

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL  
“FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA”  
SERVIÇO DE GERIATRIA E CRÔNICOS

MARCELA ALICE BIANCO  
PSICÓLOGA

**ASPECTOS PSÍQUICOS DA RELAÇÃO PACIENTE –  
FAMÍLIA – EQUIPE EM ENFERMARIA GERIÁTRICA:  
IMPACTO SOBRE O TRATAMENTO DO IDOSO**

SÃO PAULO  
2006

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL  
“FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA”  
SERVIÇO DE GERIATRIA E CRÔNICOS

MARCELA ALICE BIANCO  
PSICÓLOGA

**ASPECTOS PSÍQUICOS DA RELAÇÃO PACIENTE –  
FAMÍLIA – EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM  
ENFERMARIA GERIÁTRICA: IMPACTO SOBRE O  
TRATAMENTO DO IDOSO**

Monografia apresentada como exigência parcial de conclusão do curso de aprimoramento em Atendimento Multiprofissional em Geriatria e Gerontologia do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual - “Francisco Morato de Oliveira”, na área de Psicologia, sob a orientação da Profa. Dra. Kátia da Silva Wanderley.

SÃO PAULO  
2006

*“Não podemos esquecer que a pele se enruga,  
o cabelo embranquece,  
os dias se convertem em anos...  
mas o que é importante não muda.  
A nossa convicção e força interior não têm idade.  
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.  
Atrás de cada conquista, há um novo desafio.  
Enquanto estivermos vivos, façamos por estar vivos.  
Se sentimos saudades do que fazíamos, porque não voltar a fazer?  
Não se deve viver de fotografias amareladas.  
Quando todos esperam pela nossa desistência, continuamos.  
Não vamos deixar que enferruje o ferro que existe em nós.  
Quando não conseguirmos correr atrás dos anos, marchamos.  
Quando não conseguirmos marchar, caminhamos.  
Quando não conseguirmos caminhar, usamos uma bengala.  
Mas não nos detenhamos.  
Nunca!”*

*(Madre Teresa de Calcutá)*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente aos meus pais Hilda e José, que me ensinaram a lutar pelos meus sonhos, dar valor a liberdade e a retirar ensinamentos positivos para a vida até mesmo dos momentos difíceis.

Aos meus avós João e Alice, que me ensinaram a amar e compreender melhor os idosos e a velhice.

Ao meu namorado Rodrigo, pelo amor compartilhado, escuta, carinho e apoio em todos os momentos.

A minha irmã Marisa e minha amiga Stela que me acolheram em sua casa num momento de importante transição e apoiaram durante todo o ano.

Ao Dr. Ney pelos ensinamentos concedidos em Geriatria e Gerontologia, motivação e oportunidades de crescimento profissional.

A minha preceptora Kátia, pela orientação, seriedade e conhecimentos compartilhados.

As psicólogas Márcia e Karina, pelo apoio, incentivo e amizade.

A todas as preceptoras do Serviço de Geriatria, pelo crescimento profissional e pessoal que me oportunizaram.

As aprimorandas do Serviço de Geriatria e amigas do coração, pela amizade, carinho, cumplicidade e por todos os momentos compartilhados, que foram muitos preciosos para mim.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os idosos e familiares que tive a oportunidade de trocar e compartilhar experiências tão significativas e especiais, que me auxiliaram a compreender o significado do amor divino.

# SUMÁRIO

Resumo.....	05
1. Introdução.....	06
1.1 A velhice e os problemas de saúde.....	06
1.2 O processo de envelhecimento.....	07
1.3 O paciente idoso e sua doença: aspectos psíquicos do adoecer e da hospitalização .....	10
1.4 A família e a hospitalização.....	19
1.5 Aspectos psíquicos envolvidos na atuação dos profissionais da equipe interdisciplinar.....	22
1.6 A relação paciente - família e equipe de saúde.....	23
2. Objetivo.....	33
2.1 Objetivo Geral.....	33
2.2 Objetivos Específicos.....	33
3. Método.....	34
3.1 Tipo de estudo.....	34
3.2 Local.....	35
3.3 Participantes.....	35
3.4 Critérios de inclusão.....	36
3.5 Procedimento.....	36
3.6 Considerações éticas.....	39
4. Resultados e Discussão.....	40
4.1 Apresentação do Caso Clínico Modelo.....	40
4.2 A relação paciente idoso - equipe interdisciplinar sob a ótica dos	

profissionais de saúde.....	43
4.3 A relação família - equipe interdisciplinar sob a ótica dos profissionais de saúde.....	57
5. Conclusão.....	66
6. Referências.....	70
Anexo A .....	75
Anexo B.....	78

## RESUMO

Diante do progressivo envelhecimento populacional e alta ocorrência de doenças crônicas na velhice, é cada vez maior o número de idosos que procuram pelos serviços hospitalares. Nesse contexto, as relações que o idoso e seus familiares estabelecem com a equipe de saúde tornam-se meio essencial e complementar aos recursos técnicos e tecnológicos utilizados no tratamento. O relacionamento paciente-família-equipe envolve uma série de fenômenos psíquicos que descrevem as atitudes e reações de ambos no decorrer dessa interação. A compreensão da atuação e da repercussão desses fatores durante a hospitalização pode ser de grande valia para a melhora do atendimento oferecido aos pacientes idosos hospitalizados e a seus familiares. Este estudo teve por objetivo identificar e analisar os aspectos psíquicos presentes na relação entre equipe interdisciplinar, paciente e familiares, em enfermaria de Geriatria, tendo como base a abordagem qualitativa. Participaram desta pesquisa cinco aprimorandas de um Serviço de Geriatria de uma hospital de grande porte da cidade de São Paulo, referentes às diversas áreas de atuação profissional em saúde. Optou-se pela escolha de um caso clínico acompanhado pelos profissionais do Serviço de Geriatria para servir de modelo e guiar as respostas das participantes. Os dados foram coletados por meio de observações e acompanhamento do caso escolhido e aplicação de um questionário composto por perguntas de formato aberto junto às participantes. As informações são referentes aos períodos de duas internações da paciente e uma visita domiciliar. Os resultados foram analisados por meio de análise de conteúdo dos discursos dos participantes e criação de categorias temáticas. Foi realizada análise crítica e interpretativa do conteúdo das respostas tendo como base a teoria psicanalítica. Os resultados obtidos revelaram que a qualidade do vínculo formado entre a equipe interdisciplinar, o paciente e a família e os aspectos psíquicos presentes na relação, como sentimentos mobilizados e percepção construída sobre a idosa e sua família, foram, em certa medida, fatores determinantes nas condutas estabelecidas pelos profissionais, modificando planos e estratégias de intervenção junto à idosa e seus familiares. Além disso, foi possível identificar a necessidade de atenção à subjetividade do profissional de saúde, que nem sempre encontra espaço para elaboração de suas vivências, experienciando sofrimento e sentimentos que podem gerar insatisfação com o trabalho e interferir em suas atividades profissionais.

Palavras-chave: relacionamento - idoso – família - equipe interdisciplinar

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 A velhice e os problemas de saúde

Como resultado do aumento da expectativa de vida e da queda da taxa de fecundidade nos últimos anos, o número de idosos na sociedade vem aumentando progressivamente, alterando a estrutura demográfica brasileira. Como mostram os últimos dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2000, a população idosa representa 9,1% da população brasileira, correspondendo a 15,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2005). Estima-se que este número possa ultrapassar os 30 milhões de idosos em 25 anos (Garrido & Menezes, 2002).

Desse crescimento exponencial, surge a necessidade de estudar e compreender as múltiplas interfaces do processo de envelhecimento e dos problemas relacionados a velhice. Tais estudos podem contribuir para a estruturação de políticas adequadas, serviços e intervenções de qualidade, nas diversas áreas profissionais, propiciando um envelhecimento com maior qualidade de vida e dignidade para as pessoas idosas (Mendonço, 2002).

### *O idoso e os problemas de saúde*

Apesar dos avanços ocorridos nas áreas da saúde nas últimas décadas, que vem permitindo maior controle de problemas de saúde comuns na velhice e aumentando a qualidade de vida das pessoas idosas, o processo de envelhecimento ainda é marcado por perdas na capacidade funcional e pelo aparecimento progressivo de doenças, muitas vezes crônicas, que prejudicam o bem – estar na velhice e tornam o idoso dependente de redes de suporte social, como a família e as instituições hospitalares.

A alta frequência de problemas de saúde e de diferentes graus de dependência entre idosos brasileiros é apontada por diversos autores. Segundo Ramos (1993), 86% dos idosos da região metropolitana sudeste do Brasil possui pelo menos uma doença crônica. Além disso, 46% desses idosos necessitam de ajuda de outras pessoas para realizar atividades básicas da vida diária, como alimentação, vestuário e higiene pessoal.



Num estudo realizado por Coelho Filho e Ramos (1999) na região nordeste com 667 idosos, 92,4% dos entrevistados apresentava pelo menos uma doença, sendo que 78,1% apresentava até cinco doenças crônicas. Esse mesmo estudo evidenciou que 47,7% dos idosos entrevistados necessitavam de auxílio para realizar pelo menos três atividades da vida diária.

Em estudo mais recente, realizado por Laurenty e Lebrão (2003) com 2.143 idosos moradores da cidade de São Paulo, a frequência de problemas de saúde encontrada também foi elevada. As doenças relatadas com maior frequência foram: hipertensão (53,3% dos casos); e artrite, reumatismo e artrose (31,7% dos casos). Além disso, esse estudo evidenciou que 86,7% dos entrevistados tomavam algum medicamento diariamente.

Tal ocorrência de doenças crônicas em idosos faz com que os mesmos recorram com frequência a serviços de saúde, seja para atendimentos ambulatoriais ou para internações, quando o aparecimento ou agravamento de doenças exige a permanência na instituição hospitalar.

O tratamento e a reabilitação de um indivíduo enfermo devem abranger todos os aspectos ligados a sua doença, enfocando o indivíduo, sua história de vida pregressa, suas relações com o mundo e com seu próprio processo de adoecimento, uma vez que, embora universal, a história doença é escrita pela história individual e encontra sentido na relação do ser com o mundo (Santos & Sebastiani, 1996; Romano, 1999; Guedes, 2003).

Desta forma, no que concerne à área da saúde, torna-se fundamental estudos que elucidem questões ligadas ao processo saúde-doença na velhice e abordem as relações que os indivíduos idosos estabelecem com os serviços das instituições hospitalares. O conhecimento a respeito desses processos pode contribuir para a melhora do atendimento oferecido à população idosa nas instituições hospitalares, contribuindo para uma maior eficácia de tratamentos e intervenções realizadas.

## **1.2 O processo de envelhecimento**

Em todas as fases da vida, os indivíduos estão sujeitos a processos de adoecimento. O aparecimento e permanência de uma doença podem levar a

diferentes reações, atitudes, comportamentos e alterações individuais. Todavia, tais reações podem depender da fase do desenvolvimento humano em que a doença surge e do momento vivenciado por aquele que adoece. Desta forma, para compreender a repercussão de uma doença em pessoas idosas, faz-se necessário conhecer o processo de envelhecimento e suas peculiaridades.

### *Velhice e processo de envelhecimento*

O envelhecimento pode ser definido como um processo biológico, psicológico e social, que envolve mudanças geralmente lentas, gradativas e em grande parte, heterogêneas. De acordo com a teoria do curso de vida, o envelhecimento compreende os processos de transformação que o organismo sofre após a maturação sexual, podendo ser iniciado em diferentes épocas, para as diferentes partes e funções do organismo. Além disso, possui ritmo e velocidade heterogênea para cada parte do organismo, bem como, entre os indivíduos. Deste modo, a velhice, implica na diminuição gradual da capacidade funcional, alterando a probabilidade de adaptação e sobrevivência do indivíduo em seu meio. O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações na aparência, no comportamento, nas experiências vivenciadas e nos papéis desempenhados no ambiente social, com variações individuais. Desta forma, para cada pessoa, o envelhecimento se dá de forma única e tem características idiossincráticas (Birren & Bengston, 1988 *apud* Neri; 1995, Papaléo Netto, 1996; Zimerman, 2000).

A forma como cada pessoa envelhece irá depender do modo como organizou seu curso de vida, levando-se em consideração aspectos de ordem biológica, psicológica, social, histórica e cultural que estiveram presentes durante sua trajetória, diferenças genéticas de cada indivíduo, interações entre fatores genéticos e ambientais, características de personalidade, incidência de diferentes patologias durante o desenvolvimento normal, hábitos adquiridos durante a vida, estimulação mental recebida, modo como a pessoa lida com fatores estressores da vida, apoio psicológico que recebe de outras pessoas e agências em situações difíceis, atitude positiva ou negativa perante a vida, entre outros fatores (Neri, 1995; Zimerman, 2000).

Assim, a velhice passa a ser considerada como uma fase de adaptação

na vida do indivíduo, considerando-se as incapacidades físicas, cognitivas e psicossociais se fazem mais presentes nessa fase do que em outras fases do desenvolvimento. Torna-se necessário, portanto, reconhecer as peculiaridades de cada organismo que envelhece e considerar a saúde do idoso em termos da manutenção da sua capacidade funcional (Assis, 1998).

### *Concepções sobre a velhice: Impacto sobre o idoso*

Apesar desta visão mais ampla acerca o processo de envelhecimento, ainda é possível encontrar concepções de velhice bastante restritas, negativas e estereotipadas. Muitos estudos apontam que a sociedade brasileira concebe a velhice como sendo uma fase relacionada a inúmeras limitações, doenças típicas da velhice e perdas, como: a perda da saúde, da capacidade cognitiva, da produtividade, da convivência social, da independência sócio-emocional e das perspectivas futuras. Outros estudos revelam concepções da velhice como uma época calamitosa, envolta pela decrepitude, impotência, desajuste social, solidão, baixos rendimentos e definem o idoso como chato, oneroso, rabugento, triste, implicante, “velho” (alguém que perdeu a utilidade) e demente (Debert, 1999; Camargo, 1999; Zimmerman, 2000; Mendiondo, 2002; Paschoal, 2002; Bianco, Barham & Pavarini, 2003). Por outro lado, alguns estudos mostram visões mais positivas da velhice, com os participantes retratando o envelhecimento como uma fase do desenvolvimento humano, que envolve acúmulo de experiência, sabedoria, presença de saúde física e mental, vida ativa, consciência das realizações e satisfação (Barros Pinto, 1997; Mendiondo, 2002; Bianco, Barham & Pavarini, 2003).

A forma como cada pessoa concebe a velhice pode influenciar o modo como constrói a sua própria e como percebe a velhice do outro. Uma visão estereotipada e negativa em relação ao próprio envelhecimento pode afetar negativamente o autoconceito e a auto-estima do idoso, influenciando a forma como lida com situações da vida, suas perspectivas futuras, seu envolvimento social, em atividades prazerosas e seus relacionamentos interpessoais. Além disso, pode aumentar a probabilidade de conformidade com condições precárias de saúde, diminuindo adesão a tratamentos (Paschoal, 2002).

Por outro lado, pessoas que possuem concepções negativas e

estereotipadas da velhice podem se relacionar com idosos de forma inadequada, distorcendo suas reais necessidades de ajuda. Assim, familiares, cuidadores e equipes de saúde podem contribuir para a superproteção do idoso, aumentando sua condição de dependência. Por outro lado, podem favorecer situações de negligência e maus tratos, afetando negativamente o suporte oferecido ao idoso (Paschoal, 2002).

