem do eu para o outro. Esse encontro marcado pelo súbito, pelo inesperado - assustadora, enquanto que encantadora - experiência de se ser chamado a cuidar com comprometimento responsável.

O momento de aplicarmos as nossas experiências adquiridas no âmbito académico, na assistência a um ser humano que já não é figura de capa de um livro sobre patologias, mas sim, a própria personificação da doença como parte integrante do ser. Recinto sagrado onde já não se pode fazer uso de folhas de rascunho e, nem mesmo o passar à limpo, mais sim, se está agora a pisar em “campo minado” onde cada passo será decisivo para o bem-estar de um paciente real, com uma doença real e com uma necessidade real e urgente.

No Caso Clínico que irei expor, para além do trabalho desenvolvido na função de psicóloga estagiária, espero também que fique em evidência a importância da presença psicoterapêutica frente a dor de um paciente, vítima de um Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico – AVC-h, submerso em consequências drásticas sobre o seu estar no mundo que abarca todo um contexto pessoal, sócio - familiar e económico.

O processo de acompanhamento psicológico do meu paciente, foi realizado no Hospital Da Misericórdia de Paredes, onde fui estagiária do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da CESP/ISCS-Norte.

O mesmo teve seu início no dia 16 de janeiro de 2012 até o seu término no dia 02 de março de 2012. Foram realizados um total de treze encontros com o meu paciente e, muitas vezes também, com os seus familiares.

Começo por dizer que não sinto-me intrinsecamente congruente com a palavra “término” pois que, a minha experiência no acompanhamento deste caso jamais estará finalizada enquanto eu existir uma vez que, impreterivelmente, arrastarei comigo toda a experiência vivenciada no encontro profundo que aconteceu entre duas subjetividades que se deram as mãos.

Embora possa não mais estar com o meu paciente ou mesmo dele ouvir falar, a sua história e os ensinamentos que me proporcionou estarão para sempre cravados em mim, como parte integrante de minha história, não só profissional, mas também pessoal. Eu, que me vi, tantas vezes, em seu lugar.

Penso que se fosse mencionar aqui “auto-reflexão”, estaria ela toda contida em apenas uma frase: “Eu me vi tantas vezes em seu lugar, e senti tanto medo”.

A consciência da fragilidade humana e o sentimento de instabilidade da minha condição existencial, personificadas, com rosto, corpo e espírito, na figura do meu semelhante.

O Caso Sr. A.

Todos os nomes mencionados no relato das sessões, trata-se de nomes fictícios.

Identificação

O Sr. A. é um homem de 80 anos de idade, casado, reformado. Foi admitido na Unidade de Cuidados Continuados do Hospital da Misericórdia de Paredes a 06 de janeiro de 2012 para reabilitação de hemorragia dos núcleos da base à direita e pneumonia à direita, tendo sua alta prevista para 11 de março de 2012.

No momento da admissão na Instituição, apresentava-se consciente, desorientado espaço-temporalmente, com Hemiplegia esquerda -paralisia de um dos lados do corpo; Disartria - dificuldade na articulação e pronúncia das palavras e Disfagia - dificuldade de engolir; Défice de equilíbrio quando sentado; dependente nas AVD`s - atividades diárias, utilizava sonda naso-gástrica -SNG, com úlcera sagrada em tratamento - úlcera de pressão.

O paciente foi internado previamente no Serviço de Neurologia de Mirandela a 23 de novembro de 2011 por hemiplegia esquerda devido ao Acidente Vascular Cerebral - AVC Hemorrágico.

Em 26 de dezembro de 2011 foi transferido para o CHTS por agudização séptica com suspeita de pneumonia. Apresentava febre, prostração e seu estado clínico mental, provocado pelo AVC havia-se agravado.

Anteriormente ao episódio do AVC, o que motivou o internamento na Rede de cuidados continuados, o Sr. A. era uma pessoa autónoma e ativa e realizava ainda alguns trabalhos de exploração agrícola. Vivia em Vinhais com a esposa de 66 anos, autónoma, reformada da sua atividade como funcionária da restauração.

Aquando da hospitalização do Sr. A. no HMP, a esposa mudou-se para casa de uma filha, que vive em Paredes, de modo a poder acompanhar de perto o internamento de seu marido. Atualmente, mantém-se em casa da mesma.

O casal tem dois filhos, Dna. Patrícia de 39 anos, divorciada, com um filho e a exercer a profissão de professora de geografia e, o seu filho, Sr. Francisco, de 45 anos de idade, sem filhos, a exercer a atividade de Delegado de informação médica.

Dinâmica Familiar

Este tópico versa sobre a fase do meu trabalho em que, junto à família do Sr. A., busquei produzir e aplicar conhecimentos, através das trocas de experiências, algumas intervenções e reflexão crítica da realidade que compartilhávamos, ou seja, o sistema de cuidado familiar do idoso com AVC.

O grupo familiar com o qual me foi possível ter contato à partir do acompanhamento psicológico do Sr. A. apresenta uma dinâmica bastante positiva, estabelecem relações interpessoais significativas (trecho retirado de anotações do processo clínico do Sr. A.).

A partir das narrativas dos familiares e nomeadamente da Dna. Maria, o relacionamento familiar pareceu ter sido sempre pautado por fortes laços de afetividade, boa comunicação e convivência regular.

A habitação onde o Sr. A. mora, em Vinhais, é arrendada, descrita como reunindo razoáveis condições de salubridade e conforto.

Os familiares demonstram elevado sentido de responsabilidade, preocupação e zelo para com o paciente, constituindo uma presença regular nesta unidade, assim como apresentam elevadas expectativas no que diz respeito à reabilitação do paciente, o que tem sido alvo de intervenção/reajuste (trecho retirado de anotações do processo clínico do Sr. A.).

A filha, Dna. Patrícia, apresentou-se disponível para colaborar no processo de reabilitação e preparação da alta, revelando-se consciente do estado atual do seu pai e das necessidades dos cuidados que o caso requer. Em contrapartida, o filho, Sr. Francisco, demonstrou possibilidades de disponibilidade escassas devido ao seu trabalho e ao fato de morar muito distante dos pais, ou seja, o Sr. Francisco tem participação bastante reduzida nos cuidados que atualmente o Sr. A. necessita, mas não deixa de desempenhar um papel importante neste processo pois que, a qualquer necessidade, logo prontifica-se a encontrar soluções. Digo isto, baseada na minha observação das constantes providências que prontificava-se a tomar quando solicitado pela mãe e/ou irmã.

Falar em família, hoje, é um fato bastante difícil, como diz Nitschke (1999, p.41), falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos.

Observei que existe um genuíno processo de cuidados em grupo, no que diz respeito à tomada de decisões sempre no sentido do melhor bem-estar do Sr. A.

História do relacionamento do casal antes e depois da doença

Antes da doença

À despeito das poucas informações obtidas do período pré-doença, sobre o relacionamento do casal, a Dna. Maria disse-me “sempre ter tido um bom relacionamento com o Sr. A. antes da doença”. Que sempre se trataram mutuamente com muito carinho e respeito; embora fosse ele, quase sempre, aquele quem “dava a última palavra”. Disse-me que as histórias eram muitas, mas não insisti no relato das mesmas devido a escassez do tempo que dispunha e havia que estar atenta as solicitações do Sr. A. Porém, essa breve

explicação sobre a história do relacionamento do casal, mostrou-se bastante importante, não só para a compreensão do mesmo, mas também para visualizar, de uma forma, mais clara, a subjetividade da Dna. Maria em relação à construção que se fazia, a cada dia, de um novo e diferente relacionamento entre ambos.

Permitiu-me perceber, também, que o relacionamento anterior à doença, já apontava de forma decisiva para quem iria ser o cuidador do Sr. A, no caso de doença, e também, de que maneira cuidaria, ou seja, com muita dedicação e zelo.

Depois da doença

Posso descrever o relacionamento do casal pós -doença como sendo bom. Apesar dos momentos de cansaço, desânimo e tristeza da Dna. Maria, não é difícil perceber o esforço que faz para manter-se bem frente ao seu marido, com o propósito de contribuir para o seu bem-estar, estando sempre a tentar proporcionar-lhe estímulo, compreensão e presença genuínos

O Paciente

O AVC acarreta mudança fundamental em vidas e identidades, como se os corpos se separassem da personalidade (Ellis-Hill, Payne, & Ward, 2000). Por sua vez, o paciente, devido às limitações decorrentes do AVC, física, emocional, cognitiva e, em alguns momentos, perturbações de carácter mental, devido isto às lesões cerebrais e, no caso do Sr. A., as lesões cerebrais provocadas pelo AVC Hemorrágico, podem apresentar alterações de humor, o que pode ocasionar, muitas vezes, reações inesperadas do paciente para os familiares, pois que não condizem de forma congruente com o comportamento do mesmo antes da doença.

Parece ser ainda muito cedo para que os familiares possam compreender ou mesmo aceitar estes comportamentos à luz da doença que passa a instalar-se progressivamente.

Penso que somente o passar do tempo poderá lhes ensinar a lidar de uma forma mais desejável com as ditas reações, que não partem da personalidade sadia e da vontade consciente do Sr. A., mas sim de algo muito estranho e incompreensível ainda, que aconteceu e que roubou ao Sr. A. a

integridade cerebral, o lhe faz responder quase sempre, sem o seu controlo voluntário aos estímulos recebidos.

Descrição das Sessões de Avaliação Psicológica do Sr. A.

Introdução

Os relatórios das consultas de Avaliação Psicológica foram, em sua maioria, formulados na forma de discurso indireto, utilizando-me algumas vezes da forma direta com o intuito de enfatizar alguns episódios em que a fala de todos os envolvidos, neste caso, seja indispensável a uma compreensão mais elucidativa das experiências vivenciadas.

Pretendo narrar a história de cada encontro terapêutico, baseada sempre que possível, em minhas observações teórico-clínicas porém, certa de que estarão, em todo o tempo, mescladas da subjectividade dos meus próprios sentimentos e emoções.

Sessões

O meu primeiro encontro com o Sr. A, deu-se no dia 16 de janeiro de 2012. Ao entrar em seu quarto, ele encontrava-se deitado em posição decúbito dorsal. Com os olhos semi-abertos e sem brilho, parecia olhar para algo que somente ele, e mais ninguém, poderia ver. Estava utilizando uma sonda nasogástrica para alimentar-se. Aproximei-me do leito hospitalar em que se encontrava acamado, chamei por seu nome várias vezes, não se movia, não emitia nenhum sinal. Neste momento tão singular e único, em que me encontrava diante de um ser humano extremamente fragilizado e dependente dos cuidados de outrem, questionei-me profundamente sobre o que fazer para estabelecer algum contato e de que maneira eu seria capaz de aproximar-me e ser participante ativa deste momento existencial do Sr. A., momento este tão sozinho e incompreensível diante da confiança fundamental na vida. Como poderia eu ajudar genuinamente e eficazmente? Como poderia eu amenizar a dor de um ser irremediavelmente solitário na sua particular experiência da doença.

