



COMUNICAÇÃO FAMILIAR. PERSPECTIVAS E PERCALÇOS

Um Estudo sobre a Dinâmica Comunicacional entre o Paciente com SIDA e sua Família

Sueli Nascimento

Ah! A família é como variola, a gente tem quando criança
e fica marcado para o resto da vida.

J.P. Sartre, "A Idade da Razão"

Dediquei este trabalho à Professora Mariantonia Chippari
que estimulava seus alunos à produção de conhecimento como parte
do tripé em que deve se pautar o saber e o fazer psicológico.

SUMÁRIO

Apresentação

Atenção Psicológica a Pacientes Institucionalizados – Algumas Contribuições

I Fundamentação Teórica

I.1 Teoria Geral dos Sistemas

I.2 Teoria da Comunicação Humana

I.3 Alguns Modelos Sistêmicos em Terapia Familiar

I.3.1 Diagnóstico e Intervenção na Abordagem Sistêmica segundo Wtacke e Minuchin

I.3.2 O Processo Terapêutico

I.3.2.1 A Terapia Familiar Estrutural

I.3.2.2 A Terapia Familiar Experiencial

II Método

III Síntese das Entrevistas dos Pacientes Internados e Familiares

III.1 Observação durante a visita familiar aos pacientes

IV Análise de dados

V Discussão

Bibliografia

Apresentação

Minha reflexão sobre as formas de atenção ao paciente internado em uma unidade hospitalar passou pela estrutura do serviço de Psicologia na rede pública de saúde – seus limites e dificuldades, e culminou no questionamento da especificidade da atuação de nossa categoria profissional, inserida como equipe de saúde mental, numa enfermaria para doenças infectocontagiosas.

Estas variáveis fizeram com que no percurso como psicóloga aprimoranda no Instituto de Infectologia "Emílio Ribas", eu me deparasse com situações ansiogênicas, motivadas por questões que iam das limitações de tempo e espaço impostas pelas características da instituição em si, até a dificuldade técnica para uma atuação que se adequasse àquela demanda, considerando o lugar que ocupa a Saúde Mental no contexto hospitalar e o pequeno número de psicólogos existentes no quadro de funcionários, o que por si só, se não inviabiliza, ao menos dificulta uma atuação individualizada junto aos pacientes.

A partir da persistente sensação de trabalho inacabado, não obstante os esforços empregados, passei a cogitar sobre a possibilidade de atuação junto a grupos de familiares de pacientes internados. Assim seria possível, a partir da especificidade que caracteriza o trabalho grupal, que os indivíduos compartilhassem a dor, a angústia, os cuidados, a nova realidade que se lhes impunha a partir da constatação de soropositividade – ou de evolução do quadro de SIDA – de um dos seus.

Acredita-se que é nos momentos pós-crise que se faz mais possível a mudança estrutural no contexto familiar, supõe-se que tal mudança na interação possa melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Neste sentido poderia ser função do psicólogo hospitalar auxiliar a família a observar-se, tomar consciência de sua conduta e modificá-la, na medida

do possível, buscando formas mais adequadas, e mediadas pelo princípio da realidade, para conviver e compartilhar ansiedades e fantasias ligadas à SIDA e sua evolução.

Eu esperava que a inserção destes novos elementos – soropositividade, internação etc – mudasse a qualidade da relação familiar levando todo o grupo, e não somente o paciente, a rever algumas atitudes.

O próximo passo dessa reflexão foi a busca de uma linguagem comum que facilitasse a participação de profissionais de outras áreas no atendimento às famílias, já que no 8º andar do Instituto de Infectologia Emilio Ribas-IIER o trabalho é feito por equipe multiprofissional.

A opção recaiu sobre a Teoria da Comunicação Humana e a Teoria Geral dos Sistemas – que postula que “existem leis gerais dos sistemas que se aplicam a qualquer sistema de certo tipo”, independente das características particulares inerentes aos elementos em questão.

Entendendo que a família é um sistema aberto – que interage e troca com seu meio externo, sendo por ele modificada e modificando-o, no sentido de manter sua unidade de funcionamento e propiciar o crescimento individualizado de suas partes – objetivando primeiro compreender o fenômeno da inter-relação familiar e segundo nortear minha atuação no 8º andar em que pretendia, a partir dos processos comunicacionais da família do paciente com SIDA, auxiliá-los a encarar com maturidade a existência de um elemento soropositivo no grupo e o lugar que ele ocupava na relação pontuando entraves, desvelando “bodes expiatórios” e alianças em sua comunicação.