Numa situação de adoecimento tais concepções acerca da velhice se fazem presentes e podem influenciar a adesão ao tratamento tanto por parte do idoso, quanto por parte dos familiares que dele cuida. Além disso, podem afetar as condutas realizadas por toda equipe de saúde que prestam atendimento ao idoso.

### **1.3 O paciente idoso e sua doença: aspectos psíquicos do adoecer e da hospitalização**

#### *O adoecimento: Impacto psicossocial*

O aparecimento de uma doença faz com que muitos pacientes enfrentem a perda de um corpo saudável e ativo. Para muito deles, o mau funcionamento orgânico leva a perda da autonomia e da capacidade de agir com independência. A pessoa doente passa a ser obrigada a manter-se ligada ao hospital ou ambulatório devido ao tratamento rigoroso, e muitas vezes, a lidar com restrições alimentares, sociais, econômicas, de lazer e profissionais. (Santos & Sebastiani, 1996).

Deste modo, como afirma Jeammet (1982),

*“a doença comporta, indiscutivelmente, um golpe na integridade do indivíduo e um obstáculo ao exercício normal de sua vida. Em princípio e conscientemente ela só pode ser sentida como uma falta, uma deficiência, uma diminuição”.*

A doença sinaliza a mortalidade do indivíduo, a finitude do corpo e a falta de controle total sobre seu corpo e sua vida, caracterizando-se por uma situação de fraqueza e dependência. Por ser um acontecimento inesperado, o processo de adoecimento quebra a linha de continuidade da vida do indivíduo, das funções desempenhadas por ele na sociedade e da previsibilidade

aparente que cada pessoa guarda sobre seu futuro. O surgimento de uma doença pode fazer com o enfermo sinta que deixou de ser dono de si, tornando escravo de seu próprio corpo e do tempo, sendo gerador de grande sofrimento psíquico para o mesmo (Jeammet, 1982; Botega, 2002).

As perdas experienciadas pelo indivíduo doente podem atingir diversas esferas, incluindo: prejuízo corporal, como a perda de partes do corpo, das funções físicas, do vigor e a resistência para a realização de atividades diárias; perda da autonomia; independência e da liberdade em função do tratamento e das interferências do mesmo, perdas sociais, afetivas, entre outras. O paciente passa a depender do hospital, da família, da "sorte", fatos que podem gerar insegurança permanente, acarretando desgaste e estresse emocional (Jeammet, 1982; Maciel, 2000).

Pode-se dizer que a doença imobiliza e congela a existência do indivíduo, afetando profundamente as relações do mesmo com o mundo ao seu redor e as interpretações que faz dos acontecimentos. A doença coloca o tempo em suspensão, sendo difícil conectá-lo aos acontecimentos passados e futuros. As preocupações do indivíduo passam a se relacionar ao processo de adoecimento e ao seu estado corporal. Pode haver perda de interesse no mundo externo e a fatos que não dizem respeito ao sofrimento trazido pela enfermidade (Botega, 2002).

Quando o indivíduo adoecer, ele sente seu futuro ameaçado, gerando insegurança e ansiedade. O paciente poderá ter a sensação de que tudo aquilo que havia planejado para sua vida não acontecerá jamais, devido a cronicidade de sua doença, que impossibilitará o acontecimento antes previsto ou causará sua morte (Oliveri, 1985 *apud* Santos & Sebastiani, 1996).

A doença quebra a dinâmica e as relações existentes entre o indivíduo consigo mesmo e com o mundo. O indivíduo, determinado pelo fenômeno doença assume uma nova condição, que condiz ao fenômeno "ser" ou "estar" doente, determinando mudanças e perdas que irão alterar sua identidade (Jeammet, 1982; Santos & Sebastiani, 1996).

Deste modo, a enfermidade se coloca como uma situação estressante para o paciente, na medida em que pode implicar em diferentes ameaças e representar uma demanda que exceda seus recursos internos e externos para

enfrentá-la. Estas ameaças podem estar relacionadas com a própria vida do indivíduo e seus temores da morte, com sua integridade física e psicológica, com seu funcionamento e conforto corporal, com a realização das suas atividades cotidianas, bem como a fantasias sobre o que está acontecendo. O medo e a ansiedade decorrentes de uma doença seja ela aguda ou crônica, pode se tornar extremo, quando o doente não tem clareza sobre a doença e recursos disponíveis para enfrentá-la (Santos e Sebastiani, 1996).

A doença está encravada na biografia do doente e por isso, para compreender sua ressonância psicossocial é necessário entender o significado emocional do adoecimento para o indivíduo em particular dentro de seu universo pessoal. Desta forma, a maneira como cada pessoa reage a uma doença depende de múltiplos fatores como: características de personalidade, história de vida, crenças pessoais, estado emocional, organização de capacidades defensivas, interpretação que faz do que lhe está acontecendo, forma como vivencia a doença e a situação de internação, capacidade de tolerar frustrações, vantagens e desvantagem advindas da posição de doente, projetos de vida, apoio que possa receber e aceitar e as relações que estabelece consigo mesmo, com seus familiares/cuidador e com a equipe. Além disso, deve-se considerar a cultura em que o indivíduo está inserido, a qual determina uma certa representação da doença (Jeammet, 1982; Nina, 1995; Romano, 1999; Botega, 2002).

Portanto, a doença traz consigo significados e sentimentos que interferem, alteram e determinam seu curso. A existência de um lado inconsciente que gera conflitos, queixas, altera reações e habilidades, interferem na tomada de decisões, na adesão ao tratamento e podem complicar ou reduzir a eficácia terapêutica de diferentes tratamentos (Romano, 1999).

O indivíduo, quando doente passa a ser tratado não como um sujeito, mas sim como o portador de uma determinada patologia. O estigma de doente e paciente (principalmente no sentido de sua própria passividade frente aos fatos e perspectivas existenciais) faz com que haja uma necessidade de reformulação até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas (Camon, 1998).

Deste modo, faz-se necessário que o indivíduo faça uma reconstrução da sua imagem corporal, atualize seus conflitos afetivos que permaneciam em estado latente e reorganize os vínculos estabelecidos entre o indivíduo e seu grupo social, especialmente a família e instituição de saúde (Jeammet, 1982).

### *A hospitalização*

Apesar das diferenças individuais que influem na capacidade de enfrentamento e recuperação, a situação de hospitalização é algo único enquanto vivência, não havendo a possibilidade de previsão anterior à sua própria ocorrência. O simples fato de a pessoa estar hospitalizada faz com que esta adquira signos que irão enquadrá-la em uma nova performance existencial e até mesmo seus vínculos interpessoais passarão a existir a partir desse novo signo; seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença (Camon, 1988; Nina, 1995).

Desta forma, a hospitalização gera um impacto ainda mais dramático na vida do indivíduo enfermo (Botega, 2002). Quando internados, os pacientes ocupam involuntariamente novos papéis, se submetem a rotinas e normas, pouco ou nada individualizadas, e compartilham seu espaço físico, intimidade e sentimentos com outras pessoas, na maioria, desconhecidas, como outros pacientes, outros acompanhantes e equipe (Romano, 1999).

De acordo com Strain (1978 *apud* Botega, 2002), o paciente sujeito à hospitalização pode passar por diferentes categorias de estresse psicológico, baseadas nas fases psicodinâmicas do desenvolvimento. As categorias de estresse psicológico postuladas por este autor são:

- Ameaça básica à integridade narcísica: nas quais são atingidas fantasias de imortalidade, onipotência, controle sobre o próprio destino e de um corpo indestrutível. Pode emergir ainda, fantasias catastróficas, sensação de pânico, aniquilamento e impotência;
- Ansiedade de separação: refere-se à ansiedade de se separar de pessoas significativas, ambientes e estilo de vida;
- Medo de estranhos: decorrente do medo do desconhecido. Ocorre quando o paciente entra no hospital e deixa sua vida e seu corpo nas mãos de estranhos, cuja competência e intenção ele desconhece;

- Culpa e medo de retaliação: baseadas em idéias de que a doença é decorrente de um castigo por pecados e omissões;
- Medo da perda de controle: refere-se ao medo da perda das funções adquiridas durante o desenvolvimento, como fala, controle de esfíncteres, marcha, etc, que levam a uma condição de dependência;
- Perda do amor e de aprovação: sentimentos de desvalorização gerados pela dependência, pela sobrecarga financeira, etc;
- Medo da perda de, ou dano a, partes do corpo: decorrentes de mutilações ou disfunções de membros e de órgãos que alteram o esquema corporal;
- Medo da morte e da dor.

As diferentes maneiras de agir e reagir frente às circunstâncias estressantes são chamadas de enfrentamento. Esse enfrentamento pode ser dirigido à emoção, quando a situação é avaliada como fora de controle do indivíduo, e pode ser dirigido à manipulação do problema, que aparece quando uma situação é avaliada como passível de mudança. De forma geral, o resultado do enfrentamento é o alcance de um ajustamento psicossocial e conseqüentemente, um nível satisfatório de qualidade de vida (Casarini, 1997).

### *Mecanismos de defesa*

Como forma de adaptação e reação, mesmo que inadequada, frente a condição de doente, o paciente tende a lançar mão de uma série de mecanismos psicológicos de defesa, para lidar com os conflitos emocionais, ansiedades e angústia desencadeados pela doença. Entre as reações e mecanismos de defesa utilizados pelo indivíduo doente estão: a negação, o deslocamento, a regressão e a adaptação ou aceitação (Jeammet, 1982; Kubler-Ross, 1987; Santos e Sebastiani, 1996; Botega, 2002).

### *Negação*

Na fase de negação, o paciente age como se não estivesse sob ameaça, não quer reconhecer sua doença e tenta enganar a si mesmo e aos seus familiares, adotando uma atitude negativa, na maioria das vezes,



inconsciente, colaborando pouco e se negando a receber ajuda médica, a aderir às exigências do tratamento, realizando atividades de forma excessiva ou persistindo em hábitos nocivos. Tal recusa pelo cuidado ou pelo conhecimento de sua doença e respectivo tratamento faz com que tal mecanismo possa trazer graves conseqüências para o indivíduo (Jeammet, 1982; Kubler-Ross, 1987; Brenner, 1987; Botega, 2002).

Esse mecanismo arcaico é usado como recurso para evitar o sofrimento, a ansiedade, o medo e o desespero trazido pela doença, quando o indivíduo é incapaz para suportar a carga emocional advinda da mesma, apontando para a existência de uma grande fragilidade psíquica do sujeito. Nesse caso, a negação pode ser vista como um fator de proteção inicial em algumas situações, não devendo ser afrontada, mas compreendida pela equipe de saúde. (Jeammet, 1982; Brenner, 1987; Santos & Sebastiani, 1996; Botega, 2002).

Pode-se apontar dois tipos de negação da realidade. O primeiro ocorre no período em que a pessoa recebe o diagnóstico da doença e ainda encontra-se perdida e confusa, não possuindo recursos imediatos para lidar com a situação, necessitando transformar a realidade “magicamente” até reconhecê-la de fato. Nesse caso paciente se convence de que algo pode ter dado errado durante os exames ou que o médico pode ter se enganado. A negação funciona como uma forma temporária de defesa que será substituída pelo estágio emocional consecutivo ou por outro qualquer, uma vez que a seqüência de estágios não é uma regra sem exceções (Kubler-Ross, 1987; Felício 2003).

No segundo caso, a negação persiste por um período mais longo e o paciente não consegue lançar mão de recursos mais elaborados para lidar com o problema de forma mais responsável e conseqüente. Neste caso, pode ocorrer um enfraquecimento das relações interpessoais formadas com as pessoas ao seu redor, repercutindo negativamente sobre o tratamento (Felício, 2003).

Nestes casos, torna-se necessário que a equipe de saúde respeite o tempo interno do paciente, sem forçá-lo a encarar a situação real, ganhando sua confiança e tranquilizando por meio da qualidade da relação interpessoal estabelecida.

### *Deslocamento*

O deslocamento também é um mecanismo defensivo usado freqüentemente pelos pacientes, frente aos sentimentos de raiva, revolta, ressentimentos e inveja, despertados pela condição de doente, sendo comumente consequência de uma negação anterior. Tal mecanismo é utilizado pelo indivíduo para evitar uma reação depressiva ou suicídio, acabando por atribuir ao meio exterior a causa por seus sofrimentos (Jeammet, 1982; Brenner, 1987; Botega, 2002).

Nesses casos, o paciente tende a deslocar sua raiva contra familiares/acompanhantes ou equipe de saúde, culpando-os por sua doença, numa tentativa de aplacar a angústia e a revolta trazidas pela sua condição atual. O doente poderá ter reações agressivas, com atitudes de arrogância e desprezo. Outras vezes pode exigir um nível de atenção e dedicação que levem ao afastamento das pessoas. Aparecem verbalizações como “querem-me mal”, “cuidam mal de mim”, “os cuidados é que geram meu sofrimento”, entre outras.

Tais atitudes podem repercutir em reações negativas da equipe, com tendência ao afastamento, como forma de rebater a agressão do paciente. É muito difícil para os familiares e para a equipe hospitalar lidar com esse tipo de reação do paciente, especialmente porque o mesmo pode projetar seus sentimentos no ambiente familiar ou hospitalar. Poucos familiares e profissionais conseguem se colocam no lugar do paciente para saber a origem de sua revolta, que advém da interrupção abrupta das atividades normais devido ao surgimento da doença. Todavia, neste momento, o paciente necessita ser compreendido, respeitado, aceito e cuidado (Kluber-Ross, 1987; Botega, 2002).

### *Regressão*

A regressão é um mecanismo de defesa universal e inevitável que é mobilizado por uma reação de proteção do indivíduo, frente a uma agressão, doença, ou sofrimento.

A regressão é marcada por um retorno do indivíduo às formas anteriores de desenvolvimento do pensamento e do estilo de relação com seu ambiente.

Quando faz uso da regressão, o paciente adota uma conduta infantil frente a sua enfermidade, colocando em jogo, mecanismos regressivos que tornam o indivíduo muito dependente e com necessidade de muita atenção (Jeammet, 1982; Brenner, 1987; Santos & Sebastiani; 1996).

A regressão caracteriza-se por uma redução de interesses, egocentrismo, diminuição da capacidade para suportar frustrações, dependência do grupo social e pensamento mágico, no qual o paciente acredita na onipotência do médico, da equipe de saúde, dos medicamentos ou da própria doença (Jeammet, 1982).

O uso desse mecanismo defensivo não deve ser visto como algo anormal ou unicamente em seu sentido pejorativo numa situação aguda e grave, uma vez que, o paciente realmente necessita deixar-se cuidar pela equipe de saúde.

A presença da regressão pode ser suscitada pelas condições próprias da internação, na qual o paciente recebe cuidados básicos de higiene, alimentação e medicação, tornando-se dependente do meio externo.

Nesse sentido, a regressão ganha um caráter positivo, no qual o indivíduo é capaz de abrir mão das preocupações e exigências cotidianas para centralizar as formas sobre si mesmo e lutar ou proteger-se contra a doença. Além disso, significa aceitar a ajuda necessária por parte do grupo social, confiando no tratamento proposto e não se opondo ao mesmo por meio de atitudes e ativismo inadequados (Jeammet, 1982).