Entendi que o caminho mais adequado naquele instante seria fornecer-lhe alguns estímulos táteis, tais como segurar a sua mão e tocar o seu braço enquanto repetia incessantemente o seu nome como que em um apelo solidário a chamá-lo para a vida.

Passaram-se 15 minutos quando o Sr. A mexeu a cabeça, como se houvera percebido estar a ser chamado. Perguntei se sentia-se bem. O Sr. A., sem olhar para mim, em um enorme esforço, conseguiu fazer alguns movimentos com a língua, mas sem qualquer som. Depois disto, voltou a acomodar-se na mesma posição e postura. Olhar fixo em algum ponto distante. Em um dado momento coçou o nariz no local da sonda. Perguntei se sentia dor. Ele respondeu-me com um ruído, um som que percebi querer dizer “não sinto dor”, ao mesmo tempo em que os seus olhos me “falavam”, *não, não sinto dor... cá por fora.*

Afastei-me e sentei a mesa para fazer as minhas anotações sobre a consulta. Tive a sensação de que o Sr. A tentou seguir-me com os olhos, mas não conseguiu. Voltei até ele antes de sair do quarto, ele tinha as mãos frias e já havia adormecido.

Em um segundo encontro com o Sr. A, no dia vinte de janeiro de 2012, o qual teve a duração de 35 minutos, estavam presentes no quarto do Sr. A. a filha, Dna. Patrícia e a esposa do Paciente, Dna. Maria.

O Sr. A encontrava-se sentado em uma poltrona com as pernas para cima da mesma e ainda utilizando a sonda naso-gástrica. Seu aspecto, em relação à última vez que estive com ele, me parecia “magnífico”. Estava acordado, face expressiva. Parecia bem disposto.

De imediato não foi difícil perceber os cuidados dispensados pela família ao Sr. A. Porém, me foi possível observar também o elevado grau de ansiedade e expectativas da mesma em relação ao prognóstico do quadro clínico do Sr. A.

Como eu já havia sido informada das condições emocionais dos familiares, e que estes mereciam cuidados em relação ao sofrimento pelo qual estavam passando, não hesitei em intentar o início de um diálogo com as senhoras Patrícia e Maria. Começamos por falar sobre a história do ocorrido com o Sr. A. E, assim me foi relatado por ambas as senhoras: em 23-11-2011 o Sr. A saiu de casa muito bem-disposto, como já era o habitual e como consistia a sua rotina diária. Ia, ele mesmo, a conduzir sua carrinha em direção ao campo, lugar onde cultivava frutos, legumes, hortaliças e flores para levar para casa. Nesse mesmo dia, quando, ao sair do carro *sentiu-se tonto e caiu* ficando

inconsciente, deitado na relva fria cerca de 1 hora e meia, quando foi encontrado, neste estado, por amigos das redondezas.

Foi encaminhado, em condições de emergência, para o Hospital de Mirandela, onde permaneceu durante três semanas até ser transferido, no dia 13-12-2011 para a Clínica Radelf, onde, supostamente, teria ocorrido o episódio de agudização do AVC - segunda ocorrência, mais precisamente do dia 24 para o dia 25 de dezembro; portanto, na noite de Natal. Nesta mesma noite havia tido na clínica uma festa comemorativa do Natal, onde toda a família do Sr. A. encontrava-se presente e o Sr. A falava e brincava, muito bem-disposto, relataram as senhoras.

Terminada a comemoração, foram todos para as suas respectivas casas, quando em meio a noite do dia 24 para o dia 25, foi comunicado à família, por telefone, uma inesperada piora do estado clínico do Sr. A.

As hipóteses apresentadas aos familiares foram de que a piora do Sr. A. devia-se “talvez” ao fato de uma bronco-aspiração alimentar, o que teria provocado diarreia e um conseqüente agravamento do estado neurológico do Sr. A.

Este diagnóstico foi muito questionado pelos familiares do Sr. A e gerou dúvida, angústia e “incompreensão”, nomeadamente na filha, Dna.. Patrícia e na esposa, Dna. Maria.

Após a asseveração de seu estado, do dia 26 para o dia 27 de dezembro, o Sr. A foi transferido para o Hospital Padre américo, onde permaneceu até a sua transferência para a Unidade de Cuidados Continuados do Hospital da Misericórdia de Paredes em 06 de janeiro de 2012.

Nesta altura, tendo a oportunidade de estar com as duas senhoras, concluí que seria pertinente fazer uma breve intervenção nas causas que geravam tanta ansiedade em ambas e principalmente na filha, Dna. Patrícia.

Havia nas duas senhoras e mais intensamente na filha, o sentimento de impotência e também a presença do “medo” de que o Sr. A. não estivesse a compreender o motivo pelo qual a família o mantinha internado, e assim, correrem o risco dele desenvolver um sentimento de “aversão” em relação a família, pois que o mesmo *“expressava uma revolta em seu olhar”*. Disseram-me também que pretendiam levá-lo para a casa da filha naquele final de semana, o que envolvia grande expectativa em relação a decisão médica.

Deste modo, tentei trabalhar no sentido de baixar o nível de ansiedade de ambas, procurando prepará-las também para um eventual retorno negativo às suas expectativas de levá-lo a casa, dizendo-lhes que, se a proposta de o levarem a casa viesse a ser recusada, isto não implicaria necessariamente em uma decisão negativa para o Sr. A, mas que confiassem pois que todas as diligências tomadas estariam sendo feitas no sentido de assegurar o bem-estar do Sr. A. Tentei, também, fazer alguma inferência sobre o sentimento de que *“estariam parecendo más para o Sr. A.”* Que tentassem pensar no fato de que ele não estaria revoltado com a família, mas sim com a sua própria condição, pois que encontrava-se parcialmente consciente da mesma. A resposta, não-verbal, que recebi das duas senhoras pareceu-me positiva. Havia um certo “descanso” no semblante de ambas. Entretanto, enquanto conversava com as duas senhoras, eu não deixava de estar atenta ao Sr. A, observando-o todo o tempo. Sua reação era de atenção e curiosidade sobre o assunto que discutíamos. Ele segurava uma bolinha em sua mão direita para exercitar. Aproximei-me, pus minha mão sobre a dele e fiz os movimentos de apertar e soltar a bolinha junto com ele; enquanto o fazia, proporcionava-lhe estímulos positivos verbais e não-verbais, na tentativa de passar-lhe a comunicação de que *“vai ficar tudo bem”, “está tudo sob controle”*.

O Sr. A respondia-me a todas as intervenções com movimentos da cabeça. Apresentava-se ativo, colaborante, consciente e, parecia estar orientado no espaço.

Chegada a hora de retirar-me, quando eu estava a despedir-me das senhoras, para a surpresa de todos, inclusive minha, o Sr. A falou para mim, de forma não de todo bem articulada, mas perfeitamente inteligível, em alto e bom som: “Obrigado”. Este acontecimento foi satisfatório para todos nós.

A terceira consulta ocorreu no dia 24 de janeiro de 2012 e teve a duração de 01 hora e 20 minutos. Como eu já havia previsto na sessão anterior, o Sr. A não foi autorizado a afastar-se do Hospital por um final de semana. Percebi neste dia que o Sr. A já não dorme tanto e parece comunicar-se mais. Parece estar se tornando mais consciente do seu estado de saúde, o que não o faz sentir-se melhor em seu estado psicológico. Apresenta uma face triste. Não sorri. Já posso arriscar dizer, baseada em minha observação clínica, que o Sr. A. apresenta humor distímico.

Começa agora a descortinar-se o véu que impedia-me de ver “a pessoa” que está doente. Já começo a ver agora, para além da doença, o homem ativo e autónomo que, por uma fatalidade da vida, adoeceu e tornou-se dependente de cuidados de terceiros para suas actividades diárias. O homem que conduzia o seu carro de Vila Vinhais até Paredes para visitar o seu neto, apresentava-se a mim, agora, com a mão e a perna direitas tão enfraquecidas e trêmulas. A falta do controle sobre o seu próprio corpo começava a tornar-se cada vez mais visível e também dolorosa, pela constatação de tal fato como potencialmente irreversível.

Nesta consulta chamou-me muito à atenção a maneira como a Dna. Maria estava a tratar o seu esposo. Dirigia-se a ele como quem fala para um bebé. Comecei ali a perceber que algo naquele sistema familiar começava a movimentar-se, como as peças de um jogo de xadrez, onde, se uma peça muda de lugar, todas as demais, impreterivelmente, terão de mudar. Senti-me subjetivamente desconfortável ao constatar a diluição da integridade de um ser humano como um todo, outrora, dono de si. O que, certamente, representava-se, tão somente, como um sentimento meu.

Quarta consulta, dia 25 de janeiro de 2012. Uma hora e vinte minutos de duração. Dirigi-me ao quarto do Sr. A., ele estava deitado em sua cama virado para a janela. Seus olhos estavam abertos e relaxados. O rosto expressivo. Facies rosada. Percebi que me reconheceu e, imediatamente começou a tentar falar, como se quisesse contar-me tudo o que se tinha passado com ele neste espaço de tempo em que não nos havíamos encontrado.

- *Está difícil falar para mim* – Eu disse.

Ele acenou com a cabeça um *sim*.

- *Bem, neste caso, eu vou ajuda-lo a falar.*

Mais uma vez acenou que *sim*.

Os seus olhos denotavam muita tristeza. Sentei-me ao seu lado. Fiz-lhe perguntas tais como, “Sente dor?”, “Mal-estar?”, “Está triste?”, “Sabe que vai melhorar?”, “Sente-se bem aqui?”, “Quer voltar para casa?”. E ele respondia, rudimentarmente, as minhas perguntas, ao mesmo tempo em que eu tentava repetir o que ele dizia de forma mais inteligível.

O Sr. A. logo compreendeu a forma de comunicação que eu estava tentando estabelecer com ele, pois que, com a cabeça confirmava positiva ou negativamente se a resposta era mesmo aquela que eu elucidara.

E o resumo do diálogo foi que sentia-se triste, tinha dores no corpo todo e não sabia se iria melhorar, mas que queria melhorar e voltar para a sua casa.