A tentativa era perceber até que ponto a AIDS se inscrevia como aspecto crítico ao sistema e se existiam possibilidades de alterações interacionais no grupo familiar naquele momento. Objetivava ser elemento facilitador do processo na medida em que vivendo sob nova realidade, talvez, desejassem (re)pensar e (re)conduzir seus modos de inter-relação

visando encontrar um novo equilíbrio em seu sistema.

Para facilitar o acompanhamento, esta monografia foi dividida em: Um relato sucinto sobre algumas contribuições da Psicologia ao atendimento a pacientes institucionalizados.

I - Dedicada à fundamentação teórica utilizada para o estudo.

II - O método utilizado para sua elaboração.

III - Síntese dos discursos proferidos durante as entrevistas com pacientes e familiares e das observações realizadas durante o horário de visita.

IV - Em que são estabelecidas relações entre o que foi observado e as teorias estudadas e

V - Destinada às considerações finais.

Atenção Psicológica a Pacientes Institucionalizados

Algumas Contribuições

Figueiredo & Schvinger (1981), mencionando trabalhos psicoterápicos institucionais junto a comunidades carentes levantaram alguns pontos que, segundo as autoras, eram responsáveis pela desistência aos atendimentos em clínicas populares.

- 1 - Havia grande discrepância entre as expectativas do cliente e a realidade do atendimento oferecido pelo terapeuta;
- 2 - Diferença entre o cliente institucional real e aquele considerado ideal pelos profissionais;
- 3 - Dificuldade em clarificar os objetivos do cliente quando buscava o serviço por ser tão grande a somatória de fatores presentes no problema apresentado - dificuldades sócio-econômicas, familiares, psicológicas;
- 4 - Maior rejeição, por parte do terapeuta, daqueles clientes que não satisfazem suas expectativas de comunicação verbal e adaptabilidade ao processo terapêutico tradicional, as autoras apontam para a característica presente em alguns psicólogos de manterem-se presos a esquemas teóricos quase dogmáticos;
- 5 - Dificuldade do terapeuta em adaptar seu vocabulário ao da pessoa pobre, tornando a discussão de seus problemas muito abstrata e distante da realidade do cliente;
- 6 - Dados de realidade econômica adversa, por exemplo falta de dinheiro para pagar o transporte até a instituição e dar continuidade ao tratamento. Lida-se constantemente com problemas dessa ordem numa instituição, que fazendo uso de serviço de Hospital-Dia muitas vezes tem a continuidade dos atendimentos interrompida. E quando alia-se a isso a indisponibilidade interna do próprio paciente para psicoterapia, nenhuma técnica pode ser eficaz.

Concluíram que não existe uma causa única, mas um conjunto delas, que dificulta e

até inviabiliza o processo terapêutico de muitos e que, muitas vezes, um único atendimento em que o cliente percebe que “o clínico o ajudou a verbalizar o seu pedido de ajuda”, é por si só satisfatório quando se pensa no estabelecimento de uma relação de ajuda com o outro.

Voltando o olhar para as particularidades que caracterizam o trabalho junto à pessoa hospitalizada Penna (1992), pontua que quando o paciente internado precisa de uma intervenção psicoterápica, “não há tempo a perder em divagações teóricas. A situação deve ser compreendida dentro de um critério de estresse–adaptação–resolução (...) as intervenções podem ser brevíssimas, de um só encontro, conquanto que sejam precisas”.

Angerami (1994) e Amorim (1984), apontam para o fato de que o indivíduo passa a sofrer um processo de despersonalização, imposto pela rotina hospitalar no momento em que é internado e, ao invés de um nome, possui um número de leito; em lugar de um corpo, um órgão doente. Já não é dono de sua vontade, direito de ir e vir, seus horários de higiene e refeições são controlados não em função de seu desejo ou necessidade, e sim dos horários estabelecidos pela rotina de enfermagem.

Segundo Angerami (1994), “seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença (...), doenças crônicas, implicam necessariamente numa total reestruturação vital”. Reestruturação, inclusive, das formas de comportar-se posteriormente à internação, pensando-se na experiência que vivencia o indivíduo, no tocante à perspectiva de uma morte, nem sempre iminente e na experientiação da dor, sempre real.