A incapacidade do indivíduo em permitir um certo grau de regressão reflete no medo de fazê-lo, devido a um temor intenso frente à passividade ou possibilidade de reaproximação de imagens maternas interiorizadas como más e perigosas. Tal recusa em regredir pode ser prejudicial ao tratamento, uma vez que, o paciente impede que sua rede de suporte social auxilie no alívio de suas tensões excessivas, exigindo uma superadaptação a situação vivenciada e dificultando o papel protetor desempenhado pela regressão (Jeammet, 1982; Botega, 2002).

Segundo esses autores, quando a regressão é prolongada e vai além das necessidades de dependência do indivíduo, pode-se chegar a uma condição desfavorável ao tratamento, em que o comportamento do paciente

impede o uso de recursos pessoais mais maduros para lidar com a situação presente, restringindo o doente a uma conduta que se perpetua.

Quando os familiares/acompanhantes e equipe passam a tratar o paciente como criança, infantilizando-o, a regressão é favorecida, prejudicando a disposição do paciente para uma posição mais ativa no tratamento e reabilitação. Por outro lado, atitudes diametralmente opostas junto ao paciente, estimulando-o a ter sempre uma atitude ativa e motivada podem suscitar sentimentos de incompreensão, afetando a auto-estima do paciente e dificultando o tratamento (Botega, 2002).

#### *Adaptação ou aceitação*

Neste caso, o indivíduo é capaz de elaborar e controlar os sentimentos desencadeados por sua doença, e consegue mudar seus comportamentos habituais sem desorganizar-se e ter uma atitude flexível e equilibrada diante da doença. O doente consegue encontrar um nível de regressão aceitável e suficiente para permitir a ajuda necessária, sem que se abandone por completo, mas que seja suficiente para satisfazer as necessidades (Jeammet, 1982).

De acordo com Kluber-Ross (1987), nessa fase, o doente lamenta as perdas, mas contempla sua situação e seu fim próximo com tranqüila expectativa. No caso de uma doença crônica, a aceitação está ligada à própria permanência da doença, que evolui lentamente. Um estado precário de aceitação pode ser abalado a cada nova perda ou alteração do estado clínico e/ou emocional do paciente, fazendo com que o mesmo retorne aos estágios anteriores.

#### *Repercussões para o tratamento*

Pode-se perceber, portanto, que o indivíduo doente sofre influências do macro e do micro sistema em que está incluído. Não vai sozinho ao hospital, mas chega acompanhado por sua doença, familiares e todas as implicações com relação aos papéis, necessidades adaptativas, revisão de vínculos afetivos, etc. Todas as suas atitudes e comportamentos irão repercutir nas relações estabelecidas com os familiares e com a equipe de saúde que dele

cuida (Romano, 1999). Observa-se também, que fatores psicológicos têm um efeito considerável sobre o consentimento ou a conformidade do paciente para com as ordens médicas e o tratamento indicado. Assim, é provável que as pessoas que se mantenham ativas, envolvidas em relacionamentos sociais e afetivos lidem melhor com a doença, apresentando períodos maiores de sobrevivência e maior integridade psicológica do que aquelas que ficam deprimidas e tem relacionamentos pouco gratificantes (Casarini, 1997).

Desta forma, o hospital não é só um local de tratamento, mas também de transformações na vida do indivíduo, sendo necessário que a equipe auxilie o paciente a promover adaptações, orientando-o, acolhendo-o e diminuindo as chances de que ele volte a adoecer e retorne ao hospital (Romano, 1999).

#### **1.4 A família e a hospitalização**

##### *A importância do grupo familiar*

Como aponta Romano (1999), “a doença é experimentada coletiva e não individualmente”. Deste modo, para entender o processo de adoecimento e hospitalização de um indivíduo é necessário atentar para as suas relações familiares e para a forma como a família lida com esses processos.

A família funciona como um sistema, com leis que regulam as trocas no interior desse sistema e que, em função dessas leis, dos problemas e dos desejos de cada um de seus membros, o sistema familiar chega a encontrar um equilíbrio de funcionamento, que a doença de um dos membros pode perturbar (Jeammet, 1982).

A dinâmica familiar e acontecimentos familiares podem desempenhar papel fundamental na etiologia, evolução e tratamento da enfermidade de um de seus membros. A doença pode perturbar o funcionamento familiar antes equilibrado, exigindo transformações nos papéis familiares e leis que regulavam seu funcionamento. Assim, o adoecimento de um membro envolve toda a dinâmica familiar sendo neste grupo que o doente, muitas vezes, irá encontrar as condições necessárias para enfrentar sua nova condição e buscar o restabelecimento de seu estado de saúde. Nesse sentido, podemos compreender a família tanto como contexto-problema ou como recurso

terapêutico, na relação do doente com seu sofrimento (Jeammet, 1882; Catado Neto, Torres et al, 2002; Felício, 2003).

O adoecimento de um membro é, freqüentemente, gerador de grande sofrimento psíquico para o grupo familiar. Apesar disso, é esperado que o mesmo possua forças estruturais capazes de oferecer continência e apoiar o enfermo, respondendo positivamente a essa nova contingência (Felício, 2003). Todavia, nem todas as famílias são capazes de reagir dessa maneira, principalmente aquelas que possuem uma história negativa de relacionamento, com relações afetivas deterioradas anteriores ao adoecimento do familiar. Nesses casos, acabam por eclodir reações não cooperativas e acirramento de dificuldades relacionais, com dificuldades na resolução dos conflitos e problemas (Felício, 2003).

#### *Repercussões da doença no grupo familiar*

Cada família apresenta uma forma peculiar de lidar com problemas semelhantes, como mudanças, perdas e acontecimentos importantes, sendo esta determinada por fatores de ordem biológicos, psicológicos, sócio-econômicos, culturais e espirituais (Catado Neto, Torres et al, 2002).

Todavia, de forma geral, a hospitalização de um familiar é um grande gerador de estresse para todos os membros da família, marcada pelo rompimento do equilíbrio familiar e pelo remodelamento de necessidades internas e externas, sendo vista como algo ameaçador (Figueiredo, 1997; Romano, 1999).

No que concerne à família, cabe ressaltar, que outros fatores também estão em jogo, como por exemplo: a forma que a família está estruturada, as alterações e recursos necessários e disponíveis para lidar com a situação (reajustamentos dos papéis familiares, interações entre os membros da família, recursos emocionais), a história de relacionamento familiar, os sentimentos emergidos pela situação de adoecimento do paciente, entre outros fatores (Miles, 1982; Romano, 1999; Lueckenotte, 2000).

Desta forma, as diferenças encontradas na forma como cada família reage e se reorganiza frente a uma situação estressante (como o surgimento de uma doença e a hospitalização de um familiar) dependem das

características e necessidades únicas que representam a forma de ser e de estar dessa família na situação em que se encontra, e do modo como se deu o desenvolvimento familiar até o presente momento (Duarte & Diogo, 2000).

Entre as fontes de ansiedade da família, surgidas pela hospitalização de um de seus membros podemos destacar: a súbita e inesperada instalação da doença, a incerteza do prognóstico, o medo de que o paciente sinta dor e morra, a falta de individualidade e privacidade, o ambiente desconhecido e aterrorizante, a separação física do paciente (que, por sua vez, leva à mudanças nos papéis familiares, nas rotinas, nas despesas financeiras), entre outros problemas (Romano, 1999).

O impacto da doença sobre os familiares pode ocasionar riscos de doenças físicas, diminuição da atenção, aumento da irritabilidade, sentimentos de abandono, menos valia, culpa e raiva e comprometimento na capacidade de decisão. Tais reações podem afetar a compreensão sobre as políticas do hospital, rotinas e procedimentos hospitalares, interferindo em tomadas de decisões e comportamentos dos familiares, prejudicando, muitas vezes, a eficácia terapêutica e o tratamento e reabilitação do paciente (Romano, 1999).

O diagnóstico e a doença podem provocar diferentes efeitos sobre a comunicação intrafamiliar. Em alguns casos, a família teme que o doente não suporte a verdade sobre seu diagnóstico e acaba por criar barreiras na comunicação, impedindo o membro enfermo de entrar em contato com a verdade e enfrentar tal situação com os recursos internos e externos que dispõe. Além do isolamento ou distanciamento afetivo que pode ocorrer entre os membros da família que necessitam manter tal encenação da realidade, o doente deixa de empreender o crescimento emocional necessário para elaborar as perdas decorrentes de sua doença. Nas famílias que conseguem compartilhar os momentos de crise e perdas por meio de relações afetivas genuínas, autênticas e acolhedoras, o enfrentamento de uma doença ou morte podem ser menos doloroso. No que diz respeito ao adoecimento de um membro idoso, a aceitação da situação pode ser facilitada pela existência de uma pré-concepção de que uma incapacitação ou morte nessa fase da vida é mais esperada que em outras fases do desenvolvimento humano (Felício, 2003).

Segundo Jeammet (1982), as formas de reação do núcleo familiar frente à doença dependerão da estrutura do sistema familiar. Deste modo, se o sistema for flexível e aberto à família terá mais capacidade para se adaptar ao novo contexto por meio de algumas modificações. Quando as famílias possuem uma estrutura rígida e fechada, o novo cenário deflagrado pela doença será percebido como uma ameaça ao equilíbrio familiar, acarretando em situações como: rejeição do doente ou utilização da doença como parte integrante e necessária para a manutenção do sistema. No que concerne à rejeição do enfermo, a mesma pode ocorrer tanto de forma direta ou por mecanismos de defesa como a formação reativa, exemplificada pela solicitude excessiva, superproteção do doente ou ansiedade exagerada de um membro da família frente a um acontecimento. Nessas situações, a necessidade da família em expressar sua agressividade e temor, devido à fragilidade do próprio sistema familiar, pode desencadear relações insatisfatórias entre os familiares e equipe de saúde, que pode ser eleita como bode expiatório. No que diz respeito ao uso da doença pelo sistema familiar, ocorre uma incorporação da enfermidade no meio familiar, em torno da qual a família se reorganiza passando a depender da doença para manter o novo equilíbrio, tornando-se um fator patológico. Tal tipo de organização é mais comum no caso de doenças crônicas, uma vez que elas possuem caráter permanente e podem provocar deficiências duradouras.

Nota-se, portanto, a importância de se considerar não só o paciente idoso no seu processo de adoecimento, mas estender essa atenção ao sistema familiar, entendendo e ajudando as famílias nesses períodos de adaptação e transição. Como forma de diminuir tais problemas é necessário que a equipe hospitalar supra algumas das necessidades da família, orientando, informando e tratando os familiares com honestidade e carinho.

### **1.5 Aspectos psíquicos envolvidos na atuação dos profissionais da equipe interdisciplinar**

*A equipe de saúde em contato com o doente e sua doença*

Decorrente da necessidade de integração de diferentes conhecimentos



para se obter uma apreensão dos aspectos que envolvem o processo de saúde-doença de um indivíduo, surge a atuação cada vez mais freqüente de equipes multi e interdisciplinares nos serviços de saúde.

O contato com a doença e com a morte faz do trabalho da equipe de saúde uma tarefa altamente ansiogênica, modulando muitas vezes, respostas defensivas por parte da equipe e influenciando o tratamento do doente (Bleger, 1984). Em se tratando de paciente idosos internados em enfermaria geriátrica, tais reações podem se fazer mais presentes em função da maior proximidade com a cronicidade das doenças e com a finitude da vida.

De acordo com Romano (1999), “o comportamento profissional reflete diretamente as emoções humanas dos indivíduos que compõem a equipe”.

Muitas vezes, os profissionais não se dão conta do sofrimento mental e seus desencadeantes produzidos pelo contato constante com a doença e com a morte. De qualquer modo, as mobilizações ocorridas nos membros da equipe podem influenciar positiva ou negativamente as relações intergrupais e interferir no tratamento oferecido ao paciente e sua família, repercutindo na eficácia terapêutica (Balint, 1975; Yamamoto, 1995).

Um estudo realizado por Esslinger (2003) em um hospital público (UTI Médica e Clínica Médica), que objetivava identificar a concepção da boa morte ou morte digna, de pessoas em estágio avançado da doença, equipe de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) e membros da família, evidenciou que os profissionais entrevistados não possuíam instrumentalização para lidar com as angústias trazidas pelo processo de morte, seja por falhas ocorridas em sua formação ou porque eles próprios não possuíam suporte emocional. Nessa pesquisa, a autora destaca a solidão vivenciada pela equipe de saúde diante de seus próprios medos e angústias, além de um sentimento de despreparo para lidar com as questões que envolvem a morte e o morrer. Tal estudo mostra a necessidade de oferecer maior continência e suporte emocional ao profissional de saúde que trabalha com paciente gravemente enfermos, situação que envolve dor e intenso sofrimento.

## 1.6 A relação paciente – família e equipe de saúde

Durante a hospitalização, o paciente estabelece inúmeras relações. Entre elas podemos destacar: do paciente consigo mesmo (personalidade, necessidades, desejos, fantasias, medos, mitos, etc.); do paciente com seu processo de adoecimento e com a hospitalização (espaço físico); do paciente com seus acompanhantes e familiares; do paciente com demais pacientes; do paciente com a equipe (médicos, equipe interdisciplinar, equipe de enfermagem, funcionários da limpeza) e do paciente com a instituição hospitalar. Outras relações que também podem ser consideradas e que interferem na hospitalização do paciente são: entre os integrantes da equipe; entre acompanhantes/ familiares e equipe; entre os acompanhantes/ familiares; entre os acompanhantes/ familiares e instituição hospitalar (Romano, 1999).

### *A importância da relação paciente – família e equipe*

A relação estabelecida entre a tríade paciente, família e equipe de saúde tem sido apontada por inúmeros autores como meio essencial e complementar aos recursos técnicos e tecnológicos utilizados no tratamento e como fator preditor da qualidade da assistência oferecida ao paciente (Balint, 1975; Nogueira, 1997; Caprara, 1999; Nascimento Junior & Guimarães, 2003; Faiman, Danesi et al, 2003; Caprara, 2004).

Para ilustrar a importância da relação no tratamento do doente, pode-se apontar o estudo de Donabedian (1990 *apud* Caprara, 2004), sobre os fatores que influenciam a qualidade dos serviços de saúde na percepção de seus usuários. Neste estudo 40 a 50% dos pacientes apontaram a relação estabelecida com os profissionais de saúde, em especial a figura do médico, como fator contribuinte na qualidade do tratamento oferecido, contra 30 a 40% que apontaram a capacidade diagnóstica e terapêutica do profissional.

Alguns estudos enfocam aspectos subjetivos e comunicacionais da relação médico-paciente como correlacionados à adesão ao tratamento e aparecimentos de sintomas ansiosos e depressivos no paciente. Uma pesquisa realizada por Dixon e Seweeney (2000 *apud* Caprara, 2004) sobre a relação médico-paciente, mostra que a adesão ao tratamento é influenciada pelo que o

paciente pensa acerca do médico que o atende, ultrapassando as características pessoais do próprio paciente. Já o estudo realizado por Fallowfield (1990 *apud* Caprara, 2004), enfatiza a influência da comunicação sobre o estado de saúde dos pacientes. Nessa pesquisa, a qualidade da informação recebida por paciente com câncer de mama após 12 meses do diagnóstico (grupo de pacientes bem informados *versus* grupo de paciente mal informados) repercutiu sobre a incidência de sintomas ansiosos e depressivos, sendo esta superior no grupo mal-informado.