- *Então é isso o que vai acontecer, vai melhorar e voltar para a sua casa com a sua família, onde deseja estar, mas para isso deve fazer o tratamento, está bem?*

Respondeu com um gesto de quem diz: *"vamos lá ver..."*.

Falamos sobre diversos assuntos. Eu estava atenta a estimular e a buscar em algum lugar do passado, trazendo à tona, aquela história de vida, conferindo, quem sabe, ao Sr. A. alguma motivação, algum entusiasmo, alguma esperança no reencontro com sua história.

Quando lhe perguntei se gostava de futebol, acenou que sim com a cabeça. Perguntei-lhe por qual clube torcia e fui enumerando os nomes dos clubes. Como não acertei em nenhuma das tentativas ele, em um esforço muito grande, conseguiu articular "sporting".

A Dna. Maria, sua esposa, chegou as 16:10`hs, cerca de 40 minutos após eu ter chegado ao quarto.

Dei espaço para que se aproximasse dele e conversassem.

Fiquei a observar: A Dna. Maria trata o Sr. A. como se fosse ele um bebê, mais uma vez pude constatar.

Percebi também que quando fala sobre ele para mim, fala no tempo pretérito, *"ele era", "ele fazia", "ele gostava"*.

A Dna. Maria falava para mim, mas falava como se eu não estivesse ali. Falava para alguém a sua tristeza, simplesmente, para não falar sozinha. Comecei então a chamar a atenção da Sra. Maria para mim. Para o fato de eu estar ali também para ela. Perguntei-lhe se gostaria de dizer-me alguma coisa. Ela respondeu que estava tudo dentro do normal, dentro dos possíveis. Perguntei-lhe como se sentia. Falou-me sobre a desorganização familiar que este acontecimento gerou. Falamos um pouco sobre isso.

Estava longe de casa, em casa da filha. Vinha todos os dias ao hospital, sentia-se cansada e tudo houvera mudado. Falamos bastante sobre isso. E,

como se estivesse cometendo um pecado, chorou – *Por favor, sinta-se à vontade, compreendo o quanto está sofrendo* – Eu disse.

Algum tempo depois, perguntei se sempre tratou o Sr. A. assim com “tantos mimos”. Respondeu-me que sim, percebi que ela sentiu-se um tanto embaraçada com a minha intervenção. Referiu-se ao fato de ser quase vinte anos mais jovem que ele e sempre o tratou assim. Eu disse: - *como se fosse um bebê?* Ao que ela respondeu: - *agora é, coitadinho, neste estado...* Eu continuei: - *A senhora também se refere a ele sempre no passado, talvez fosse melhor para ele ouvir dizer que ele é, porque ele não morreu, está vivo. E não se tornou um bebê, é o Sr. A., um homem, o seu marido que agora está diferente devido a doença. Será que a senhora também não se sentiria melhor vendo as coisas deste modo?* - *Mas agora, retrucou a Dna. Maria, ele não faz mais nada.* Ao que respondi: - *neste momento não; mas ainda não sabemos o que ele ainda virá a ser capaz de fazer, está tudo muito recente, não acha?*

Enquanto conversávamos pude observar que a mão direita do Sr. A. balançava, deduzi que pudesse ser da posição, há muitas horas a mesma. Chamei a enfermeira que logo prontificou-se a mudar o Sr. A. de posição e deu-lhe a alimentação utilizando a sonda naso-gástrica.

Feito isto, fui até o Sr. A. despedir-me.

Dia vinte e sete de janeiro de 2012, quinta consulta com 45 minutos de duração. Quando cheguei ao quarto do Sr. A., a sua esposa já se encontrava no recinto. Aproximei-me do leito do Sr. A e olhei para ele, ao ver-me, ele chorou e tentou dizer-me algo, mas não conseguiu. Estranhamente senti uma forte resistência da Dna. Maria em deixar-me trabalhar com o Sr. A. Impedia-me de chegar mais próxima a ele interpondo-se entre nós fisicamente. Falava incessantemente com ele impedindo assim que eu tivesse qualquer possibilidade de observá-lo e/ou fazer qualquer intervenção. Desta forma, ainda sem compreender o porque dessa atitude inesperada da Dna. Maria, decidi respeitar o sentimento que a movia a agir daquele modo e afastei-me.

Distanciada fisicamente, sentada em uma cadeira, permaneci em silêncio.

Sexta Consulta de Avaliação Psicológica em 31-01-2012. Duração de 54 minutos. O Sr. A. parece estar evoluindo positivamente em todos os aspectos passíveis de serem observáveis em consulta. Melhor desenvoltura física, melhora no equilíbrio do corpo – já segura mais o tronco, quando em sentado,

sem deixar-se cair para a frente, apenas com o apoio da mão da enfermeira em suas costas. Começa a reagir mais negativamente aos tratos excessivamente “maternais” da esposa – “mimos”. Parece estar começando a tomar posse de aspectos seus de personalidade, pois eu já havia anteriormente percebido pelas reações do Sr. A. e pelas informações fornecidas pela esposa de que sempre fora um homem ativo, independente e “era quem dava sempre a última palavra”.

O Sr. A. começou a rejeitar a comida. Levantei a hipótese de que poderia estar a rejeitar não a comida em si, mas sim “o ser alimentado à boca por terceiros”. Isso pareceu-me bastante preocupante pelo fato de a consciência de seu estado, cada vez mais apurada, poder levá-lo à uma depressão.

A família parece estar mais colaborante com a assistência psicológica dada por mim, nomeadamente a filha, Dna. Patricia. Mostram-se ambas mais colaborantes apresentando maior confiança em mim.

No dia 03 de fevereiro de 2012, durante a sétima consulta que teve a duração de 55 minutos, quando cheguei ao quarto o Sr. A. estava dormindo. Ia deixá-lo dormir mas achei que seria melhor acordá-lo para observar as suas reações ao acordar, como, por exemplo, se acorda com facilidade ou quanto tempo demora até recuperar-se do sono. Também tinha o objectivo de saber se me reconheceria e, principalmente como reagiria a mim sem estar alguém da família presente, pois, neste dia ele estava sozinho.

O motivo de querer observar essas situações ao acordar seria com o intuito de uma breve e superficial avaliação sobre as suas reações após o sono e, ao acordar com a minha presença sem a interferência da Dna. Maria. Um movimento no sentido de vê-lo sozinho com as suas próprias reações pessoais, sem que fosse influenciado pela presença da esposa.

Ao acordar, foi difícil a mim avaliar o que o Sr. A. sentia. Mas não me parecia estar a sentir-se mal. Comecei então a fazer-lhe algumas perguntas e ele tentava responder a todas. Refleti sobre o fato de eu estar sempre a dar início as nossas conversas e, então decidi calar-me. Estar em silêncio para permitir que ele tomasse suas próprias iniciativas. Feito isto, o Sr. Armando ficou quieto, quase inerte, sem qualquer reação. Neste momento sobressaltou-me uma angústia indefinida gerada por essa inércia, por essa ausência de

movimento quando não há estímulo externo. E, então, um questionamento tomou conta dos meus pensamentos por completo. O questionamento referia-se a consciência. Penso que não seja pertinente falar sobre este acontecimento neste momento, o que levarei para o momento adequado, ou seja, o momento da Auto-Reflexão, permitam-me.

Entretanto, a Dna. Maria chegou. Queixou-se para mim que “lhe puseram a sonda novamente” e que “uma enfermeira zangou-se com ele por não querer alimentar-se”. Sem esperar que eu desse qualquer resposta às suas queixas, a senhora dirigiu-se ao seu marido e, começou a conversar com ele. Disse-lhe que a filha estava doente, gripada, ao que o Sr. Armando prontamente respondeu: - “Ó meu Deus! Vamos, então lá nós!”.

O Sr. A. Não estava em um dos seus melhores dias e a própria esposa mencionou sobre o fato de ele estar desanimado.

Havia muitas pessoas no quarto, neste dia. A enfermeira, o Sr. M. (paciente companheiro de quarto), a Dna. Maria, o Sr. A. e eu.

Estávamos todos a conversar.

O Sr. A., diferentemente dos outros dias, não estava participando. Parecia-me “desligado”, “ausente”.

Ao despedi-me quis dar-me um beijinho, esta atitude levou-me a reformular o enunciado anterior: certamente “desligado e ausente” de toda aquela conversa que não lhe interessava, mas atento ao infortúnio que estava acontecendo com ele. Neste mesmo dia, o Sr. A. aparentava sentir-se significativamente deprimido.

Oitava consulta de avaliação psicológica em 07 de fevereiro de 2012. Teve duração de 40 minutos. Neste dia, o Sr. A. apresentava-se bastante fragilizado pela doença, desta forma não me foi possível senão fazer uma avaliação mais técnica e conseqüentemente um relatório mais sucinto e formal sobre o seu estado clínico geral, assim como o estado de sua esposa em relação às suas expectativas.

Por apresentar recusa alimentar por longos períodos de tempo, podendo desidratar e, por estar aumentado o risco de aspiração de alimento, o Sr. A. foi entubado com sonda naso-gastrica a trocar no dia 15-02.

O Sr. A. tolerou bem o novo diapositivo e a dieta administrada. Neste dia, apresentava-se consciente, orientado no espaço, humor depressivo, dormindo por longos períodos. Estava pouco colaborante e reagindo minimamente aos estímulos externos. A capacidade de manifestar afeto apresenta-se preservada. As expectativas de melhora, pela esposa, sobre o paciente, apresentavam-se menos otimistas, chegando aquela a chorar pela falta de esperança.

A nona consulta deu-se no dia 14 de fevereiro de 2012 e teve uma duração de 60 minutos. Neste dia o Sr. A. estava mais triste. Chorava copiosamente. Parece cada vez mais consciente do seu estado e, não parecia ter esperanças. A Dna. Maria estava ao seu lado, ele pôs-se a olhar fixamente para ela. Eu lhe perguntei “Quem é esta senhora, Sr. A.?” e, com uma voz suave, rouca e baixa, como se viesse de algum lugar tão distante que eu não pudesse alcançar, talvez da lembrança de um bonito passado, não tão distante no tempo, mas que se fazia longe na experiência do ser -“minha esposa” - Respondeu a minha pergunta com esta pequena frase que, pude perceber, vir acompanhada de uma grande dor emocional. Já neste dia, o Sr. A. já encontrava-se sem a sonda naso-gástrica (SNG). Estava colaborante e afetuoso. A esposa, Dna. Maria, tirou de uma saca um copo de Compal e, com uma palhinha deu, pacientemente, ao Sr. A. até que ele terminasse tudo. Incentivei-a neste gesto que, a despeito de ser repleto de carinho e cuidado, era também de grande valia no que diz respeito a reaprendizagem em alimentar-se por si mesmo, pois que havia de sugar o sumo pela palhinha e, isto era, sem dúvida, algo de comportamento ativo e autônomo.