Refletindo sobre o atendimento psicológico hospitalar. Amorim (1984), propõe que “perceber os aspectos existenciais do paciente, os quais afloram através do comportamento, de atitudes e da vivência com a doença, da qual não é só portador, mas antes seu agente e criador”, fornece as pistas para a elaboração de um projeto de atendimento em hospital. Segundo o autor esse atendimento inclui a questão do *encontro humano*, antes mesmo de

considerar-se a questão técnica, que em última instância possibilitaria esse encontro, jamais sua essência.

Para Angerami, “o psicólogo percebe no contexto hospitalar que (...) terá de aprender aprendendo, com os pacientes, sua dor, angústia e realidade. E o paciente, de modo peculiar, ensina ao psicólogo sobre a doença e sobre como lidar com a própria dor diante do sofrimento”.

Essa flexibilidade exigida do psicólogo em sua atuação no hospital explica-se pela particularidade da situação de internação a que está submetido o paciente e que, devido as limitações de tempo e espaço existentes nas instituições, impossibilita o estabelecimento do *setting terapêutico* tradicional, nos moldes de consultório. Segundo Figueiredo & Schivinger (1981), “um trabalho adequado é feito quando se utilizam os recursos de que o paciente dispõe e não quando se propõe uma terapia considerada como adequada a partir de uma teoria”.

Além disso ainda que em sofrimento psíquico, devido a moléstia ou a vivência de uma maior dependência em relação à família ou daqueles que dele cuidam, o paciente não está, necessariamente, motivado para psicoterapia. Um encaminhamento para atendimento psicoterápico noutra instituição, posterior à internação, pode ser entendido como invasivo da privacidade e direito de escolha do paciente, mesmo que o profissional tenha clara tal necessidade. Entretanto o estabelecimento de uma relação de ajuda – para que seja assistido nas crises de ansiedade que orbitam em torno de uma mudança, às vezes radical, do seu jeito de viver – pode ser fundamental.

Quanto às dificuldades técnicas encontradas ao pensar-se no atendimento psicológico em enfermarias, Amorim (1984), sugere que tal posicionamento deva dar-se ao “nível de observação do fenômeno, conforme este surge e emerge”. Assim “a particularidade da unidade e a maneira de atuar do paciente” podem requerer a aplicação de técnicas mais

específicas, cita como exemplo o uso de *relaxamento* no sentido de fazer com que o paciente participe ativamente de seu tratamento.

Angerami (1994), entende que “o psicólogo reveste-se de um instrumental muito poderoso no processo de humanização do hospital”, no sentido de fazer uma leitura das relações interpessoais ali vividas e assessorar os outros profissionais na vivência de suas próprias angústias, preconceitos, tabus e ansiedades diante do paciente, e que a partir disso seriam capazes de oferecer um atendimento de melhor qualidade aos mesmos.

Para Penna (1992), o trabalho psicológico em Hospital Geral sofrerá influência da “cultura psicológica”, isto é, “dependerá da equipe médica, de seu grau de conhecimento sobre Psicologia e Psiquiatria e de reações inconscientes de aceitação ou de rejeição de fatores emocionais”. Estabelece que “as prioridades das ações médicas tem que ser respeitadas” e que “a prioridade, a frequência e a duração das sessões só deve ser estabelecida sob forma de *intenção*”.

Angerami (1994) nos diz que a “Psicologia Hospitalar tem como objetivo principalmente a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização”. Além disso considera interessante que a atuação leve em conta as seqüelas que ficarão após esse período. Desse modo a maneira com que os profissionais contatam esse paciente pode ser fundamental para uma adaptação à rotina estabelecida, senão para a própria maneira dele encarar o serviço psicológico oferecido.

A normatização dos cuidados ao paciente, ainda que necessária, implica em sentimentos no mínimo ambíguos – por um lado é solicitado ao adulto que se submeta, feito criança, a um outro que decidirá quando ele deverá ou não fazer aquilo que é preciso ser feito, por outro lado esses mesmos profissionais, exigirão dele que se comporte como adulto e “não dê trabalho”, “não seja inadequado”, “seja cooperativo”. Pode-se chegar ao paroxismo de desqualificar a fala do paciente que queixa-se de dor e sofrimento. Laing (1972), afirma

Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