Em outro trabalho realizado por Bordin & Côrrea (1990) com 31 meninas de até 12 anos internadas numa enfermaria de Ortopedia, sobre a importância dos fatores subjetivos no tratamento, percebeu-se que a presença de ansiedade estava associada a uma relação médico-paciente distante, marcada por uma visão parcial da realidade vivida pelos pacientes. Esse tipo de relação empobrecida, pouco afetiva e com poucas informações propiciou um aumento das fantasias de mutilação e de morte, sensações de impotência e ameaça, contribuindo para um estado de maior sofrimento e angústia para as crianças. A importância do estabelecimento de um vínculo positivo entre equipe e paciente foi ressaltada por este estudo como sendo favorecedora de uma maior adaptação do paciente e adesão ao tratamento, principalmente no caso de múltiplas internações.

O desconhecimento dos aspectos subjetivos da relação profissional-paciente, de seu papel na eficácia terapêutica, bem como dificuldades do profissional para lidar com o paciente e com a dinâmica familiar, podem dificultar o desenvolvimento de uma relação vivenciada pelo paciente como boa e reparadora, refletindo na repetição ou agravamento de rupturas e feridas presentes no psiquismo do indivíduo, o que incorrerá em consequências negativas para o tratamento (Balint, 1975; Jeammet, 1982; Caprara, 2004).

A natureza da interação equipe-paciente e familiares depende da forma como esse encontro acontece, sendo mediado por fatores relacionados: a) ao ambiente, principalmente no que concerne ao *setting* terapêutico, b) ao paciente e sua família, considerando aspectos psicossociais, experiências anteriores com outros profissionais ou hospitalização e c) à própria equipe, no que diz respeito ao treinamento técnico, experiência profissional, habilidades

comunicacionais, características de personalidade dos profissionais, aspectos psicológicos como sentimentos, ansiedades, medos, fantasia, frustrações, estresse, crenças e referencial próprio de doença construído ao longo de sua história (Caprara, 2004).

Além disso, torna-se necessário destacar a influência dos aspectos organizacionais como estrutura e características físicas do local, organização do serviço, cultura organizacional presente, rotatividade dos profissionais, entre outros fatores. Tais aspectos podem contribuir ou dificultar o estabelecimento de uma relação e comunicação satisfatória entre as partes, tornando importante a priorização por ambientes que forneçam espaço terapêutico e permitam privacidade, conforto e abertura para uma relação de empatia e confiança (Lloyd, 1996 *apud* Caprara, 2004).

#### *A assimetria existente na relação paciente-família-equipe*

Vários autores apontam que a relação paciente-família-equipe é essencialmente uma relação assimétrica e de desigualdade, permeada por expectativas e esperanças mútuas. De um lado, está o paciente que sofre, que procura por alguém com um saber específico do qual não dispõe, que espera a cura ou alívio dos sintomas, que procura ajuda e proteção. Tal situação o coloca em posição de passividade parcial frente à resposta do outro. Neste cenário, o profissional de saúde é levado a exercer o papel protetor solicitado pelo paciente e familiares, exercitando seu poder reparador. Deste modo, do outro lado está o profissional de saúde, que é portador de um saber específico e que espera o reconhecimento de seu paciente e a verificação de sua capacidade reparadora e de seus pontos de vista. São as diferenças entre as partes integrantes dessa relação que influenciarão a dinâmica relacional e seu andamento, como as diferenças nas expectativas iniciais e modelos de relacionamento anteriores (Balint, 1975; Jeammet, 1982; Caprara, 2004).

Segundo Jeammet (1982), a relação profissional-paciente é

*“uma relação de desigualdade, relação de expectativa e de esperança, susceptível de despertar todas as buscas anteriores e de todos os conflitos que possam se vincular a ela, relação que passa pelo corpo e se exprime pela palavra, parecem-nos ser as características da relação*

*terapêutica”.*

Além disso, apesar das singularidades culturais presentes entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, a compreensão acerca do fenômeno saúde-doença difere entre esses grupos, no que diz respeito ao tipo de conhecimento adquirido. O primeiro grupo é detentor do conhecimento científico e o outro é excluído desse conhecimento, tornando a relação entre paciente/família e profissionais de saúde, uma relação do tipo assimétrica (Caprara, 2004).

Diante dessa assimetria torna-se extremamente importante que os profissionais de saúde consigam estabelecer com seus pacientes e familiares dos mesmos, uma relação de confiança, familiaridade, colaboração e compreensão mútua. Cabe ao profissional compreender seu paciente em termos biopsicossociais e perceber qual o significado da doença e do adoecimento para o mesmo, atitude que diz respeito à humanização do atendimento em saúde. Nesse sentido, os profissionais precisam estar abertos a aprender novos valores e desenvolver novas percepções acerca do binômio saúde-doença, ampliando sua visão sobre as representações populares desse processo e tornando mais apto a compreender seus pacientes (Caprara, 2004).

#### *Aspectos psicodinâmicos*

Os mesmos conflitos que atingem pacientes e familiares também regem a instituição hospitalar e os profissionais que nela atuam (Bleger, 1984). O paciente e tudo aquilo que ele traz junto com o seu processo de adoecimento, mobilizam recordações, afetos, emoções, ansiedades, defesas, fantasias, idéias, crenças, valores e fatos históricos dos componentes da equipe. O surgimento de tais conteúdos, muitas vezes inconscientes, dependerá da forma como se constituiu o mundo interno do profissional de saúde.

Desta forma, a relação profissional-paciente envolve uma série de fenômenos psicodinâmicos que descrevem as atitudes e reações de ambos no decorrer dessa interação. Esses fenômenos são constituídos de elementos ao mesmo tempo racionais ou irracionais, realísticos ou irrealísticos, maduros ou infantis, conscientes ou inconscientes, que tem origem na interação dinâmica entre o profissional e o doente (Jeamet, 1982).

Tais fenômenos poderão ocorrer em diferentes graus de intensidade e profundidade e dependem de aspectos como: patologias envolvidas, tipo e valor atribuído ao atendimento oferecido e grau de importância dado a relação e suas interfaces. No caso de doenças de início precoce e sem gravidade, por exemplo, a relação estabelecida entre o paciente e o profissional costuma ser de curta duração e superficial, produzindo menor influência sobre o comportamento profissional. Outras características são observadas quando a doença é de início de recente, mas de relevante gravidade. Neste caso, a uma exacerbação dos mecanismos afetivos presentes e que geram conseqüências diretas sobre a conduta profissional. Nas doenças de longa duração ou de cura incerta ou improvável que envolvem cuidados constantes e por um longo período e, com isso, o estabelecimento de uma relação interpessoal mais duradoura, a ação dos fenômenos psicodinâmicos passa a ser fundamental (Faiman, Danesi et al, 2003; Nascimento Junior & Guimarães, 2003).

A equipe, diante de suas mobilizações frente ao paciente e familiares, pode reagir por meio de mecanismos defensivos. Segundo Bleger (1984), entre os comportamentos defensivos encontrados nas equipes estão: o deslocamento das tensões presentes na equipe para o pessoal auxiliar, pacientes ou familiares; atitudes de onipotência, que podem levar a uma exacerbação da dependência e regressão do paciente e dificuldades de comunicação entre os membros da equipe, auxiliares e doentes; emprego abusivo de medicamentos e procedimentos invasivos; mudanças no ritmo de altas e aproveitamento dos leitos; atitudes de afastamento, entre outros.

Outro fator subjetivo presente na atuação do profissional é o desejo de combater e eliminar a doença, que simbolicamente representa o desejo de vencer a morte, relacionado a angústia em relação a própria finitude. Tal desejo encontra ressonância no desejo do paciente e familiares de obter a cura da doença de forma “mágica” por meio dos cuidados oferecidos pelos profissionais. Tal contexto forma a base para o desenvolvimento de relações transferenciais e contratransferenciais intensas, despertando no profissional uma expectativa de que tanto ele quanto os demais membros da equipe tenham desempenhos altamente satisfatórios e infalíveis, relacionados há uma crença inconsciente de onipotência (Yamamoto, 1995).

Entre os aspectos psíquicos envolvidos na relação paciente-família-equipe de saúde recebem destaque os mecanismos de transferência e contratransferência.

### *Transferência*

A transferência é um fenômeno geral, universal e espontâneo, no qual o indivíduo repete, nos relacionamentos atuais, modalidades de relações primárias vividas no passado, ou seja, de raiz infantil. A transferência ocorre por meio de uma superposição do passado e do presente, vinculada a imagens preestabelecidas e desejos inconscientes pretéritos, e que aparecem sob a forma de sentimentos afetuosos ou mesmo de hostilidade frente a figura do profissional de saúde, que não são justificados pela relação atual, nem em quantidade e qualidade. Deste modo, a vida emocional inconsciente do paciente é revivida na transferência, sendo que os sentimentos, impulsos e desejos que surgem na relação atual com o objeto (no caso, o profissional) não podem ser explicados em termos de aspectos reais, mas adquirem sentido na realidade psíquica do paciente. Assim, a origem da transferência deve ser buscada nos modelos, estereótipos e clichês resultantes da disposição inata do indivíduo em associação com suas experiências nos primeiros anos de vida (Freud, 1912; Freud, 1917; Jeamet, 1982; Etchegoyen, 2004).

Deste modo, o paciente tem uma tendência a investir no profissional uma série de imagens pré-estabelecidas e hábitos afetivos com significativa intensidade, por meio de uma relação transferencial. Assim, o profissional de saúde preenche um determinado papel no imaginário do paciente e de seus familiares, que mediam a interação entre ambos. Nessa relação, a transferência pode aparecer de uma forma pouco precisa e por meio de figuras compostas, sobredeterminadas, constituída de personagens diversos, e que irão impor determinados estilos de relacionamento de acordo com a imagem projetada (mãe protetora, pai autoritário, etc.). Deste modo, o paciente pode ser gentil, colaborativo, exigente, resistente às propostas, entre outras atitudes, esperando do profissional a mesma reação que a adotada pela imagem projetada (Jeammet, 1982).

A transferência pode ser tanto positiva quanto negativa. No primeiro

caso, o paciente investe no profissional, sentimentos amistosos e afetuosos, vivenciando a relação de forma agradável e confirmando sua expectativa de encontrar um profissional disponível, atencioso e capaz de oferecer ajuda. Este tipo de transferência pode servir de motor terapêutico, auxiliando no tratamento do paciente (Freud, 1912; Freud, 1917; Jeammet, 1982).

Na transferência negativa, o profissional é investido de imagens consideradas más, provocando atitudes de desconfiança, antipatia, inveja, desprezo, irritação, pouca colaboração, ou mesmo raiva exposta. Esse tipo de relação pode ser suscitado por alguns comportamentos do profissional como: má apresentação, pressa no atendimento, indiferença, uso de termos incompreensíveis para o paciente, entre outros. Tal tipo de relação transferencial pode ser extremamente prejudicial para o tratamento, uma vez que a relação com o profissional pode se tornar conflituosa ou gerar o afastamento do profissional. (Freud, 1912; Freud, 1917; Jeammet, 1982).

### *Contratransferência*

A contratransferência refere-se aos movimentos afetivos do profissional em relação ao paciente e sua família e em relação aos seus próprios conteúdos inconscientes que são mobilizados nesta interação. Desta forma, assim como na transferência, a contratransferência constitui-se de imagem preestabelecidas e de sentimentos já vividos pelo profissional em relações anteriores (Jeammet, 1982; Etchegoyen, 2004).

Desta forma, o profissional não consegue experimentar uma atitude totalmente neutra e isenta de sentimentos profissionais em relação aos seus paciente e familiares destes. Sendo assim, o relacionamento será permeado por um mistura de reações afetivas em relação ao doente, reações afetivas à imagem exteriorizada pelo profissional sobre o paciente ideal (“bom paciente” ou “mau paciente”, de acordo com suas imagens preestabelecidas) e fatores contingentes ao próprio profissional (Jeammet, 1982).

Nestes casos, a contratransferência pode ser tanto positiva quanto negativa e depende de vetores relacionados: a) ao profissional: como experiência profissional, grau de satisfação com o trabalho, humor, cansaço, irritação, situação social, vida afetiva e familiar, etc; e b) ao paciente: entre eles



idade, sexo, situação social, apresentação e comportamento, personalidade, entre outros (Jeammet, 1982; Nascimento Junior & Guimarães, 2003).

Quando a contratransferência é positiva torna-se útil ao tratamento, principalmente no caso de paciente com doenças crônicas ou fora de possibilidades curativas, permitindo uma ação terapêutica mais eficaz. Todavia, uma identificação muito intensa pode despertar um desejo de cura exagerado (“*furor curandis*”) que pode influenciar decisões e comprometer a objetividade e sucesso do tratamento (Jeammet, 1982; Nascimento Junior & Guimarães, 2003; Etchegoyen, 2004) .

A contratransferência negativa é identificada nos casos em que o profissional percebe negativamente o paciente, atribuindo a ele características como: chato, irritante, enjoado, difícil, etc. Muitas vezes, é traduzida por atitudes que ocultam uma rejeição ou agressividade inconsciente, como: recusa em ouvir o paciente, atos falhos (erros de prescrição, esquecimento do horário de atendimento, etc.), distanciamento e afastamento do paciente, entre outros comportamentos. Deste modo, a dificuldade em se relacionar com determinados paciente pode estar relacionada com a mobilização de aspectos afetivos do profissional ou que suscitem a ameaça de conflitos que o profissional perceba como dolorosos (Jeammet, 1982; Nascimento Junior & Guimarães, 2003; Etchegoyen, 2004).

#### *A necessidade de estudos sobre a relação paciente-família-equipe intredisciplinar*

Atualmente, com a atuação cada vez mais crescente de equipes multi ou interdisciplinares nos serviços de saúde, torna-se necessário a realização de pesquisas que enfoquem não só a relação médico-paciente, mas também a relação entre a equipe interdisciplinar, seu paciente e sua família, evidenciando qual sua repercussão para o tratamento dos usuários dos serviços de saúde.

Nota-se a importância de se atentar para os fatores psíquicos presentes na relação paciente–família e equipe durante a internação hospitalar. A compreensão da atuação e da repercussão desses fatores durante a hospitalização pode ser de grande valia para a melhora do atendimento oferecido aos pacientes idosos hospitalizados e a seus familiares. A

conscientização da influência desses fatores também pode mediar as intervenções da equipe e contribuir para a estruturação de estratégias de intervenção em psicologia, objetivando a diminuição de possíveis conseqüências indesejáveis trazidas por uma relação insatisfatória entre paciente, seus familiares e equipe interdisciplinar.

Desta forma, neste estudo serão enfatizadas as relações estabelecidas entre paciente–família e equipe de saúde, destacando a repercussão dessas relações no trabalho desempenhado pelos componentes da equipe e possíveis influências sobre o tratamento e reabilitação do paciente idoso.