O Sr. A. sentiu-se satisfeito por ter sido capaz. E isto ficou evidente pelo ar de “prazer” refletido em seu rosto.

Eu começava a perceber de forma muito clara que algo estava acontecendo. Uma mudança, ainda velada e, portanto, confusa. O Sr. A. apresentava uma melhora significativa a nível cognitivo. Seu estado de consciência era visivelmente maior, em contrapartida ou, pelo mesmo motivo, sua depressão aumentava. Seu corpo não acompanhava a melhora cognitiva. Seu quadro clínico mantinha-se estável, fisicamente incapacitado e dependente para as suas atividades diárias e, o que ainda tornava as coisas mais difíceis, parecia possuir plena consciência disto.

Décima Consulta de Avaliação Psicológica em 17-02-2012. Duração de 37 minutos. Este dia foi particularmente difícil para mim. Fui confrontada por um membro da equipa da enfermagem, mas felizmente, soube controlar-me e, não permitir que o sentimento e o objetivo, consciente ou não, dessa jovem senhora, ainda não muito bem identificado por mim, viesse a prejudicar nem a mim, nem ao meu trabalho com Sr. A., ele, nomeadamente, a minha prioridade máxima.

Ao chegar ao quarto do Sr. A., não gostei do seu aspecto geral nem tampouco da maneira como encontrava-se a sua aparência do ponto de vista higiénico. Sua camisa estava suja de comida, a boca e o rosto com restos de comida secos. Uma enfermeira entrou na sala sem pedir licença e perguntou, de imediato, quem eu era. Respondi-lhe quem eu era e o que eu fazia ali. Logo deu-se início a “um diálogo”, para mim, desconfortável. Penso ser pertinente narrar aqui este diálogo com o fim de alertar para a importância dos psicólogos nos centros de saúde, em atividades não somente terapêuticas para os pacientes, mas também em atividades de formação e informação sobre o que seja uma atitude terapêutica que, em minha aceção, todos os profissionais, das diversas áreas da saúde, deveriam ter alguma noção para um mais eficiente atendimento às necessidades de quem se encontra em sofrimento. O diálogo:

Enf. - ah! Estagiária de psicologia...! Olhe, esse senhor não lhe vai ajudar muito!!!

Est.- Bem, na verdade eu não espero por isso. Estou aqui para ajudá-lo e não o contrário.

Enf.- Mas ele não percebe nada! Nem fala!!!

Est.- Sim, isso é a sua percepção do caso. Mas, na verdade, ele compreende tudo. Inclusive está a ouvir e a compreender o que você está a dizer dele e, isso não é muito bom para a sua recuperação.

Enf.- (Riu-se) psicólogos...! O senhor, coitado, está em um estado... Não penso que possa ajudá-lo muito.

Est.- Sim, já me disse isso, então o que sugere que eu faça?

Enf.- Eu???

Est.- Enfermeira, embora o Sr. A. não possa expressar-se, sente que está alguém aqui a apoiá-lo e isso, neste momento de sua vida, é muito importante para ele.

Enf.- Ele?! Já tem muito apoio da família...

Est.- Enfermeira, cada um dá ao paciente o apoio para o qual está preparado a dar. Inclusive, alguém falhou no apoio ao que se refere a mantê-lo limpo como ele merece estar. Agora, por favor, se me deixar trabalhar eu lhe agradeceria.

Enf.- claro, desculpe, já terminei meu trabalho, estava mesmo a sair.

Est.- Obrigada.

Momentos depois a Dna. Maria chegou. Ficou muito nervosa ao ver o Sr. A. sujo de alimento. Logo depois chegou a filha, Dna. Patrícia e também revoltou-se com o estado do pai. Mantive silêncio. Quanto ao Sr. A., sempre sob a minha observação, chorava muito. Parece estar a cada dia mais consciente da sua condição, em contrapartida, seu estado físico me parece muito debilitado. Neste dia o Sr. A. não queria falar, nem para mim, nem para a família. Só chorava. Em um determinado momento disse algo que confirmava a minha hipótese de estar mais consciente: - *Ó meu Deus!!! O que foi me acontecer...?! Até aquele dia, esta foi a frase mais completa e inteligível que dissera. E, a carga emocional que trazia em si era demasiado dolorosa e angustiante.*

Na décima primeira Consulta de Avaliação psicológica, em 24 de fevereiro de 2012, a qual teve a duração de 60 minutos, o Sr. A. volta a reagir mal aos cuidados exagerados e manifestações de afeto excessivas da esposa. A minha observação dos movimentos a acontecer nesta dinâmica familiar, agora torna-se ainda mais perceptível e compreensível para mim. Os antigos papéis começam a esvair-se e surgem novas formas de atuação em cada membro da família. Os papéis se invertem, se cruzam, se confrontam, se confundem. Nada parece estar no lugar. Fazendo uma rude comparação com uma obra de arte afim de melhor exemplificar o meu sentimento, vejo a minha frente um quadro sendo restaurado de suas mazelas causadas pelas investidas do tempo. Novas cores vão surgindo, novas formas, já não tão as mesmas como o "original".

"Os terapeutas precisam estar muitíssimo atentos ao *timing* do início de uma doença [...] com os períodos de desenvolvimento de transição do

indivíduo/família e de construção/manutenção de estrutura de vida. Todas as transições envolvem inerentemente os processos básicos de terminação e iniciação. Chegadas, partidas e perdas são eventos comuns de vida, durante os quais existe uma corrente subterrânea de preocupação com a morte e finitude” (Levinson, 1978).

A esposa, Dna. Maria passa a ser “mãe” do paciente. A filha, Dna. Patrícia, embora o trate com “mimos”, mantém e confere ao Sr. A. a posição de pai. Um pai, agora, diferente. O neto, Rodrigo, de 13 anos, olha para o avô na tentativa, que mais parece um apelo silencioso e constante em reconhecê-lo como “o seu velho avô”. Agora é ele, o neto, quem dá ao avô um brinquedo de cor vermelha que comprou especialmente para ele. Os papéis se estranham...

Percebo o Sr. A. menos afectuoso, um pouco mais irritado, fato que não está ainda muito claro para mim. Seu falar, ou seja, as poucas frases que consegue pronunciar de maneira ainda muito rudimentar, parecem mais reativas e mecânicas do que propriamente emanadas de um pensamento, ou fruto de funções cognitivas. Quero dizer, o fato de, notoriamente, sentir-se aborrecido com as manifestações afetivas da esposa fez com que dissesse - Ó mulher, vai tratar agora da tua vida!”, esta frase, parece mais com um gesto mecânico e involuntário, como que um ato reflexo, de afastar com as mãos algo que o incomoda, do que propriamente a verbalização voluntária de um pensamento e/ou sentimento. Penso que seria cedo e, portanto, precipitado, arriscar dizer que estou presenciando o início de um processo demencial no Sr. A. Opto, portanto, por esperar.

Dia 28 de fevereiro de 2012, décima segunda consulta com a duração de 33 minutos. O Sr. A. apresenta-se muito apático. Seu humor bastante depressivo. Parece que seu estado mental, assim como o seu estado físico, também começam a declinar. Situação inesperada para mim. A esposa, Dna. Maria, encontra-se bastante abalada emocionalmente com o estado clínico agravado do Sr. A. O meu paciente mantém a consciência e a orientação espacial. Agora começa a queixa-se muito de dor na ferida na região do cóccis – úlcera de pressão.

Décima terceira e última consulta em dois de fevereiro de 2012. Duração de 01 hora e dez minutos. Tenho observado que o Sr. A se mantém estável em seu quadro clínico geral, embora percebendo-o menos reativo aos

estímulos verbais e físicos, como perguntas e afirmações verbais, e também contato físico, tais como, segurar em sua mão, tocar em seu braço. Continua a queixar-se de dores na ferida localizada na região do cóccis. Levanto a hipótese de que a dor pode estar a influenciar também o comportamento menos colaborante e mais irritável do Sr. A.

Sinto-me frustrada pois já não consigo ajudar como antes. Suas demandas agora parecem estar a se mover em direção à outras áreas de atuação clínica, nomeadamente, uma urgência em ser aliviado em seu desconforto mental gerado pela doença neurológica e, para o alívio da dor que necessita de cuidados da enfermagem no tratamento da úlcera de pressão na região sacro. À partir destas observações, chego a conclusão que, neste momento do processo clínico do Sr. A. será melhor que eu esteja mais próxima à família, trabalhando suas expectativas e crenças sobre a evolução da doença e consequentes transformações a nível de tarefas competentes a cada membro integrante da mesma, que certamente haverão de ocorrer. Assim sendo, optei por deixar o Sr. A. continuar a dormir e conversar com a esposa e filha. Solicitei a pensarem no fato de quão grave é o estado do Sr. A e se elas tinham consciência disto. Ambas concordaram. A Dna. Maria falou sobre as suas expectativas. Que é sabedora de que agora as coisas estão muito diferentes. Que ele vai sempre depender dela e que talvez fique sempre acamado. Diz não ter esperanças sobre a volta a uma vida normal. Tentei mostrar-lhe o que poderia ser voltar a viver novamente uma vida normal e que ter esperanças seria possível, a partir do momento em que se aceitasse a vida da forma como ela se apresenta neste momento. E que, adaptar-se a esta nova realidade, estaria certamente dentro dos limites de uma vida normal, porem diferente da vida de antes.

Parece que ambas compreenderam a minha tentativa de fazer-lhes enxergar uma diferente concepção do que seja ter esperanças em voltar a ter uma vida normal e, de certa forma, pareceu que a minha colocação fora compreendida e aceita, ao menos momentaneamente.

Ao sair do quarto, encontrei-me com a Dra. Marta no corredor - Médica responsável por aquela unidade de tratamento hospitalar. Questionei sobre o que exatamente havia feito com que o Sr. A., após uma tão elevada melhora, voltasse a cair e, ainda mais comprometido o seu estado, do que antes. A Dra.

Marta foi muito solícita em responder-me que, no seu ponto de vista, a melhora não fora exatamente no estado psico-motor-neurológico do paciente, mas sim em seu estado de consciência, que, agora também veio a estabilizar-se e, portanto, parara de apresentar progressos e, que passara a apresentar uma labilidade emocional muito grande.