## **2. OBJETIVO**

### **1.1 Objetivo Geral:**

Identificar e analisar os aspectos psíquicos presentes na relação entre equipe interdisciplinar, paciente e familiares, em enfermaria de Geriatria, bem como o impacto dessa relação sobre o tratamento e reabilitação do idoso hospitalizado.

### **1.2 Objetivos Específicos:**

- a. Identificar e analisar os aspectos subjetivos existentes na relação profissional de saúde – paciente idoso – família, sob a ótica da vivência do profissional de saúde.
- b. Identificar e compreender quais os possíveis impactos dessa relação no tratamento do idoso.
- c. Identificar e compreender o impacto subjetivo dessa relação sobre o trabalho do profissional de saúde.

## **3. MÉTODO**

### **3.1 Tipo de estudo**

Este estudo é do tipo estudo de caso, transversal, descritivo e qualitativo.

A escolha pela abordagem qualitativa deu-se devido à necessidade de estudar o fenômeno objeto da pesquisa de forma compreensiva, indo além de seu significado manifesto. Nesse sentido era necessária a utilização de um método que permitisse que os aspectos subjetivos como os sentimentos e necessidades dos participantes fossem captados e compreendidos em sua particularidade e significação.

O método qualitativo permite a investigação de particularidades individuais e grupais, não existindo preocupação com a mensuração, generalização e representatividade dos dados, mas com a singularidade do fenômeno observado pelo pesquisador.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador é tido como participante do conhecimento que está sendo produzido, podendo ser ao mesmo tempo investigador e intervir junto a situação pesquisada, possuindo contato direto com a realidade investigada.

O referencial teórico-técnico do pesquisador, bem como seus sistemas de valores e crenças, é tido como parte importante na pesquisa e devem ser considerados amplamente durante seu andamento para evitar a distorção do fenômeno observado.

A abordagem qualitativa tem por base o método clínico. Este método é conhecido e utilizado nas ciências humanas e da saúde, tendo surgido da observação profunda do paciente em seu leito. Em Psicologia, o método clínico é definido como a aplicação de uma série de recursos advindos da teoria e da prática psicológica, visando objetivos diagnósticos e produção de conhecimento por meio de instrumentos como: a observação, a anamnese, a entrevista e outros métodos de avaliação.

Deste modo, no método clínico, a compreensão do fenômeno estudado torna-se possível pela relação existente entre a observação e a experiência,

articulados ao conjunto de teorias de uma área específica do conhecimento, no caso a psicanálise.

Deve-se considerar também que, dado a relatividade de tudo o que se pode investigar nas relações humanas, este estudo não pretende mostrar a realidade em si, mas apenas um aspecto limitado desta.

### **3.2 Local**

Este estudo foi realizado na enfermaria de Geriatria de um hospital de grande porte localizado na cidade de São Paulo.

A enfermaria possui capacidade para 34 leitos, tanto femininos quanto masculinos, distribuídos em quartos coletivos que agregam dois ou quatro pacientes. Sua equipe é composta: profissionais da área médica (médicos preceptores, assistentes, residentes e estagiários), equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), e equipe multidisciplinar (preceptores e aprimorandos das seguintes áreas profissionais: Serviço Social, Nutrição, Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Farmácia).

No ano de 2005, a média de internação foi de 68,8 pacientes por mês (*D.P.* = 8), com valor mínimo de 52 pacientes e valor máximo de 77 pacientes por mês.

### **3.3 Participantes**

Participaram deste estudo cinco (05) aprimorandas da equipe multidisciplinar da enfermaria de Geriatria, correspondentes às seguintes áreas profissionais: enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional.

Todas as participantes eram do sexo feminino e possuíam idade entre 24 e 40 anos (*M* = 28,8 anos).

Em relação ao tempo de formação profissional, duas haviam se formado há um ano e três eram recém-formadas, na data de ingresso no programa de aprimoramento profissional. Duas das participantes possuíam curso de pós-

graduação (especialização) na área de Gerontologia.

Dentre as participantes, quatro possuíam contato anterior com idosos e experiência em instituição hospitalar. Somente uma participante possuía experiência anterior na atuação em equipe interdisciplinar.

### **3.4 Critérios de inclusão**

Os critérios para inclusão dos participantes na pesquisa foram:

- Consentimento verbal e por escrito dos participantes do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A);
- Atendimento pelo profissional ao paciente escolhido como caso clínico modelo.

### **3.5 Procedimento**

O estudo foi realizado de acordo com as seguintes etapas: 1) Escolha de um caso clínico modelo; 2) Construção do instrumento de coleta de dados; 3) Coleta de dados; e 4) Análise de dados.

#### **1) Escolha do caso clínico modelo:**

Nesta etapa buscou-se a escolha de um caso clínico acompanhado pelos profissionais do Serviço de Geriatria para servir de modelo e guiar as respostas dos participantes na fase de coleta de dados.

A escolha pelo caso clínico ocorreu de acordo com os seguintes critérios:

- O paciente escolhido estava internado na enfermaria de Geriatria por mais de quinze (15) dias, possibilitando o contato sistemático e formação de vínculo com os profissionais participantes da pesquisa.
- Os familiares do paciente eram acompanhantes durante o período de internação.
- O paciente e sua família estavam sendo acompanhados pela equipe de Aprimorandas do Serviço de Geriatria e pela Psicóloga

responsável pela pesquisa.

- O caso foi discutido nas Reuniões Clínicas do Serviço de Geriatria.

## 2) Construção de instrumentos de coleta de dados:

Nesta fase foi desenvolvido um instrumento de coleta de dados na forma de questionário, denominado “Questionário *do Profissional da Equipe Interdisciplinar*”.

O “Questionário *do Profissional da Equipe Interdisciplinar*” (Anexo B) é composto por duas partes distintas: uma parte quantitativa que permite a identificação do participante (“Dados de identificação”) e uma parte qualitativa que corresponde à investigação dos objetivos da pesquisa (“Relacionamento profissional-paciente” e “Relacionamento profissional-família”).

Os Dados de identificação permitiram a coleta das seguintes informações: sexo, idade, tipo de formação profissional, tempo de formação profissional, realização de pós-graduação e consecutivas áreas, existência de contato anterior com a população idosa, trabalho em equipe interdisciplinar e atuação em instituição hospitalar.

Para a elucidação dos objetivos propostos pela pesquisa foram formuladas duas perguntas de formato aberto: “*Como foi para você atender esse paciente?*” e, “*Como foi para você atender a família desse paciente?*”.

As perguntas foram acompanhadas da seguinte instrução:

*“Relate aqui como foi se relacionar com esse paciente (ou com essa família) durante o tempo em que você o atendeu, seus pensamentos e sentimentos em relação a ele (ou à família), quais as facilidades e dificuldades que você enfrentou durante sua proposta de atendimento e outros aspectos que considerar pertinente”.*

Optou-se pela escolha do questionário em detrimento da técnica de entrevista, que é a técnica mais indicada no caso da pesquisa qualitativa, devido ao tipo de relação interpessoal e vínculo existente entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa, uma vez que ambas faziam parte de um mesmo grupo dentro do serviço de Geriatria. Foi possível perceber que tal relação poderia ser fator de inibição no decorrer da entrevista, limitando o

conteúdo das respostas fornecidas pelas participantes e comprometendo os resultados do estudo. Além disso, o modelo utilizado permitiu que as participantes tivessem tempo necessário para responder às perguntas formuladas, proporcionando uma atividade reflexiva em torno da relação estabelecida com o paciente e seus familiares.

### 3) Coleta de dados:

Após a seleção do caso e consentimento dos participantes em participar da pesquisa foi iniciado o processo de coleta de dados, que envolveu:

a) Observação e acompanhamento do caso clínico escolhido como modelo durante as internações e visita domiciliar. Nessa fase, foram realizadas entrevistas e atendimentos psicológicos ao paciente e sua família, observados os comportamentos do paciente e seus familiares durante o período de internação e o relacionamento entre as partes estudadas na pesquisa. As observações foram anotadas pela pesquisadora.

b) Aplicação de questionário junto aos membros da equipe interdisciplinar de aprimorandas que acompanharam o paciente e sua família.

Os dados coletados neste estudo são referentes aos períodos de duas internações da paciente e uma visita domiciliar, no ano de 2005.

### 4) Análise de dados:

A análise dos dados envolveu a organização e interpretação qualitativos que foram obtidos na fase de coleta de dados, por meio de análise de conteúdo dos discursos dos participantes. A análise envolveu a procura por categorias e temas que correspondessem as respostas fornecidas pelas participantes e posterior análise crítica e interpretativa do conteúdo das respostas através de confronto com a descrição, a literatura, observações e a experiência do pesquisador com a situação em foco.



### **3.6 Considerações éticas**

No desenvolvimento desta pesquisa, todos os cuidados foram tomados para observar os princípios éticos que regem pesquisas com participação voluntária de seres humanos. A pesquisa não causou nenhum tipo de dano físico, psicológico ou moral aos participantes. Os participantes foram informados claramente dos objetivos do estudo, antes de solicitada a sua colaboração. O sigilo de suas respostas e identidade foi garantido. As entrevistas e observações para coleta de dados somente foram realizadas após autorização escrita dos participantes do estudo.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Apresentação do Caso Clínico Modelo:

A paciente Maria<sup>1</sup> de 75 anos foi acompanhada pela equipe de aprimorandas do Serviço de Geriatria durante duas internações hospitalares. Na primeira internação, por infecção do trato urinário, a paciente permaneceu hospitalizada por 48 dias. A reinternação ocorreu cinco meses depois, por quadro de pneumonia comunitária, ficando a idosa internada por mais 16 dias. Após três meses da primeira alta hospitalar, a idosa recebeu uma visita domiciliar pós-alta.

Além dos quadros agudos apresentados nas hospitalizações, a idosa possuía outras doenças de base, sendo algumas delas crônicas e que comprometiam sua saúde e qualidade de vida. Entre estas doenças estavam: Hipertensão, Depressão, Hipotireoidismo, Síndrome de Compressão Medular, Osteoartrose Generalizada, Anemia, Miocardiopatia. Após a realização da visita domiciliar foi interrogada a possibilidade de Demência Vascul.

Devido às suas doenças e conseqüências provocadas pelas mesmas, a paciente encontrava-se acamada há um ano, estava duplamente incontinente, parcialmente dependente para atividades de vida diária (AVD's) e não realizava atividades instrumentais da vida diária (AIVD's). Além disso, a idosa não realizava atividades sociais e de lazer, passando a maior parte do tempo no quarto, sozinha.

A idosa era natural de São Paulo, descendente de italianos, com primário completo. Trabalhou como tecelã até se casar, passando a ser somente dona de casa. Era casada há 46 anos, sendo seu esposo quatro anos mais velho que ela. Teve duas filhas, porém a segunda faleceu durante o parto. Sua filha tinha 39 anos, era separada e trabalhava como professora. A idosa tinha uma neta de 20 anos, que era estudante universitária. Todos os membros da família nuclear habitavam na mesma casa, sendo a filha e a neta as responsáveis pelos cuidados da idosa.

Segundo a idosa e sua família, a mesma havia sido uma pessoa

bastante independente, determinada e com recursos para lidar com situações difíceis. Era considerada uma pessoa de temperamento difícil e dominadora nas relações familiares. A história de relacionamento entre a família era positiva, com forte laço afetivo entre os membros.

As doenças e conseqüente dependência da idosa era percebida pela mesma e por seus familiares como marco de crise no interior da família, permeada por mudanças bruscas no sistema familiar e papéis desempenhados. As dificuldades do grupo familiar em elaborar e aceitar as perdas vivenciadas e compreender a nova condição da idosa, dificultavam a continência emocional da mesma por seus familiares.

Em relação ao período de internação, a idosa trazia em seu discurso, o isolamento social vivido desde que parou de andar e passou a ficar somente no quarto, sem realizar atividades. Referia tristeza constante, acompanhada por momentos de choro, sentimentos de menos valia, baixa estima, pessimismo e desesperança em relação ao futuro.

A idosa demonstrava dificuldades na aceitação de sua condição atual de dependência, supervalorizando suas dificuldades e atividades que não conseguia desempenhar e tendo uma percepção distorcida de suas potencialidades, achando-se menos capaz que a realidade. A dor era mencionada como coadjuvante importante na percepção de sua realidade e sofrimento experienciado.

A Sra. Maria referia sentir-se “um fardo” para a família, trazendo a dedicação da filha e neta nos cuidados desempenhados. Por outro lado, referia insatisfação com o suporte emocional e social oferecido pelos familiares, permeados pela falta de estimulação, paciência e pouca companhia. Mencionava que seus familiares a deixam muito tempo sozinha e que havia poucos momentos de conversa entre ela e o marido, em função da própria vida conjugal.

A motivação para o tratamento oferecido pela equipe interdisciplinar foi inicialmente comprometida uma vez que a paciente apresentava humor deprimido, crenças parcialmente distorcidas em relação a sua incapacidade em realizar atividades para as quais era funcionalmente capaz (segundo avaliação

---

<sup>1</sup> Nome fictício

dos profissionais que atuavam junto a paciente), medo de sentir dor e dificuldades para encontrar recursos de enfrentamento da situação de dependência.

Além disso, o medo de recuperar algumas potencialidades durante a internação e depois retornar a sua condição de dependência em casa, devido a pouca estimulação por parte dos familiares, também era verbalizado em seus discursos como justificativa para não aderir às propostas de intervenção.

Com o decorrer do trabalho conjunto entre paciente, família e equipe interdisciplinar, foi possível alcançar algum grau de sucesso nas intervenções realizadas e orientações fornecidas pela equipe, proporcionando melhor qualidade de vida para a idosa na enfermaria. Esta passou a realizar algumas atividades para a qual era resistente e verbalizava ser incapaz de fazer, diminuiu os períodos em que se lamentava para a equipe, desenvolvendo relações interpessoais mais satisfatórias e mostrou melhoras quanto ao seu estado de humor até a alta hospitalar.

Foi observada uma expectativa positiva da família e da equipe em relação à manutenção e continuidade da melhora apresentada durante a hospitalização, no domicílio da idosa.

Durante a visita domiciliar pós-alta, foi possível observar piora significativa do estado emocional da idosa e aumento da sua dependência comparado ao período da alta hospitalar. A idosa apresentou-se deprimida, muito chorosa, mencionando revolta por seu atual estado de saúde e conseqüente dependência, dizendo se sentir numa “prisão” por não sair de casa e ficar o tempo todo em seu quarto, na maioria das vezes, sozinha.

A idosa referia alucinações visuais (via pessoas no quarto, flores em cima do armário, etc), sentindo-se assustada e com medo diante das mesmas. A paciente estava parcialmente orientada no espaço, desorientada no tempo e foi observado déficit atencional.

A paciente queixou-se dos cuidados oferecidos pelos familiares, mesmo na presença dos mesmos. Referiu que às vezes chegava a ficar nervosa e agressiva.

Foi possível observar a falta de adesão da família em seguir grande parte das orientações fornecidas pela equipe interdisciplinar, permeadas por

dificuldades da mesma em oferecer continência afetiva à idosa e em manejar situações difíceis, lidando com os comportamentos e resistência da mesma. Foi observado que as cuidadoras estavam vivenciando uma situação de grande sobrecarga e estresse pelo papel de cuidador. O alto grau de dependência da idosa exigia uma grande dispensação de cuidados práticos, deixando as cuidadoras sobrecarregadas e dificultando assim, o suporte emocional, tão solicitado pela idosa.