As expectativas da Dra. Marta são de que, *“daquí para a frente, não haverá mais mudanças nem para melhor, nem para pior”* – estabilizara-se o quadro.

A Dra. Marta concordou comigo no fato de estar agora a dar mais reforços de *coping* à família, nomeadamente a Dna. Maria que quer levá-lo para casa e não se conforma em ficar na casa da filha.

Este breve, porém esclarecedor diálogo com a Dra. Marta, foi muito proveitoso para mim. Veio a confirmar o quão perto da verdade sobre o estado clínico e sobre o desenvolvimento da doença do Sr. A. eu andava, pois que, em toda a minha avaliação, durante estes dias de acompanhamento do caso, se resumia nas mesmas observações elucidadas pela Dra. Marta sobre sua concepção do mesmo.

Porém, diferentemente da Dra. Marta, não penso que o caso esteja concluído aqui e que daqui para a frente não haverá mais mudanças. Andamos todos por perto da verdade objetiva, passível de ser observável, avaliada e tratada, mas o futuro está para além do nosso poder de controlo. Definitivamente não nos pertence, nem cabe a nós definirmos o desfecho desta história. Mudanças certamente haverão de ocorrer. Não sabemos quais, supomos, fazemos prognósticos e aí está o limite do nosso “poder” e a nossa impotente fragilidade diante do desconhecido.

O Processo de Avaliação

Introdução

Observação Psicológica

Observar é um processo e possui partes para seu desenrolar: o objeto observado, o sujeito, as condições, os meios e o sistema de conhecimentos, a partir dos quais se formula o objetivo da observação (Barton, 1984).

As condições de observação são circunstâncias através das quais esta se realiza, ou seja, é o contexto natural ou artificial no qual o fenômeno social se manifesta ou se reproduz. Por sua vez, o sistema de conhecimento é o corpo de conceitos, categorias e fundamentos teóricos que embasa a pesquisa (Reyna, 1997).

Durante a observação são registrados dados visíveis e de interesse da pesquisa. As anotações podem ser feitas por meio de registro cursivo (contínuo), uso de palavras-chaves, *check list* e códigos, que são transcritos posteriormente (Matos, 2006).

Uma observação controlada e sistemática se torna um instrumento fidedigno de investigação científica. Ela se concretiza com um planejamento correto do trabalho e preparação prévia do pesquisador/observador (Ludke, 1986).

Diz-se que uma observação é fidedigna quando o observador é preciso e seus registros são confiáveis. Não basta apenas colocar-se próximo ao objeto de estudo e olhá-lo. Deve-se olhar e registrar. Muitas vezes é preciso mais de uma pessoa para observar e registrar ao mesmo tempo, devendo haver concordância entre os registros. Como prova de fidedignidade, as anotações são comparadas entre o tempo, tamanho e tipo de anotação feita por cada um (Batista, 1977 & Matos, 1984).

Avaliação Psicológica Vs. Observação Psicológica

Diante do estado de quase total incomunicabilidade verbal do Sr. A., devido à gravidade do seu quadro clínico, não foi possível à estagiaria aplicar qualquer método de avaliação utilizando-se de instrumentos de avaliação

quantitativa. Neste caso, em relação ao Sr. A., a mesma limitou-se à técnica da observação.

Com o propósito de manter-se sempre atualizada a respeito da evolução do estado clínico geral do Sr. A. do ponto de vista de todos os membros que compunham a equipa multidisciplinar da Unidade, todos os dias, antes das consultas, a estagiária consultava o Processo clínico do paciente - Dossiê no qual são apontados todos os pareceres clínicos dos diferentes profissionais que compõem a equipa - , com a finalidade de atualizar as informações sobre o estado clínico geral do Sr.A. Esta conduta deu-lhe suporte, não digo suficiente, mas adequado, para uma compreensão um pouco mais próxima da realidade clínica do seu paciente.

Processo de Observação

O AVC frequentemente resulta em sofrimento psíquico e em limitações nas atividades em múltiplos domínios do funcionamento físico, cognitivo e social. Muitos estudos indicam mudanças na qualidade de vida das vítimas de AVC, mesmo naqueles moderadamente afetados. Portanto, sendo o AVC uma síndrome que compromete o raciocínio, a memória, a percepção, a orientação, a capacidade de reconhecimento, a linguagem e, conseqüentemente, a capacidade de comunicar-se de forma inteligível e, um processo no qual a própria personalidade é alterada, desta maneira, na maioria dos casos, ela torna os relacionamentos familiares e os sentimentos de cada membro que compõe o núcleo familiar, conflituosos (Doyle, 2002).

Temas importantes verificados no Processo de Observação

Negação Vs. Aceitação

A comunicação do diagnóstico sempre causa impacto nos familiares. Ficam surpresos com a súbita informação e costumam a integrar o facto ocorrido, negando, a princípio, que possa ser verdade, esperam ou que o diagnóstico esteja errado e exista alguma possibilidade de reversão, ou que ocorra uma espécie de “milagre”(Silveira et al, 2006). Isto se mostrou muito claro nos persistentes questionamentos, da esposa e filha do Sr. A., ao médico, como: *“mas o que aconteceu mesmo, Sr. Doutor?”*. Também pude perceber o

impacto, que não foi somente momentâneo, ao recebimento do diagnóstico, pois que se estendeu durante uma grande parte do processo de internamento do Sr. A. Mas, apesar de nos primeiros momentos da internação do Sr. A. ter sido muito difícil a integração da doença pelos familiares, com o passar do tempo, estes, nomeadamente a Dna. Maria, sua esposa, e a sua filha Dna. Patrícia passaram, paulatinamente, a resinar-se diante do quadro do Sr. A. Pude perceber isto no movimentos de afastamento do comportamento obsessivo relativo às expectativas que mantiam sobre a doença, no sentarem-se a observar o Sr. A. com a expressão não-verbal, clara, de quem começa a reconhecer que a doença é real e fora de controlo de reversão do quadro já instalado.

O Cuidador Principal

Quem são esses senhores e senhoras, força de trabalho como outra qualquer, de qualquer ramo de atividade? Sacerdotes abnegados, quase divinos. Se examinarmos na sua origem, cuidar de doentes e pobres era tarefa divino-caritativa desempenhada por sacerdotes, prostitutas, bruxas, a buscar na transfiguração simbólica o seu lugar nos céus, numa atividade humana que se esperava valorizada por todos. Hoje, alguns séculos mais tarde, os cuidadores modernos estão entre nós na figura da esposa, do marido ou dos filhos, trabalhando 24 horas por dia, não fazem pausas e adoecem com facilidade por problemas físicos e/ou psicossomáticos (Bordieu, 1987).

[...] Porém, esse breve conhecimento da história do relacionamento do casal, mostrou-se bastante importante, não só para a compreensão do mesmo, mas também para visualizar, de uma forma, mais clara, a subjetividade da Dna. Maria na construção que se fazia a cada dia de um novo e diferente relacionamento entre ambos. Permitiu-me perceber, também, que o relacionamento anterior à doença, já apontava de forma decisiva para quem iria ser o cuidador do Sr. A, no caso de doença, e de como cuidaria”. (Trecho retirado do tópico *Dinâmica Familiar*, pag.30)

Ser cuidador principal implica em um processo o qual envolve todo o sistema familiar. Desta maneira, existe todo um movimento na dinâmica familiar que vai influenciar na decisão de quem vai cuidar (Silveira et al, 2006). Porém, na família do Sr. A., não observei esta mobilização em torno de tal decisão. Era

como se fosse inquestionável o fato de haver um outro cuidador que não fosse a Dna. Maria, sua esposa. Parece-me que tratava-se de um processo natural, não refletido, em que a palavra “escolha” não tinha lugar. A Dna. Maria era perfeitamente reconhecida como o cuidador principal, em decorrência, provavelmente, do acordo que fizeram no casamento, pois em alguns dos relatos das sessões, lembro-me da Dna. Maria, ter-se referido “as promessas feitas no altar, por ocasião do matrimônio e às marcas de uma época em que a maioria dos casais se mantinha juntos até a morte”. Portanto, desta forma concluo que, o papel do cuidador é construído no relacionamento, com a influência de diversos fatores referentes à história de vida familiar.

A Participação Assídua dos Familiares

Dito isto, não significa que os demais membros da família – filhos e neto – nomeadamente a Dna. Patrícia, filha do casal, não estivessem igualmente envolvidos no processo de internamento e cuidados de presença, que não pudessem ser, eventualmente, vistos como cuidadores principais por algum profissional que não estivesse acompanhando de perto o caso do Sr. A. Isto era visível, para mim, nos tratos que estes dispensavam ao Sr. A., tais como: prestatividade; disponibilidade; solidariedade; colaboração em fornecer dados informativos sobre o Sr. A.; prontidão em atender às solicitações médicas; e, principalmente, no interesse genuíno em estar presente e em participar de forma ativa e generosa no tratamento.

Vivências do Cuidador Principal

Cuidar de um familiar que adoeceu, que neste caso, tornou-se incapaz e dependente, mobiliza muitos sentimentos antagônicos: amor e raiva; paciência e intolerância; carinho; tristeza; irritação; desânimo; pena, revolta; insegurança; negativismo; solidão; dúvida quanto aos cuidados; o medo de também ficar doente; medo de o paciente estar sofrendo; medo de o paciente morrer (Silveira et al, 2006).

Havia nas duas senhoras e mais intensamente na filha, o sentimento de impotência, a presença do “medo” de que o Sr. A, não estivesse a compreender o motivo pelo qual a família o mantinha internado, com o risco de ele desenvolver um sentimento de “aversão” em relação a família pois que

“expressava uma revolta em seu olhar”. (trecho retirado da 2ª consulta de avaliação psicológica”)

Embora tenham se sentido “acusadas” pelo olhar do Sr. A., levanto a hipótese de que, para além do medo de serem “mal compreendidas” pelo Sr. A., aqui, predominava o sentimento de culpa. Quando se julga falhando em algum ponto, a pessoa sente-se culpada. A culpa relacionada a parentes próximos que adoeceram, pode ser resultado da eclosão de sentimentos negativos em relação ao paciente que agora está mais fragilizado. Pode ser ainda, decorrentes de questões não resolvidas no relacionamento do cuidador com a pessoa cuidada, anteriores à doença (Silveira et al, 2006).

Sublimação

A dor, a dificuldade, as preocupações referentes ao ato de cuidar conduzem à busca de um significado para esse ato. Crescimento, gratidão, doação, amor, dever, reparação, obrigação, elaboração de conflitos, resgate de omissões, troca, suprir necessidades de carinho ou de amor, missão, descobrir potencial, aprendizado, vontade de Deus (Silveira et al, 2006).

A natureza do cuidar ao lidar com dor, sofrimento e morte, influencia a produção de sintomas e doenças, entretanto, por outro lado, pode ter a função – sublimação – de proteção frente a possibilidade de receber gratidão e reconhecimento pelo que fazem. Apesar do trabalho duro, do penoso lidar com um familiar adoecido, parece ser a sublimação uma forma de lidar com pulsões instintivas, transformando-as em atos e atividades socialmente reconhecidas, possibilitando a realização transacional do desejo num caminho alternativo à repressão (Freud, 1974).

Embora cuidar possa ser sofrido, a evolução da doença e a aceitação da nova realidade podem conduzir à mudanças. Sendo assim, cuidar também é uma maneira de se auto-realizar. A auto-realização, muitas vezes, é uma forma de dar significado ao ato de cuidar. Conseqüentemente, a dor, as dificuldades, as preocupações referentes ao ato de cuidar, conduzem a busca de um significado para esse ato. É importante significar o sofrimento para aprender a crescer do ponto de vista existencial (Assunção, 2012).

De imediato não foi difícil perceber os cuidados dispensados pela família ao Sr. A., me foi possível também observar o elevado grau de ansiedade e

expectativa em relação ao prognóstico. Eu já havia sido informada das condições emocionais dos familiares e da insistente presença dos mesmos no hospital e de que aqueles mereciam cuidados especiais (Trecho retirado da primeira sessão de Avaliação Psicológica do Sr. A.)

Considero que significar o cuidar, é um mecanismo de sublimação através do qual, o cuidador é exaltado no ato de cuidar. Tornando-se sublime o cuidado, certamente será mais fácil seguir adiante, o que estava refletido nas constantes vezes em que a Dna. Maria dizia em voz alta: “Deus quis assim”.

O movimento dos papéis

A inversão de papéis, implica a mudança de como os membros da família se viam anteriormente à doença, a função que cada membro exercia na dinâmica familiar e aquilo no que eles vão se tornando agora (Ireys & Burr, 1984).

“[...] o Sr. A. volta a reagir mal aos cuidados exagerados e manifestações de afeto excessivas da esposa. A minha observação dos movimentos a acontecer nesta dinâmica familiar, agora torna-se ainda mais perceptível e compreensível para mim. Os antigos papéis começam a esvaír-se e surgem novas formas de atuação em cada membro da família. Os papéis se invertem, se cruzam, se confrontam, se confundem. Nada parece estar no lugar. Fazendo uma rude comparação com uma obra de arte afim de melhor exemplificar o meu sentimento, vejo a minha frente um quadro sendo restaurado de suas mazelas causadas pelas investidas do tempo. Novas cores vão surgindo, novas formas, já não tão as mesmas como o “original”. (Trecho retirado da 11ª sessão de avaliação psicológica)

Os terapeutas precisam estar muitíssimo atentos ao *timing* do início de uma doença [...] com os períodos de desenvolvimento de transição do indivíduo/família e de construção/manutenção de estrutura de vida. Todas as transições envolvem inerentemente os processos básicos de terminação e iniciação. Chegadas, partidas e perdas são eventos comuns de vida, durante os quais existe uma corrente subterrânea de preocupação com a morte e finitude (Levinson, 1978).

A esposa, Dna. Maria passa a ser “mãe” do paciente. A filha, Dna. Patrícia, embora o trate com “mimos”, mantém e confere ao Sr. A. a posição de

pai. Um pai, agora, diferente. O neto, Rodrigo, de 13 anos, olha para o avô na tentativa, que mais parece um apelo silencioso e constante em reconhecê-lo como “o seu velho avô”. Agora é ele, o neto, quem dá ao avô um brinquedo de cor vermelha que comprou especialmente para ele. Os papéis se estranham...”
(Trecho retirado da 11ª sessão de avaliação psicológica)

A nova arrumação de papéis, decorrentes das mudanças impostas pela doença, pois que tais mudanças não se fazem sem crise, está agora desequilibrando a anterior estabilidade familiar, uma vez que nestes momentos decisivos de transformação, são postos em “xeque” todo um sistema de mitos, padrões, e crenças antigas, agora ultrapassados alicerces de um sistema familiar em decadência (Carter & Goldrick, 1980).

A Culpa

Cuidar de um idoso dependente é algo complexo e árduo que confere sobrecarga de trabalho, responsabilidades, sobrecarga financeira, incertezas e cansaço físico que, por vezes, desencadeiam *sentimentos de culpa*, angústia, insegurança, desânimo, bem como o *estresse* (Teixeira; 1998, p. 191).

“[...] Havia nas duas senhoras e mais intensamente na filha, o sentimento de impotência e também a presença do “medo” de que o Sr. A. não estivesse a compreender o motivo pelo qual a família o mantinha internado, e, assim, correrem o risco de ele desenvolver um sentimento de “aversão” em relação a família, pois que “expressava uma revolta em seu olhar”. (Trecho retirado da 2ª sessão de avaliação psicológica)

A Equipa Multidisciplinar

O desafio de “estudar” o doente e a sua doença, o cuidador e seu processo de trabalho, e, mais ainda, as organizações, no interior das quais, ocorrem cotidianamente negociações para que as pessoas possam aliviar sofrimentos e, provisoriamente, se afastarem da morte, impõe, necessariamente, um caminho interdisciplinar onde muitos saberes estarão convocados às suas decifrações. Quando construímos um caso clínico, não podemos prescindir da experiência pessoal que o doente faz da sua doença. Não o convidamos a se desprender das interpretações subjectivas sobre o que lhe ocorre. Não excluimos o que o paciente pensa e sente sobre a sua

patologia e seu corpo. Conduzir o caso deste modo seria o mesmo que instaurar todo o saber do lado dos profissionais de saúde, enquanto do lado do doente, encontraríamos apenas o desejo de curar-se. Seria o mesmo que usurpar do doente, sua doença e seu sofrimento. O mesmo que equiparar a assistência prestada pela equipa multidisciplinar, a uma função super-egóica sob a qual o paciente deveria curvar-se (Lima, 2012).

No decorrer do meu estágio pude perceber que os casos clínicos não são transparentes, nem tampouco fornecem de início uma lógica evidente. E, que é, justamente aquilo que apresenta-se como enigmático no caso, o que articula a equipa em torno do trabalho da clínica (Lima, 2012).

À partir desta perspectiva posso dizer que a equipa não existe simplesmente como uma imposição de um laço institucional, pois, pensada deste modo, a equipa nada mais seria do que um amontoado de profissionais presos às suas rotinas(Lima, 2012). Portanto, a equipa só existe em torno da construção de um caso clínico. E, este foi um dos primeiros pontos que considere na construção do meu caso clínico, qual seja, o fato de que o saber do paciente sobre o seu corpo, seus sintomas e sobre a sua doença, pode e deve contribuir para a construção do saber acerca do próprio caso.

A Alta

“ [...] atendendo ao referido e, de modo a garantir a continuidade de cuidados e a garantir uma correta transição para cuidados domiciliários, a Unidade sugeriu a sua transferência para ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Transferência recusada por ECL (Equipa Coordenadora Local), alegando fracos potenciais de recuperação, pelo que indicam a alta para o domicílio e continuidade dos Cuidados de Enfermagem e Médicos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários”.

No momento pós – alta, foi-me possível observar o “pânico” nos rostos da esposa e filha do Sr. A. diante da recusa da ECL em transferir o utente para a ECCI.

Esse momento constituiu-se em um ponto bem definido de esvaziamento no processo de organização pensado pelos familiares do Sr. A. sobre todas as decisões tomadas em grupo durante o internamento.

Este fato acarretou uma gama de problemas de ordem tanto a nível familiar quanto a nível social no que concerne ao programa de suporte de cuidado familiar e social.

Desta forma, não é difícil perceber o quanto um grupo de suporte técnico, com uma proposta de oferecer recursos de continuidade de cuidados domiciliários, para além das informações e esclarecimentos, constitui para os familiares do idoso adoecido com alto nível de dependência uma fonte de segurança e suporte, nomeadamente, emocional.

Análise Compreensiva

Introdução

A avaliação psicológica do Sr. A., por estar o mesmo inserido em um contexto hospitalar e, por tratar-se de uma sintomatologia advinda de uma lesão neurofisiológica provocada pelo Acidente Vascular Cerebral – AVC, e que pela mesma razão suas funções cognitivas estarão afetadas pela lesão a nível do Sistema nervoso Central, poderia eu arriscar dizer que uma nova pessoa se define, com uma personalidade típica de quem foi vítima de alterações neurológicas desencadeadas pelo Acidente Vascular Cerebral e, estas somadas à essência imutável do Ser Humano, que morre para uma forma de estar no mundo e ressuscita para outra realidade do ser e, ainda, dando seguimento à linha de raciocínio baseada no pensamento Holístico acerca do ser humano, não poderia, da mesma forma, deixar de destacar a importância da idade cronológica em que ocorreu o fato, idade já bastante avançada, e que, por tudo isso, há que ser reconhecida a necessidade de um extremo cuidado em não deixar passar despercebidos, para a fidedigna compreensão do caso, aspectos importantes daquilo que constitui um ser humano em sua totalidade, estando todas as suas instâncias adoecidas.

Numa abordagem holístico-ecológica do processo saúde-doença, Capra (1997) concebe o organismo humano como um sistema, cujas dimensões biológicas, psicológicas, e espirituais são interligadas e interdependentes, sendo parte integrante de sistemas maiores, subentendendo que o homem como organismo individual está em contínua interação com seu meio ambiente físico e social.

Desta forma, neste capítulo, farei menção a fatos imprescindíveis à compreensão do caso clínico Sr. A. que compreende, desde o paciente acometido pelo AVC até o processo árduo de reconstituição de um núcleo familiar que se decompôs em sua forma original e que, neste momento, tenta reorganizar-se em meio aos destroços e na luta de sobrevivência ao impacto surpreendente e implacável da doença.

No processo de acompanhamento psicológico ao Sr. A. fui até onde os olhos aflitos e as mãos trêmulas de seus familiares atiravam sementes no

prado da esperança de um novo renascer. Passei pelas sendas do inesperado, do impacto, efeitos e consequências que geram mudanças radicais e permanentes. Passei pelos sentimentos de amor e ódio, negação e aceitação. Entrei pelas sendas da busca do sentido onde a dor é sublimada em forma de missão, aprendizado, doação, vontade de Deus. Andei, ainda, pelo difícil processo da mudança e inversão de papéis na organização familiar, onde, em um primeiro momento, as identidades se confundem e novos papéis devem ser assumidos trazendo em si a desconfortante sensação de se estar “mudando de casa” – Um lugar diferente e estranho onde os pais viram filhos, esposas tornam-se mães, filhos vêem-se como pais e, onde o pilar desse núcleo familiar – o Sr. A.- se transforma na fragilidade que chama à responsabilidade e ao comprometimento do cuidar.