Na reinternação da idosa, a mesma apresentou quadro semelhante ao observado no domicílio, com melhora gradual, tanto das condições clínica, cognitiva e psicológica, no decorrer do tratamento. A atuação da equipe interdisciplinar nessa fase foi menor se comparada às intervenções realizadas anteriormente.

#### **4.2 A relação paciente - equipe interdisciplinar sob a ótica dos profissionais de saúde**

Os aspectos subjetivos da relação paciente-equipe, presentes nos relatos das aprimorandas da equipe interdisciplinar do Serviço de Geriatria estão apresentados a seguir na forma de categorias temáticas. Dentro de cada categoria foi incluída uma subdivisão referente ao período do atendimento em que tais conteúdos subjetivos vieram à tona.

##### **Categoria 1: Construção de uma imagem da idosa baseada na percepção do profissional**

###### Início da primeira internação:

Relato 1: *“Durante os atendimentos a paciente apresentou alguns momentos de confusão, mas conseguiu falar de sua vida, os atritos que tem com o marido, a ausência da filha que trabalha o tempo todo e a dificuldade em aceitar seu estado de saúde. Durante a conversa a paciente reclamava da vida e da família que não dava toda a atenção que ela exigia”. (1)<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Os números entre parênteses que se seguem após os trechos de relatos dizem respeito a cada participante

Relato 2: *“Diante das graves condições clínicas, com importantes alterações na coluna, que seriam limitações no meu atendimento...”* (2)

Relato 3: *“A Dona Maria desde o primeiro momento demonstrou real fragilidade. Nas primeiras abordagens referia muita dor e desconforto ao toque. Durante a minha avaliação necessitei realizar alguns movimentos que, segundo a paciente, foram causa de seu desconforto durante a noite”.* (2)

Relato 4: *“... era bastante comunicativa, gostava de conversar, embora tinha muita dor e queixava-se bastante”.* (3)

Relato 5: *“Desde o momento da primeira visita ao leito, o contato foi bastante positivo, a paciente sempre se mostrou receptiva, atenta e interessada em minhas orientações. Nunca apresentou resistência à avaliação. Era bastante agradável”* (4)

Relato 6: *“No início dos atendimentos deparei com uma idosa frágil e resistente a minha intervenção, queixosa à tentativa de qualquer contato físico direto ou através das atividades por mim propostas”.*(5)

O contexto trazido pela idosa nos primeiros contatos com os profissionais de saúde denota uma ruptura na vida da paciente após o surgimento e evolução de suas doenças, deixando-a numa situação de vulnerabilidade e espera de reparação. As rupturas vivenciadas pela idosa dizem respeito tanto à suas relações sociais (em especial, com o grupo familiar), quanto em relação a sua auto-imagem. Supostamente, com o aparecimento das doenças ocorreu uma cisão na auto-imagem da idosa (ferida narcísica), que passa a ser constituída por um ego fragmentado, gerador de angústia.

Percebe-se uma busca da idosa pela reparação dos efeitos dessas rupturas dirigidas ao exterior, tanto nas relações que estabelece com sua

família, quanto com a instituição hospitalar e profissionais que atuam junto a ela, e que darão espaço para o surgimento de sentimentos transferenciais.

Em contrapartida, surgem os primeiros movimentos contratransferenciais por parte da equipe, caracterizados por sentimentos de indignação dos profissionais com a realidade trazida pela idosa e dificuldade para aceitar sua condição de dependência. A busca da idosa pela reparação da ferida narcísica, mobilizou sentimentos contratransferenciais de onipotência nos integrantes da equipe, influenciando as condutas adotadas pelos mesmos.

As primeiras percepções construídas acerca da idosa diferem para alguns profissionais, dependendo da forma como a paciente se apresentou nessa relação.

Na maioria dos casos, a percepção construída em relação à idosa nesse momento, contribuiu para a formação um vínculo de confiança com os profissionais, que conseguiram entrar em contato tanto com pontos positivos quanto negativos da paciente. Tal relação possibilitou uma vinculação e sentimentos positivos em relação à idosa, que auxiliaram a driblar as dificuldades encontradas durante as intervenções.

Os aspectos negativos de sua história de vida e relacionamento com os familiares são trazidos pela paciente em seus relatos e influenciaram a forma como a equipe lidou com a família mais tarde.

O relato três (3) mostra que a resistência da idosa e seu comentário sobre a atuação do profissional que foi causadora de dor, iniciou um movimento contratransferencial negativo, que será identificado por meio dos sentimentos relatados pela profissional.

Em alguns casos (relato 1 e 6), a percepção da paciente e os comportamentos da mesma poderiam iniciar um movimento contratransferencial negativo, sendo motivo de afastamento do profissional, porém não foi o que ocorreu, devido a aspectos subjetivos do próprio profissional de saúde.

Durante a primeira internação:

Relato 7: *“Alimentava-se bem durante o período de internação, houve melhora do quadro... Era possível verificar uma melhora da paciente dia a dia... Ela gostava de conversar, principalmente sobre aspectos relacionados à alimentação como, por exemplo, sobre a forma de como ela preparava as refeições, antes de ficar dependente para algumas atividades”. (4)*

Relato 8: *“A idosa resistia à proposta algumas vezes, mas depois acabava aceitando e no final até gostava”. (3)*

Relato 9: *“No entanto, os muitos ‘nãos’ ouvidos, lá no fundo me soavam como um ‘sim’, ‘me ajude a encontrar recursos, motivação, força...’ Pautei minha intervenção a partir da impressão que tive e procurei propor à idosa, atividades que acima de tudo tivessem sido parte de seu histórico de vida, que trouxessem a esta um novo significado para o ‘existir’”. (5)*

Os relatos trazidos pelas participantes nesse momento revelam uma percepção positiva acerca das reações da idosa ao tratamento, possibilitando a continuidade das ações propostas por cada área profissional, e despertando sentimentos positivos de gratificação, que contribuíram para a motivação profissional e satisfação com o trabalho realizado, além de estimular a continuidade dos sentimentos contratransferenciais de onipotência.

A percepção em relação à idosa continuou sendo positiva e tornou-se cada vez mais elaborada conforme a idosa trouxe maiores detalhes de sua história de vida. Os relatos da idosa permitiram que os profissionais compreendessem melhor como ela era no passado, servindo de base para uma construção mais detalhada da imagem da paciente.

O relato 9 explicita um movimento contratransferencial por parte da profissional, que conseguiu perceber além do conteúdo manifesto (consciente) trazido pela idosa, que resistia inicialmente às intervenções. A situação da idosa despertou sentimentos de indignação e não aceitação quanto ao estado de saúde e dependência da paciente. Tais sentimentos da profissional



possuíam ressonância com os próprios sentimentos da paciente e sua família. As atitudes e verbalizações da idosa despertaram na profissional uma reação inversa ao desejo manifesto da mesma, indo de encontro ao desejo latente (inconsciente) de reparação da auto-imagem e cuidado. Neste caso, a profissional se investiu de sentimentos de onipotência, como tentativa de suprir as necessidades de reparação da idosa. O plano terapêutico, neste caso, deixa de ser pautado somente em fatores objetivos, passando a considerar os aspectos subjetivos evidenciados na relação com a paciente.

Deste modo, existiu uma necessidade tanto por parte da paciente quanto por parte da equipe em mudar a realidade frustrante marcada pela fragmentação ego da paciente e conseqüente angústia produzida. A fragmentação da identidade da paciente é geradora de angústia também para as pessoas que se relacionam com ela, uma vez que, remetem ao próprio temor de auto-fragmentação. A necessidade de reparação é manifestada pelo desejo de uma das participantes (relato 9) em dar um sentido para “o existir” para a paciente.

#### No momento da alta hospitalar:

Relato 10: *“Próximo a alta, a idosa estava em bom estado geral, apresentando melhora significativa da condição clínica, uma boa relação de vínculo foi estabelecida com a família e a equipe, o que possibilitou e facilitou a atuação e realização das orientações para a alta hospitalar...”* (3)

Relato 11: *“Com a intervenção da equipe interdisciplinar foi possível ver uma aparente melhora no aspecto geral e na auto-estima da paciente”.* (4)

Neste momento ocorre uma mudança na percepção sobre a idosa, devido ao sucesso das intervenções realizadas junto à mesma, tanto em relação ao estado de saúde física quanto aos aspectos psicológicos.

O vínculo formado entre a paciente, a família e a equipe é apontado pelas participantes como sendo um fator contribuinte para a eficácia do plano terapêutico, demonstrando a importância dos fatores subjetivos no tratamento

da idosa.

Os resultados obtidos na alta hospitalar apontam que a equipe foi, mesmo que parcialmente e temporariamente, capaz de suprir as necessidades de cuidado da idosa e ao mesmo tempo, estimular aspectos mais maduros de sua personalidade. Conseqüentemente, a paciente foi capaz de assumir condutas mais positivas e responsáveis em relação a si mesma, tornando-se menos independente.

#### Na visita domiciliar:

Relato 12: *“Esta paciente também foi atendida no Programa de Visita Pós-alta, porém tive uma surpresa desagradável quando a visita foi realizada, infelizmente a idosa estava bastante debilitada, de aspecto emagrecido, muito triste, chorava bastante, apresentava novas feridas, com períodos de confusão/delírio”*.(3)

Relato 13: *“A paciente encontrava-se chorosa, parecia não estar bem, e em relação aos aspectos nutricionais havia piorado”*. (4)

Relato 14: *“... ao me deparar novamente com ‘aquela idosa’ dos primeiros dias de internação, em pior estado de saúde”*. (5)

A realização da visita domiciliar trouxe um novo cenário à equipe interdisciplinar, que contradisse as expectativas formadas pela equipe no momento da alta hospitalar. Houve a constatação de uma nova realidade que, por sua vez, exigiu uma reformulação da imagem construída anteriormente pelos profissionais. A idosa passou a ser novamente percebida com alguém em intenso sofrimento e dependência, com uma auto-imagem fragmentada.

Essa diferença entre a expectativa e a realidade constatada foi geradora de sentimentos de surpresa e frustração. A nível inconsciente, ocorreu um ataque ao sentimento de onipotência antes gerado pelo fato das participantes terem alcançado relativo sucesso nas intervenções durante a hospitalização. Além disso, despertou novamente o sentimento de angústia diante da fragmentação da auto-imagem da idosa.

### Na reinternação:

Relato 15: “... mas encontrava-se um pouco confusa, dificultando o meu atendimento durante a internação”. (4)

Na reinternação da idosa o relato da participante aponta para uma relativa consonância com a percepção formulada durante a visita domiciliar. Tal realidade dificultou os atendimentos da profissional nessa fase.

### **Categoria 2: Sentimentos despertados pelo contato com a paciente**

#### Início da primeira internação:

Relato 16: “Com relação aos sentimentos vivenciados pelo contato com o idoso, foi inicialmente de frustração e insegurança sob a possibilidade de aumentar seu desconforto”. (2)

Relato 17: “Foi uma paciente na qual não senti problemas nem dificuldades em atuar...” (3)

Os sentimentos despertados pelo contato com a paciente diferiram para cada participante nos diferentes momentos da intervenção realizada.

No caso do relato 16, os sentimentos iniciais de frustração e insegurança adquirem sentido tanto em relação aos movimentos contratransferenciais decorrentes da resistência da idosa a uma intervenção que necessite de contato físico e gere sensações dolorosas, quanto à real fragilidade da idosa, que tornou a intervenção mais difícil e cuidadosa.

Para outra profissional (relato 17), a relação com a paciente não despertou sentimentos negativos ou dificuldades na atuação, possibilitando a formação de um vínculo forte e positivo com a paciente.

Durante a primeira internação:

Relato 18: *“Enfrentei algumas dificuldade para atender Dona Maria e sua família... Algumas vezes durante o atendimento senti pena da paciente... Às vezes, não tinha paciência para ficar ouvindo suas lamentações”*. (1)

Relato 19: *“A partir do momento em que tive a possibilidade de poder tocá-la, consegui entender o quanto era bom ‘passar um toque’ agradável, fugindo do desconforto e da dor, permitindo-me ser mais criativa em minha atuação”*. (2)

Relato 20: *“... eu sentia prazer em atender a paciente”*. (4)

Relato 21: *“Não me recordo de nenhum momento ter me sentido desmotivada aos atendimentos e observar os avanços com a minha intervenção, somada a da equipe, trouxe para mim, enquanto profissional, algum sentido mediante o meu trabalho na enfermaria... Era muito gratificante ouvir as palavras de agradecimento da paciente e confesso que estas me traziam enorme sensação de satisfação, causavam-me grande emoção e também reforçavam o grande carinho que tinha particularmente por essa paciente... A empatia é indiscutível”*. (5)

A relação com a paciente despertou sentimentos negativos e dificuldades na atuação de alguns profissionais. Tais aspectos subjetivos adquirem sentido quando compreendidos em termos contratransferenciais, como o sentimento de pena e a falta de paciência para escutar a idosa (relato 18).

Para outros profissionais, o prolongamento do contato com a paciente oportunizou o emergir de novos sentimentos. O relato 19 evidencia a necessidade de agradar a paciente, possibilitando a mesma alguma sensação de bem estar, e com isso, diminuir os próprios sentimentos negativos de frustração e impotência, passando a se sentir mais valorizada e capaz. Tal mudança na qualidade dos sentimentos vivenciados exige do profissional uma

mobilização interna maior, no sentido de compreender seus próprios sentimentos anteriores e elaborá-los emocionalmente, tornando possível o aprendizado pela experiência e a utilização de novas habilidades na sua atuação.

Em alguns casos, o contato com a paciente foi gerador de sentimentos positivos por parte das participantes, como prazer, gratificação e carinho (relatos 20 e 21). Os relatos das profissionais apontam a importância da percepção subjetiva construída acerca da paciente e de sua atitude cooperativa em relação ao tratamento proposto. Tais aspectos contribuíram para a formação de uma identificação e um vínculo positivo com a mesma, auxiliando na motivação para o trabalho profissional.

A empatia possibilitou que as participantes conseguissem realizar suas propostas terapêuticas apesar da resistência da idosa, apontando para a importância desse aspecto para o sucesso da atuação profissional.

Os sentimentos positivos despertados também possuíam relação com o sucesso alcançado tanto na intervenção individual quanto na atuação grupal, e que conferiram um sentido existencial ao exercício do papel profissional. Os sentimentos de gratificação despertados auxiliaram na manutenção da motivação para o “cuidar” e fortalecimento o vínculo estabelecido.