Especificidades do idoso

Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença, é significativa a associação entre idade avançada e certas condições causadoras de incapacidades físicas e/ou mentais. Dentre elas está o Acidente Vascular Cerebral – AVC, que tem grande potencial para gerar défices no funcionamento físico, sensorial e cognitivo.

O AVC tem impacto no cotidiano e no desempenho do indivíduo frente às atividades da vida diária e afeta a avaliação subjetiva que ele faz da sua vida. À medida que as pessoas envelhecem, a capacidade de se recuperar de eventos negativos de vida, adquire maior importância (Kanh & Juster, 2002), ao mesmo tempo em que aumentam os riscos de perdas biológicas, cognitivas, motivacionais e sociais ocorrendo no âmbito pessoal ou de pessoas próximas e significativas (Fortes & Neri, 2004).

As diferentes condições de vida, associadas às incapacidades tendem a alterar o potencial do indivíduo para manter um senso positivo de bem-estar subjectivo (Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002).

Entre os idosos que apresentam problemas de saúde, não é raro constatarmos múltiplas doenças que se relacionam de forma inter-dependente. Segundo Lessa (1998), esta situação exige avaliações rigorosas e ações interdisciplinares, cuja complexidade aponta para a necessidade de construção

de novos modelos conceituais integrativos que permitam uma compreensão mais ampla para sua resolução efetiva.

As doenças mais prevalentes naquela população são denominadas crônicas não transmissíveis. Entre essas, as principais em ordem de importância, são as doenças cardiovasculares, as neoplásicas e as cerebrovasculares, cuja principal representante é o acidente vascular cerebral – AVC (Lessa, 1998).

O Idoso vítima de Acidente Vascular Cerebral

Sofrer AVC é um episódio inesperado com alto potencial para ser vivenciado de forma estressante e representa ameaça ao senso de controle pessoal. Exige um grande esforço adaptativo, refletido no enfrentamento dos desafios provenientes de um evento não desejado que causa desequilíbrio no funcionamento físico, social e psicológico (Fortes & Neri, 2004).

O sobrevivente do AVC geralmente tem de enfrentar incapacidades residuais tais como paralisia de músculos, rigidez nas partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais (Skilbeck, 1996).

Segundo estudo prospectivo de Ostir et al, (2002), aproximadamente metade dos idosos sobreviventes de AVC não consegue recuperar completamente sua independência. Em geral os fatores associados à recuperação da capacidade funcional incluem idade, status cognitivo, suporte social, educação, número de comorbidades e depressão pós – evento.

Clark (2003) ressalta o impacto substancial que as incapacidades podem ter na identidade individual na velhice, um caminho através do qual o senso de ajustamento poderia ser afetado. Segundo o autor, mudanças corporais associadas com condições crônicas têm um efeito notável sobre o *self* porque o corpo é o meio pelo qual as concepções sobre si mesmo são formadas.

Segundo Baltes (1996), a incapacidade funcional e cognitiva e uma possível dependência subsequente são temidas pelos idosos porque os segrega de outros grupos, fazem com que sejam tidos como incompetentes em comparação com as normas sociais e são um desafio que acionam mecanismos de enfrentamento. A incapacidade funcional representa grande

desafio para a família e diz respeito às limitações específicas ao desempenho individual de papéis e de tarefas socialmente definidas dentro de um ambiente sociocultural e físico particular (Jette, 1996).

O Acidente Vascular Cerebral

Nas últimas décadas, uma enorme quantidade de recursos tem sido investida em pesquisa, no mundo todo, na tentativa de reduzir a morbidade e mortalidade dos AVC(s).

Várias modalidades terapêuticas têm sido preconizadas, todas objetivando minimizar o grau de lesão neuronal que ocorre após uma oclusão ou sangramento arterial. Além disso, um intenso esforço tem sido despendido na tentativa de controlar os fatores de risco. No entanto, vivemos em um realidade em que a maior parte dos pacientes com AVC, recebe o primeiro atendimento em Centros onde não existem especialistas ou Serviços de Neurologia. Este atendimento, vai ser realizado, em grande parte, pelo clínico geral (Adams RD., 1997).

O Acidente vascular cerebral hemorrágico, pela sua epidemiologia, e pelos seus altos riscos de mortalidade, exige uma resposta rápida e incisiva para que os doentes recebam o melhor tratamento possível. Para que a resposta seja efetiva, há que reconhecer os factores de risco e os factores passíveis de alterar a mortalidade precoce – primeira semana - por esta causa”. (Silver FL,1984).

A doença não existe sozinha, mas encontra-se, sim, inserida no contexto de uma vida, protagonista de uma história drástica, onde estão envolvidas pessoas da família e vida socio - econômica.

No que diz respeito à família do Sr. A., encontra-se esta, agora, envolta em um somatório de mudanças impostas pela doença inesperada de um de seus membros, mudanças estas tanto do ponto de vista concreto das decisões a serem tomadas em contexto social e econômico, quanto do ponto de vista interno, das subjetividades assujeitadas a uma realidade nova e desconhecida, daquilo que chega de surpresa rompendo estados, laços, confiança, estabilidade e o próprio continuum existencial, de forma avassaladoramente dolorosa.

A Família do idoso acometido por AVC

A família é a fonte básica de apoio social e emocional na velhice e o suporte social é um importante mediador de um senso positivo de bem - estar, porque ajuda a implementação de estratégias de adaptação à incapacidade. O idoso com restrições às atividades normais ou com dificuldades em aceitar ser cuidado pode sentir-se isolado e incapacitado para oferecer suporte a outras pessoas (Clarke, 2003).

O início de uma doença debilitante pode provocar uma ruptura na construção/manutenção de uma estrutura de vida estável em seu desenvolvimento. Esse período pode ser caracterizado como a sobrevivência de uma certa estrutura organizacional familiar decorrentes da reavaliação, reformulação, e mudança do período de transição precedente (Rolland, 1984, 1987). O nível de adaptabilidade dos membros da família à doença, é fator essencial para uma passagem bem-sucedida neste tipo de crise. Porém, a adaptabilidade à mudança não se dá de maneira uniforme em cada membro, individualmente. A capacidade de cada membro da família de adaptar-se e a rapidez com que faz, estão diretamente relacionadas ao estágio desenvolvimental de cada indivíduo e o seu papel na família (Ireys & Burr, 1984).

Prognóstico

No processo de recuperação pós-AVC, os estímulos realizados devem otimizar a capacidade de reorganização cerebral, conjugando-se a recuperação espontânea com estímulos terapêuticos e do ambiente sócio-familiar, com tarefas básicas de auto-cuidado e atividades instrumentais das tarefas da vida diária (Carod-Artal, et al.,2002).

É igualmente referido que a recuperação ocorre com maiores progressos nas primeiras semanas (Ashburn, 1997; Bruno, 2004), embora, não tão rapidamente, estes continuem a verificar-se até aos seis meses (Ashburn, 1997), período após o qual os ganhos continuam a ser mensuráveis, porém por períodos mais longos (Bruno, 2004).

O Sr. A. apresenta mais do que uma condição desfavorável para além do AVC e provocadas por este, ou seja, uma condição clínica com um grau de incapacidade muito elevado em todos os níveis pessoais e, o que considero de grande importância para um prognóstico menos otimista para o Sr. A., que é a sua idade cronológica bastante avançada.

Durante o Processo de alta foi recusado pela Equipa Coordenadora Local – ECL, a transferência do Sr. A. para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados – ECCI, que visava garantir a continuidade de cuidados e a garantir uma correta transição para cuidados domiciliários, alegando “fracos potenciais de recuperação”.

O fato do Sr. A. ter um prognóstico reservado e ainda mais agravado pela idade avançada, não implica este parecer em motivo para privar o Sr. A. ao direito de beneficiar-se de todos os meios necessários a melhoria de seu estado geral objetivando proporcionar ao mesmo uma boa qualidade de vida promovendo a motivação de suas melhorias.

Desta forma, sugiro que seria importante acompanhar o percurso do utente após a alta hospitalar abrangendo outros aspectos para além dos relacionados com a fisioterapia, ou seja, que lhe seja garantida a continuidade de suporte emocional e psicológico, no sentido de proporcionar ao meu paciente um suporte técnico eficiente para a amenização do seu sofrimento físico e psicológico, além da intervenção nos momentos de desconforto

subjetivo, para os períodos de regressão das funcionalidades vitais que certamente advirão, assim como, também, saliento a necessidade da continuidade do apoio a família.

Auto-Crítica

Analisando, junto a minha Supervisora, Dra. Joana Soares, o que teria feito com que a Dna. Maria, em certa ocasião, desenvolvesse em relação a minha aproximação uma clara resistência, logo foi identificado o meu erro de intervenção feito à mesma, o que poderia fazer com que se sentisse julgada e criticada por mim em sua atitude, o que certamente teria ocasionado uma perda de confiança temporária em relação a mim.

“Nesta consulta chamou-me muito à atenção a maneira como a Dna. Maria estava a tratar o seu esposo. Dirigia-se a ele como quem fala para um bebé. Comecei ali a perceber que algo naquele sistema familiar começava a movimentar-se, como as peças de um jogo de xadrez, onde, se uma peça muda de lugar, todas as demais, impreterivelmente, terão de mudar. Senti-me subjectivamente desconfortável ao constatar a diluição da integridade de um ser humano como um todo, outrora, dono de si. O que, certamente, representava-se, tão somente, como um sentimento meu. [...] Algum tempo depois, perguntei se sempre tratou o Sr. A. assim com “tantos mimos”. Respondeu-me que sim, percebi que ela sentiu-se um tanto embaraçada com a minha intervenção. Referiu-se ao fato de ser quase vinte anos mais jovem que ele e sempre o tratou assim. Eu disse: - como se fosse um bebé? Ao que ela respondeu: - agora é, coitadinho, neste estado...” (trecho retirado da 4ª sessão de avaliação psicológica)

Quando um dos pais desenvolve uma enfermidade crónica [...], a capacidade da família de permanecer no curso implica um imenso esforço. Em essência, a doença é acrescentada como um novo bebé. Esse novo membro é como uma criança com “necessidades especiais” (Carter & Goldrick, 1980). Portanto, a despeito desta minha observação ter sido pertinente do ponto de vista teórico, não haveria que ser mencionada na relação com a paciente. O que constituiu um erro.