#### Na alta hospitalar:

Relato 22: *“... essa situação (alta) gerou um sentimento de alegria e bem estar pela realização de um trabalho efetivo e com bons resultados”.* (3)

Relato 23: *“No momento da alta hospitalar foi gratificante verificar que a paciente havia apresentado melhora e diante disso havia uma expectativa em relação ao âmbito domiciliar”.* (4)

Relato 24: *“Minha satisfação foi ainda maior quando, na reavaliação da paciente, pude constatar que esta evoluíra no seu grau de dependência, saindo da condição de totalmente dependente, onde o idoso não consegue sequer auxiliar com movimentos em suas atividades básicas de vida diárias, para*

*parcialmente dependente, onde este consegue agora, oferecer auxílio mesmo que em forma de movimentos que auxiliem o seu cuidador”. (5)*

Relato 25: *“Temi por ela ao pensar que, no retorno para casa talvez não recebesse os mesmos estímulos e motivação aqui recebidas fazendo com que ela, desta forma, retornasse ao ponto de partida”. (5)*

Devido ao sucesso das intervenções realizadas, os sentimentos despertados no momento da alta hospitalar da paciente foram de satisfação com a melhora da mesma e com o alcance dos objetivos propostos pela equipe. Deve-se considerar aqui, o alcance tanto dos objetivos explícitos, relacionados ao plano de trabalho consciente condizentes a atuação técnica de cada profissional (aumento da independência funcional, melhora clínica, etc.), quanto dos implícitos, referentes às motivações inconscientes, como necessidade de gratificação, confirmação dos sentimentos de onipotência e diminuição da angústia frente ao temor de fragmentação da identidade suscitado pelo contato com a idosa.

Além disso, houve uma expectativa de que o grupo familiar conseguisse oferecer a continência afetiva e de cuidados requeridos pela paciente no domicílio. Tal expectativa é confrontada por uma das participantes (relato 25) que relata uma percepção de que a família teria dificuldades para oferecer à idosa os cuidados e continência afetiva proporcionadas na hospitalização.

#### Na visita domiciliar:

Relato 26: *“Essa situação me deixou muito emocionada, e triste também”. (3)*

Relato 27: *“Quando fomos realizar a visita domiciliar eu tinha uma grande expectativa de ver como a paciente encontrava-se... Houve uma decepção muito grande porque a impressão que ficou foi que todo o trabalho realizado havia se perdido em algum momento”. (4)*

Relato 28: *“Senti enorme frustração na visita domiciliar...” (5)*

Relato 29: *“É muito difícil se dar conta de que, por vezes, seu trabalho não repercute da maneira desejada, e separar o meu desejo, do desejo da família e do desejo da paciente é uma lição que estou me esforçando para aprender”.*  
(5)

A nova realidade evidenciada durante a visita domiciliar despertou uma série de sentimentos por parte da equipe, entre eles tristeza, decepção e frustração.

Como apontado anteriormente, existia uma expectativa de que a família conseguisse ser continente e que a idosa continuasse seu processo de reabilitação. A constatação de uma realidade extremamente contrária às expectativas ocasionou uma dificuldade para compreender os motivos pelo qual a idosa estava naquela condição, suscitando interrogações sobre o momento em que o trabalho realizado havia “se perdido” (relato 27).

Alguns relatos revelam a dificuldade dos profissionais em lidarem com sentimentos de frustração e impotência. Deste modo existiu uma dificuldade dos profissionais em elaborar o luto simbólico da imagem interiorizada da paciente durante a hospitalização e construir uma nova imagem da paciente. Tal fato exige uma mobilização interna do profissional e muitas vezes, de ajuda externa para lidar com tais sentimentos e compreendê-los.

A nova condição da idosa no domicílio levantou uma importante questão para a atuação interdisciplinar: Qual era o desejo da paciente e da família? Que recursos eles dispunham efetivamente para realizar esses desejos? Como a equipe pode ajudar nesse caminho?

Tais reflexões remetem às afirmações de Cassorla (1991 *apud* Kovács, 1995), que aponta que o desconhecimento do profissional acerca do que se passa com o paciente, de seus desejos conscientes e inconscientes, pode originar uma sensação de impotência e que, por vezes surgem sentimentos de culpa, remorso, desespero e a mobilização de defesas como negação, projeção e racionalização.

O relato 29 aponta que uma conscientização da profissional de que, além dos desejos da paciente, havia seus próprios desejos e que estes

influenciam na sua conduta durante as intervenções. Tal constatação revela a necessidade de separar os próprios desejos dos desejos do paciente, para que os mesmos não influenciem negativamente no tratamento. Para tanto é necessário descobri-los e compreendê-los, o que exige mobilização de recursos internos e habilidades do profissional, e que não estão relacionados aos aspectos técnicos da profissão, mas ao desenvolvimento de habilidades para lidar com a subjetividade. Deste modo, o profissional deve atentar para seus próprios sentimentos, necessidades e conflitos, a fim de evitar impulsos e atitudes prejudiciais.

### **Categoria 3: Conduta adotada pelo profissional**

#### Durante a primeira internação:

Relato 30: "... e procurei, na medida do possível, orientá-la para ser uma pessoa mais independente e viver a vida com mais ativismo". (1)

Relato 31: *"Precisei mudar a forma como a abordava e fortaleci meu vínculo com a família, sempre buscando essa interação. A partir daí, mudando os pontos e a forma do meu 'toque' somada as orientações a neta, pude mudar os sentimentos que inicialmente eram desagradáveis para uma situação mais desejada e recebida com sorriso". (2)*

Por meio dos relatos apresentados é possível perceber que as condutas e orientações realizadas pelos profissionais da equipe estavam relacionadas com a imagem construída em relação à idosa e com os sentimentos despertados pelo relacionamento com a mesma. Além disso, apontam a dificuldade em aceitar a dependência funcional da idosa, com tentativas de intervenção que visavam a mobilização de recursos internos da paciente e que a ajudassem a assumir a responsabilidade pela sua saúde e maior qualidade de vida.

Além disso, fica evidente que, os sentimentos vivenciados também interferiram na reformulação de planos terapêuticos, modulando as intervenções realizadas por alguns profissionais.



#### Na reinternação:

*Relato 32: “Quando a paciente foi reinternada, ela foi avaliada e acompanhada... Se comparada a primeira internação, as visitas foram mais escassas. Não foi possível realizar um trabalho tão bom quanto ao da primeira internação”. (4)*

Poucos profissionais trouxeram aspectos referentes a reinternação da idosa. Tal fato pode estar relacionado a uma reação contratransferencial de afastamento frente à frustração despertada durante a visita domiciliar e dificuldade de elaboração emocional da mesma por parte dos profissionais. Tal realidade aponta que não houve espaço para a elaboração da vivência com possibilidade de abertura para novas condutas para alguns membros da equipe, mostrando a necessidade de ajuda do próprio profissional para lidar com os fatores subjetivos e com seu próprio sofrimento.

#### **Categoria 4: Importância do trabalho em equipe**

##### Durante a primeira internação:

*Relato 33: “Quando necessitei que realizasse grandes movimentos e mudanças no posicionamento pude contar com o apoio de outras profissionais (terapeuta ocupacional e enfermeira) facilitando assim meus atendimentos e reavaliações”. (2)*

*Relato 34: Embora a idosa fosse bastante queixosa e resistente a atuação de alguns profissionais e atividades propostas, a equipe como um todo, envolveu-se bastante para atuar neste caso, de forma que até em alguns momentos as atividades foram realizadas por profissionais de várias áreas”. (3)*

*Relato 35: “Com insistência a equipe conseguiu realizar atividades planejadas após discussão clínica”. (3)*

Os relatos apresentados acima mostram que o envolvimento de outros profissionais possibilitou a ajuda mútua e aumentou a chance de sucesso do tratamento, uma vez que alguns profissionais podem estar lidando melhor com os aspectos subjetivos trazidos pela relação com a paciente que outros. Além disso, aponta a necessidade da equipe como um todo mobilizar ações e mecanismos inconscientes maduros para atuar.

### **Categoria 5: Importância do trabalho conjunto com a família**

#### Durante a primeira internação:

Relato 36: *“... pude contar com a continuidade de meu trabalho na enfermagem com a dedicação da cuidadora em seguir as mínimas orientações fornecidas”.*  
(2)

O relato apresentado aponta a importância da família como coadjuvante do tratamento da idosa. O engajamento da neta, da qual a idosa tinha uma visão mais positiva, auxiliou no fortalecimento de um vínculo positivo.

#### Na visita domiciliar:

Relato 37: *“Fiz novas orientações as cuidadoras, mas sem acreditar que seriam realizadas adequadamente devido às condições que a idosa encontrava-se após a alta hospitalar”.* (3)

Durante a visita domiciliar é possível verificar algumas mudanças na expectativa dos profissionais em relação à família, que passou a ser menor ou mesmo negativa neste momento. Tais mudanças na expectativa constituíram uma forma de evitar a frustração futura, mas também possibilitou uma nova compreensão do contexto, provavelmente mais próxima da realidade da idosa e de seu grupo familiar.

### **4.3 A relação família - equipe interdisciplinar sob a ótica dos profissionais de saúde**

Os aspectos subjetivos da relação família-equipe, presentes nos relatos das aprimorandas estão apresentados a seguir na forma de categorias temáticas. Dentro de cada categoria foi incluída uma subdivisão referente ao período do atendimento em que tais conteúdos subjetivos vieram à tona.

#### **Categoria 1: Construção de uma imagem da família baseada na percepção do profissional**

Durante a primeira internação:

Relato 38: *“A família foi receptiva a minha abordagem, pois mesmo com o grau de dependência importante da Dona Maria a cuidadora principal (neta) mostrava enorme interesse em poder ajudar sua vó”. (2)*

Relato 39: *“... e perceber o interesse dos cuidadores em ajudar a manter e/ou melhorar sua qualidade de vida”. (2)*

Relato 40: *“....que demonstraram-se dispostas a colaborar na realização das orientações propostas pela equipe”. (3)*

Relato 41: *“A paciente foi acompanhada, grande parte do tempo, por uma neta jovem que residia com a mesma. Ela sempre mostrou-se receptiva e interessada em minhas orientações. Trazia informações pertinentes a alimentação e hábitos da paciente, colaborando e auxiliando o meu trabalho”. (4)*

Relato 42: *“Percebia a ansiedade e a expectativa da cuidadora...” (2)*

Relato 43: *“Porém, a orientação abordava muitos aspectos relacionados à alimentação e eu percebia um certo despreparo da acompanhante”. (4)*

Relato 44: *“Em um dos atendimentos, a neta disse que cuidava da avó com carinho porque, desde sempre, foi cuidada por ela e hoje retribui com gratidão, por tudo o que ela fez para o seu crescimento... Percebi que a filha era muito desligada, não demonstrava interesse em estar com a mãe, fazia uma visita rápida”.* (1)

Relato 45: *“Com a filha da paciente já não tive a mesma sensação... por vezes tive a impressão de que estas pudessem soar como se eu tivesse denunciando negligência dela quanto aos cuidados com a mãe”.* (5)

Relato 46: *“Com o decorrer dos atendimentos, essa impressão se tornou mais amena, mas nem assim me senti totalmente a vontade com a filha da paciente”.* (5)

Relato 47: *“Acredito que as dificuldades encontradas por mim no início dos atendimentos com relação a paciente são as mesmas vivenciadas pela família diariamente, só se muda o ponto de vista...”* (5)

De modo geral a família foi percebida com sendo receptiva, permitindo a abertura de um canal de comunicação, a formação de um vínculo e o surgimento de sentimentos contratransferenciais positivos. Os familiares foram percebidos como importantes colaboradores e coadjuvantes no tratamento da idosa.

Tal vínculo permitiu a compreensão das ansiedades e expectativas da família e consecutivas necessidades de orientação, além de guiar sentimentos contratransferenciais e condutas profissionais.

O resultados apresentados revelam que os profissionais construíram diferentes imagens acerca dos membros da família da paciente, estabelecidas por meio da percepção subjetiva que cada um apreendeu da realidade trazida pelos familiares.

Nesse contexto, a neta da idosa foi percebida pelos participantes como alguém interessada e cooperativa, que cuida da avó em função de fortes laços

afetivos construídos no passado e por sentimentos de gratidão. Tais percepções possibilitaram o surgimento de uma contratransferência positiva, uma vez que mobiliza aspectos afetivos da equipe que denotam o carinho e cuidado para com o próximo.

A filha da paciente é percebida por alguns participantes (relatos 44 e 45) de forma negativa, como sendo alguém que não consegue oferecer os cuidados e a atenção necessária à idosa. Todavia, os motivos para tal conduta não foram explicitados nos relatos das participantes, podendo levantar à hipótese de que tais julgamentos possuíram base numa percepção subjetiva da realidade, formada a partir de impressões e de aspectos do próprio mundo interno do profissional de saúde. Tal hipótese encontra fundamento na tentativa da equipe em encontrar um motivo que justificasse as condições clínicas e de dependência da idosa, que segundo as avaliações poderiam ser melhores. Assim, parte da responsabilidade pela condição de dependência funcional da idosa e o fracasso da família em oferecer condições necessárias para sua melhora é depositada na filha da paciente. Além disso, a própria idosa verbalizava que a família não lhe dava a atenção necessária. Tais impressões possibilitaram o surgimento de sentimentos contratransferenciais negativos que poderiam ter prejudicado às intervenções se não tivessem sido contestados pela realidade e parcialmente elaborados pelas participantes ao longo dos atendimentos. Deste modo, ao longo do tempo, uma nova percepção foi construída pela participante (relato 46), a partir do confronto com a realidade objetiva, possibilitando o desenvolver de uma nova relação. Todavia, percebe-se a dificuldade em modificar totalmente às impressões e sentimentos em relação à filha. Após alguma reflexão a participante elabora uma nova compreensão da realidade, por meio de uma identificação entre a profissional e a família, o que permite perceber que a idosa mobiliza aspectos inconscientes nas pessoas com quem se relaciona, independente de quem são (relato 47). Assim, a idosa repete na relação com a equipe e com o hospital, aspectos de sua relação com a família. Porém o que tais aspectos mobilizam em cada membro da equipe e na família é diferente e dependem de sua própria história, desejos e personalidade.

### Na visita domiciliar:

Relato 48: *“Durante a visita domiciliar, pude perceber a grande dificuldade das cuidadoras em estar seguindo as orientações, pois Dona Maria aumentou seu grau de dependência”*. (2)

Relato 49: *“Num primeiro olhar vi a família como responsável pela não realização dos cuidados e atenção a idosa de forma adequada e orientada pelos profissionais. Com o decorrer e após uma reflexão do contexto, vejo o quanto a família toda encontrava-se exausta para atender a idosa que é uma pessoa que solicita muitas vezes, requer/deseja atenção, que alguém sempre esteja presente. Porém as cuidadoras tem responsabilidades, trabalho, serviço doméstico para fazer, além de cuidar da idosa”*. (3)

Relato 50: *“Durante a visita domiciliar, pude perceber que algumas orientações não estavam sendo seguidas”*. (4)

Relato 51: *“Neste momento (visita domiciliar) ficou clara para mim uma visão negativa do marido em relação a esposa, suponho que por total desconhecimento do quadro clínico desta, pessimismo em relatar a hipótese de que ela volte a realizar, mesmo que auxiliada, algumas atividades básicas, enfim, senti alguma desesperança deste”*. (5)

A visita ao domicílio da idosa permitiu a percepção das dificuldades da família para colocar em prática as orientações fornecidas pela equipe durante a internação hospitalar e oferecer a continência afetiva necessária à idosa (relatos 48 e 50). Tal fato possibilitou a identificação de diferenças importantes entre a casa e a instituição hospitalar, além de gerar sentimentos de frustração.