Certamente tantos outros erros cometi, mas este, para mim, significa, sem sombra de dúvida, o mais desastroso, pelo fato de ter posto em risco a confiança da Dna. Maria em mim, uma das condições fundamentais para uma satisfatória relação terapêutica com a mesma. E, para além disto, foi um momento de movimento antagónico, portanto, incongruente, a toda a minha crença na aceitação incondicional como sendo atitude fundamental, promotora de cura e/ou crescimento pessoal.

Auto-Reflexão

“Um dia as suas vidas cruzam-se em um quarto de hospital e aí descobrem dois pontos em comum: o desejo de realizarem todos os seus sonhos e se reconciliarem com quem são [...]”

“ [...] Muitos anos atrás, o Professor de Filosofia de Carter sugeriu-lhe que fizesse uma lista de todas as coisas que gostaria de fazer antes de morrer. Agora torna-se urgente começar a realizar todos os pontos dessa lista. Contra as ordens dos médicos, Edward e Carter embarcam numa viagem que os leva do Taj Mahal aos melhores restaurantes e a um sórdido salão de tatuagem. À medida que riscam pontos, descobrem que nunca é tarde para aproveitar a vida ao máximo” (Do filme “Nunca é tarde demais”).

O grupo familiar é como uma caixa-de-ressonância. A vulnerabilidade de um ecoa na vulnerabilidade do outro. Se um membro está mais fragilizado, os outros ficam angustiados porque deparam com a sua própria fragilidade (Silveira et al, 2006).

Fazendo uma transferência destas colocações acima para o grupo que se compõe pelo paciente, familiares e equipa multidisciplinar, poder-se-ia dizer que ocorre muito aproximadamente, porém com as suas peculiaridades próprias de cada ambiente, a mesma situação. A fragilidade do outro é o espelho que reflete irremediavelmente a nossa própria fragilidade humana.

Em relação a minha própria vivência, posso partir do princípio de que sou estagiária em processo de equivalência e que, por essa razão, conclui-se que já tive a oportunidade de experienciar situações tais como as que experienciei na minha prática de estágio no Hospital da Misericórdia de Paredes. Mas embora, experiências já conhecidas, a vivência é sempre nova em seu processo no deparar-se com o inesperado, o absurdo da vida, o sentimento de impotência diante da dor alheia, a identificação com a semelhança na fragilidade e na exposição ao acaso.

Gostaria de destacar aqui uma das experiências que mais me mobilizou no sentido de “identificação com o outro” em uma das sessões ocorridas com o Sr. A. Este momento trata-se do momento em que fui subitamente remetida a refletir sobre o fato de eu estar sempre a dar início as nossas conversas (minhas e do Sr. A) e, então decidi calar-me. Estar em silêncio para permitir que ele tomasse suas próprias iniciativas. Feito isto, o Sr. A. ficou quieto, quase inerte, sem qualquer reação. Neste momento sobressaltou-me uma angústia

intensa e indefinida gerada pela mesma inércia, por essa ausência de movimento quando não há estímulo externo. E, então, um questionamento tomou conta dos meus pensamentos por completo. O questionamento referia-se a consciência. O que exatamente é estar consciente? Neste momento fui remetida a leitura, que fiz há algum tempo atrás, de um capítulo de um livro intitulado “De corpo e alma - O discurso da motricidade” onde, na Introdução do mesmo, o seu autor, João Batista Freire, coloca: “ Se o mundo realmente for o que estou vendo, então Deus é uma criança. Uma criança parecida com aquela que Fernando Pessoa descrevia nos seus versos, que roubava frutas nos pomares, e brincava com as cinco pedrinhas no degrau da porta da casa. Por vezes, nada do que vejo me parece sério. Vejo-me atônito como uma criança diante de um gigantesco puzzle de um milhão de peças. Penso que quero compreender o que não é para ser compreendido. Então, como todo o ser humano (e por isso somos humanos), brinco; vejo a natureza brincando e brinco com seus brinquedos. Brinco de colocar em ordem o que não é ordenável; brinco de classificar o que não é classificável; brinco de dizer que as coisas são maiores ou menores, mais feias ou mais bonitas, amarelas, azuis, melhores, piores ou pequenas. Acho que Deus quer brincar connosco quando nos mostra árvores, bichos, chuva, vento, rios e gentes; imensos mananciais de originalidades, de diversidades; torrentes inesgotáveis de complexidade”.

“Penso que quero compreender o que não é para ser compreendido”. Esta reflexão levou-me a um sentimento de completa impotência diante dos mistérios da mente humana e de seu destino. Assim como também ingressei em um processo de questionamento sobre o significado do meu trabalho e a eficácia do mesmo na contribuição para as respostas ao sofrimento humano.

O medo foi uma das experiências mais persistentes que vivenciei no processo de cuidados com o Sr. A. Penso ser este medo ocasionado pela constatação de que não posso escolher o meu destino. Deparar com o sofrimento alheio, em uma condição em que estava “dividida” em dois diferentes papéis: o de cuidador e o de pessoa completamente desprovida da capa mágica protetora da profissão. Capa esta, também permeável à dor, a dor que me remete à minha própria dor existencial do “ver-me no lugar do outro”.

Por outro lado, pude também experienciar sentimentos positivos tais como os que experienciei no decorrer da prática do trabalho junto à família.

Esta experiência me concedeu a oportunidade de refletir acerca da diferença entre o cuidar com a família e o cuidar sem a mesma. Foi-me possível identificar que, através da interação equipa multidisciplinar e família, o cuidado torna-se mais efetivo e o paciente, normalmente, responde melhor às técnicas terapêuticas utilizadas.

O meu estágio no HMP e mais precisamente, no acompanhamento psicológico ao Sr. A., foi uma experiência inovadora, na qual mergulhei na intimidade de um ser humano adoecido e no contexto de uma família tomada pelo inesperado, o que fez-me repensar sobre meus próprios conceitos de família e o seu papel fundamental no processo da cura.

Ajudou-me a aperfeiçoar um pouco mais a forma de interagir com os meus pacientes e me fez recordar, sempre com mais força, sobre a necessidade do ininterrupto e obrigatório questionamento do meu atuar como profissional da psicologia clínica, afim de um constante aperfeiçoamento em direção ao saber profissional e ao crescimento como pessoa.

Conclusão e Observação Crítica

O doente, diferentemente do que pensava Skinner, não é tão somente um organismo submetido permanentemente a um bombardeio de estímulos. Ele é também um ser de desejo, de pulsão, e é através das relações que ele mantém com o outro, pelos jogos de identificação, projeção, transferência, que ele vê seu desejo e existência reconhecidos ou não (Chanlat, 1992).

Na minha observação crítica, não posso deixar de expressar a minha opinião no que diz respeito a alta do Sr. A., uma vez que, ainda que reconhecendo estar na posição de estagiária, fui parte envolvida deste processo, acompanhando o Sr. A. desde o início do seu internamento até a referida alta. Desta forma, deixo aqui a minha aceção sobre a mesma sem qualquer pretensão de concebê-la a mais acertada. Não refiro-me à alta recebida na Unidade de Cuidados Continuados do H.M.P, embora, certamente, precoce, mas obedecendo às regras da Instituição. Mas refiro-me tão somente à decisão da Equipa Coordenadora Local – ECL baseada nos “*fracos potenciais de recuperação do paciente*”. Claro está que a contenção de despesas, neste momento de *crise* que o país atravessa, se faz necessária, mas é difícil conceber a ideia da economia de verbas governamentais quando se refere a um ser humano doente com a sua saúde ou, ainda mais grave, com a sua vida, completamente dependente da ajuda imprescindível do estado. Mas assim está o sistema.

Penso que ainda há um grande caminho a percorrer, não para a solução da *crise*, pois que esta já é a consequência do desrespeito dos “maiores” sobre os “menores”, mas sim, refiro-me ao próprio alcance do mesmo respeito ao ser humano, baseado este em uma evolução moral e espiritual da nossa humanidade.

Pude observar também, que a integração dos diversos conhecimentos do sistema de cuidados em âmbito multidisciplinar, reflete, em certo modo, e no que tange, nomeadamente à dimensão ética, valores despertados pelo coração e pela alma que são expressos como estando ligados à defesa de uma vida, a qual se responsabilizaram por cuidar.

Referências Bibliográficas

Artigo Científico EssFisiONLINE, Vol. 1, Nº 3, Junho

Bourdieu, P., (1991). A Economia das Trocas Simbólicas. S. Paulo. Atlas

Capra, F., (1995). Sabedoria incomum. Trad. Carlos Afonso Malferrari. S.Paulo. Cultrix ed.

Doyle, P., (2002). Measuring health outcomes in strock survivors. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation

Fosltein, F., (1997). Disorders as a specific Complication of Stroke. Neurosurgery Psychiat

Fortes, A. & Neri, A., (2004) Eventos de Vida e Envelhecimento Humano. Campinas MG. Papyrus ed.

Freguesia de Castelões de Cepeda – Paredes, (2012) – Consultoria e Software, Ltda.

Heruti, R. et al., (2002). Rehabilitation Outcomes of Elderly Patients After a First Stroke: Effect of Cognitive Status at Admission on the Functional Outcome. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation ed.

Heruti, R. et al., (2002). Rehabilitation Outcomes of Elderly Patients After a First Stroke: Effect of Cognitive Status at Admission on the Functional Outcome. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation ed.

Lessa, I., (1998). O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade. Rio de Janeiro. Abrasco ed.

Nitschke, R., (1999). Mundo Imaginal de Ser Família Saudáve: Descoberta dos Laços de Afeto como Caminho numa Viagem no Quotidiano em Tempos Pós-Modernos. Pelotas Editora e Gráfica Universitária ed.

Rogers, C., (1985). Tornar-se Pessoa, 7ª ed., Lisboa. Moraes ed.

Rogers, C., (1974). Psicoterapia e Consulta Psicológica. Lisboa. Moraes ed.

Rolland, J., (1995). Doença Crónica e o Ciclo de Vida Familiar. Porto Alegre, RS. Artes Médicas ed.

Rolland, J., (1987).Family illness Paradigms: Evolution and Significance. Family Systems. Medicine ed.

Trindade, I. & Teixeira, C., (1998). Intervenção Psicológica em Centros de Saúde. O Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários. Análise Psicológica ed.

Anexos