O relato 49 aponta que, numa primeira impressão, os familiares foram incapazes de dar continência e cuidar da idosa, colocando-os como responsáveis pela condição em que a idosa encontrava-se no domicílio. A mesma atribuição também foi feita pela idosa em suas verbalizações durante a visita. Todavia, após uma atividade reflexiva, foi possível uma compreensão

mais profunda acerca da situação e perceber a família de outra forma, identificando e acolhendo suas dificuldades e necessidades de ajuda. A formação de uma percepção da idosa mais próxima de sua realidade auxiliou nessa nova construção. A família deixou de ser a única depositária da responsabilidade pela piora da idosa e essa passa a ser agora compartilhada com a equipe e com a própria idosa. Tais mudanças na compreensão do contexto abriram caminho para novas possibilidades terapêuticas.

A visita domiciliar também permitiu a construção de uma percepção sobre o marido da idosa, que até então não era conhecido. O relato 51 revela uma visão negativa do esposo, que não possuía conhecimentos sobre as reais condições da idosa, gerando desesperança de sua parte. Tal relato também aponta a dificuldade da família em entender e comunicar os diagnósticos da idosa para outros membros do grupo familiar. Tal fato levanta a dúvida do grau de compreensão que toda a família possuía da problemática da idosa.

## **Categoria 2: Sentimentos despertados pelo contato com a família**

### Durante a primeira internação:

Relato 52: *“... e me senti à vontade para explicar e estar a disposição da família para esclarecer todas as dúvidas que surgissem”.* (2)

Relato 53: *“Foi gratificante poder auxiliar no contato/atendimento a paciente...”* (2)

Relato 54: *“Houve um sentimento de carinho recíproco entre equipe-família e idoso”.* (3)

Relato 55: *“Não senti resistência a minha intervenção em relação a família...”* (5)

Relato 56: *“... ficava um pouco receosa ao fornecer-lhe (filha) as orientações...”* (5)

Relato 57: *“Passei a me sentir mais confortável quando, tomando proveito dos momentos em que esta se encontrava na enfermaria, reforçava à paciente a importância de ajudar a família a cuidar dela”.* (5)

Para a maioria das participantes, os sentimentos despertados pelo contato com a família da idosa foram de satisfação, gratificação, carinho recíproco, disponibilidade em ajudar, conforto e bem-estar. Tais sentimentos se relacionam às percepções construídas da família ao longo da hospitalização e ao vínculo formado com a família, os quais possibilitaram uma boa atuação terapêutica, uma conseqüente satisfação proporcionada pelo trabalho realizado e resultados positivos deste para a idosa e sua família.

O relato 52 revela que após uma percepção em relação a família e seus anseios (ansiedade e expectativa) a profissional sentiu necessidade de suprir tais angústias, num movimento de auxiliar a família no enfrentamento da situação. Foi a percepção que tornou possível esse sentimento, assim como a relação estabelecida.

O relato 56 aponta o surgimento de um sentimento negativo (ficava receosa) despertado por movimentos contratransferenciais em relação à filha da paciente e que poderiam prejudicar a conduta terapêutica. A modificação de tais sentimentos foi possível após adoção de uma nova estratégia de intervenção com a família, que mudou o foco da responsabilidade, fazendo a paciente dividi-la com a família. Nesse sentido, a filha deixou de ser a maior responsável pelas condições da idosa. Tal resolução da contratransferência permitiu uma melhora na comunicação com a família.

#### Na visita domiciliar:

Relato 58: *“Na visita houve frustração por encontrar a idosa em condição física e psicológica agravada/ debilitada”.* (3)

A visita domiciliar despertou sentimentos de frustração por parte da profissional em função da realidade vivenciada, na qual família não foi capaz de ser continente às solicitações de afeto e atenção da idosa e dar



prosseguimento às intervenções e orientações da equipe, durante a hospitalização. Tal sentimento está diretamente relacionado ao ataque inconsciente aos sentimentos de onipotência despertados anteriormente, dando lugar a sentimentos de impotência diante da realidade frustrante e fora do controle do profissional.

### **Categoria 3: Conduta adotada pelo profissional junto à família**

#### Durante a primeira internação:

Relato 59: *“Foi difícil fazer a neta entender que não devia restringir toda a sua juventude aos cuidados da avó, mas que devia (neta) contratar uma pessoa para ajudá-la nesta tarefa”.* (1)

Relato 60: *“Foi possível orientar e demonstrar os cuidados a serem realizados em casa”.* (3)

Relato 61: *“Desde o início me coloquei a disposição da família para o esclarecimento de suas dúvidas, fornecendo informações quanto ao processo de reabilitação por mim desenvolvido e principalmente, pontuando as capacidades preservadas da paciente. Tentei ser o mais enfática possível”.* (5)

Relato 62: *“Com a filha... procurei fazer minhas orientações e ressaltar os pontos positivo dos atendimentos com cautela e tentando trazê-la à participar do processo terapêutico”.* (5)

Relato 63: *“... quando esta (a filha) se encontrava na enfermaria, reforçava à paciente a importância de ajudar a família a cuidar dela”.* (5)

O relato 59 revela dificuldades no trabalho de orientação a família, que estão relacionadas tanto os aspectos da própria dinâmica familiar, bem como aos aspectos subjetivos mobilizados na profissional pela relação com a idosa e seu grupo familiar, como sentimentos, crenças, valores e desejos

inconscientes. As dificuldades encontradas na orientação à família apontam para a necessidade de uma constante reflexão do profissional sobre as reais necessidades, possibilidades e desejos da família, uma vez que, nem sempre a orientação que é dada é aquela que pode ser seguida pela família, apesar de ser uma orientação positiva.

De modo geral, os resultados revelam que as orientações foram fornecidas com base na percepção da realidade e sentimentos despertados pela situação, confirmando a importância do papel da subjetividade na atuação do profissional.

Além disso, é possível identificar uma disponibilidade da equipe em ajudar a família a cuidar da idosa e encontrar soluções para suprir as dificuldades. Algumas das orientações dadas, favoreceram os aspectos positivos e preservados da idosa em detrimento de suas deficiências, trazendo para a família um outro ponto de vista sobre a situação.

#### Na visita domiciliar:

Relato 64: *“Na visita domiciliar tive o cuidado de reforçar minhas orientações junto ao marido da paciente uma vez que, enquanto hospitalizada não tive contato algum com o mesmo”*. (5)

A realização da visita domiciliar permite um maior envolvimento de todos os membros da família nos cuidados da esposa, em especial do esposo, que pôde ser orientado pela primeira vez.

#### **Categoria 4: Satisfação da família com o trabalho realizado**

Relato 65: *“A neta acrescentou ainda, que estava profundamente grata a equipe da Geriatria, que deu todas as orientações para cuidar da avó em casa”*. (1)

O relato da neta em relação aos benefícios das orientações fornecidas pela equipe é preditor dos resultados alcançados pelas orientações junto à família e possibilitaram a satisfação do profissional com o trabalho realizado,

podendo ser um importante fator motivacional.

### **Categoria 5: A importância da formação de um vínculo positivo com a família**

Relato 66: *“A equipe conseguiu estabelecer um bom vínculo com a família...”*  
(3)

Relato 67: *“Durante o período em que atendi a paciente, o contato com a família foi de extrema importância, pois vi nesta relação a possibilidade real de alcançar algum êxito coma minha intervenção”.* (5)

Relato 68: *“... meu vínculo mais forte se estabeleceu com a neta da paciente, sendo esta uma boa colaboradora durante os atendimentos ao leito”.* (5)

Relato 69: *“... o ponto positivo de todo esse processo é a abertura que esta família deu para a equipe, procurando auxílio quando julgam necessário”.* (5)

A possibilidade de desenvolvimento de um vínculo positivo à família foi fundamental para a realização do trabalho da equipe. A família foi vista como sendo receptiva e aberta a essa vinculação, mobilizando sentimentos contratransferenciais positivos por parte da equipe, que se sentiu motivada a compreender a família, orientá-la e conter suas necessidades de ajuda e apoio. Essa construção permitiu uma compreensão empática da dinâmica familiar, fazendo com que a equipe fosse capaz de intervir apesar das dificuldades impostas pelo próprio contexto.

Os resultados revelam uma percepção dos profissionais acerca da importância da família como coadjuvante no tratamento e sucesso deste. Esse vínculo possibilita que a família confie na equipe e a procure no futuro quando precisar de ajuda, mostrando a importância desse trabalho a longo prazo.

## 5. CONCLUSÃO

Os discursos apresentados pelas aprimorandas da equipe interdisciplinar do Serviço de Geriatria apontaram a presença de aspectos subjetivos importantes da relação interpessoal estabelecida com a paciente e sua família e que repercutiram na conduta terapêutica durante o período de intervenção e na própria vida profissional das participantes da pesquisa.

O relacionamento com a idosa e sua família, desde os momentos iniciais das intervenções, permitiu que os profissionais pudessem constituir uma imagem da paciente e dos membros da família, baseadas na percepção subjetiva e pessoal que cada um realizou, por meio da apreensão da realidade trazida pela idosa e pela família, tanto em suas verbalizações, comportamentos, como através das doenças e respectivas limitações físicas da idosa.

Os relatos das participantes mostraram que a construção de uma imagem acerca da idosa e de seu grupo familiar ocorreu gradativamente e foi sendo remodelada de forma dinâmica ao longo do tempo.

Tais percepções influenciaram os conseqüentes sentimentos despertados pelo convívio com a paciente, movimentos contratransferenciais e condutas terapêuticas.

A qualidade do vínculo formado entre a equipe interdisciplinar, o paciente e a família, nesta pesquisa, foi evidenciado como sendo de extrema importância para o andamento das intervenções e orientações realizadas. Os aspectos psíquicos da relação estabelecida entre a tríade foram, em certa medida, fatores determinantes nas condutas estabelecidas pelos profissionais, modificando planos e estratégias de intervenção junto a idosa e seus familiares.

A relação com a paciente e seus familiares foi precursor de uma série de sentimentos positivos e negativos, surgidos através de identificações e mobilizações de aspectos inconscientes das participantes, que guiaram percepções e condutas profissionais. Tais sentimentos foram consoantes com as situações vivenciadas pelas profissionais e pela própria vivência compartilhada com a idosa e sua família.

A família exerceu papel fundamental durante as intervenções, sendo percebida como aliada e coadjuvante no tratamento. As dificuldades da família em oferecer os cuidados necessários à idosa, principalmente no que se refere ao suporte emocional, foram aos poucos, sendo compreendidas pela equipe, por meio de atividade reflexiva e elaboração das vivências e frustrações experienciadas.

Os resultados apresentados nesse estudo apontam a importância de se aliar à aquisição de conhecimentos a respeito da subjetividade do sofrimento do paciente e de seus familiares, aos aspectos técnicos da prática do profissional de saúde, tornando-o mais apto a compreender a realidade do paciente e suas respectivas queixas, o que pode auxiliar na formulação de esquemas terapêuticos mais próximos da realidade do paciente, aumentando as chances de adesão ao tratamento e proporcionando consecutiva melhora da qualidade de vida do idoso.

Deste modo, a consideração das dimensões humanas, históricas, sociais e subjetivas presentes no contexto do cuidado à saúde do idoso tornam o trabalho do profissional de saúde mais humanizado. O paciente deixa de ser visto somente como portador de uma determinada patologia ou um conjunto de doenças, o que só contribui para sua fragmentação e transformação em objeto, passando a ser considerado tanto em seus aspectos construtivos como destrutivos (Jeammet, 1982).

A hospitalização deixa de ser somente um espaço de perdas reais e simbólicas, dando lugar também à aquisições como: valorização do paciente, possibilidade de expressão e acolhimento, elaboração de aspectos subjetivos e surgimento de um novo “ser”, que se transforma por meio das relações vivenciadas com a instituição e equipe de saúde.

Foi possível identificar que a necessidade de atenção à subjetividade do profissional de saúde, que nem sempre encontra espaço para elaboração de suas vivências, experienciando sofrimento e sentimentos que podem gerar insatisfação com o trabalho e interferir em suas atividades profissionais.

Assim como apontado por outros autores (Faiman, Danesi et al, 2003), este estudo mostra a importância de se resgatar a subjetividade do profissional de saúde. Deste modo, a criação de espaços de humanização, reflexão e

diálogo possibilitariam a busca por soluções diante das dificuldades enfrentadas e uma melhor mobilização de recursos de enfrentamento por parte da equipe interdisciplinar. Tal contexto propiciaria a troca, explicitação, comunicação e reflexão grupal sobre situações vivenciadas, com respectiva elaboração das experiências afetivas pela equipe.

Nesse sentido, Nogueira Martins (1991-1998 *apud* Esslinger, 2003) aponta alguns recursos que poderiam ser utilizados na formação dos profissionais de saúde, capacitando-os para lidar com os aspectos subjetivos que envolvem suas práticas diárias. Entre esses recursos está a criação de serviços como: os grupos de discussão e reflexão para que os profissionais possam conversar sobre suas angústias e receios no exercício da profissão. Além disso, o ensino mais sistemático da psicologia na formação dos profissionais de saúde, a sensibilização com relação aos aspectos psicológicos durante o processo de formação e as supervisões (individuais ou grupais) também constituem aspectos fundamentais.

#### *Limitações do estudo e pesquisas posteriores*

Entre as limitações deste estudo, deve-se considerar que os dados apresentados dizem respeito às observações realizadas pela pesquisadora e relatos produzidos pelos profissionais da equipe, não abrangendo a ótica do próprio paciente e sua família sobre a relação estabelecida com a equipe interdisciplinar do serviço de Geriatria. Tal fato torna os resultados obtidos parciais, por não apreenderem a totalidade da relação. Além disso, como afirma Jeammet (1982), não é possível estabelecer completa correspondência entre a realidade internalizada pelos protagonistas de uma história (no caso, dos participantes deste estudo) e a realidade apreendida pelo observador.

Cabe ainda ressaltar, que esta pesquisa não serve como parâmetro para generalizações a cerca da relação paciente-família e equipe de saúde, uma vez que o método utilizado enfocou o conjunto de experiências pessoais de uma equipe interdisciplinar específica, tornando seus resultados válidos somente no que cabe a essa experiência com esse paciente e sua respectiva família.

Além disso, este estudo considerou apenas as relações interpessoais estabelecidas na situação de hospitalização e atendimento domiciliar, não

enfocando outras unidades de atendimento hospitalar.

Desta forma, este estudo aponta a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas sobre esse tema, que possam auxiliar na formação de um arcabouço científico mais elaborado e fundamentado acerca dos aspectos psíquicos presentes na relação paciente idoso-família-equipe e respectivo impacto sobre os inúmeros serviços assistenciais das instituições hospitalares.

## 6. REFERÊNCIAS

ASSIS, M. O envelhecimento e suas conseqüências. In: CALDAS, P. C. (organizador) A saúde do idoso: A arte de cuidar. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998, p. 37-38.

BALINT, M O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BARROS PINTO, M.E. Concepções de velhice e cuidado em três gerações de origem nipo-brasileira. Campinas, SP, 1997. Tese (Doutorado) Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP – SP, 1997.

BIANCO, M. A., BARHAM, E.J., PAVARINI, S.C.I. Relação de ajuda: Um estudo sobre idosos e seus cuidadores familiares. Relatório final de Bolsa de Iniciação Científica - *PIBIC/CNPq- UFSCar*, 2003.

BLEGER, J. Psico-higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

\_\_\_\_\_ Temas em Psicologia: Entrevista e Grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BORDIN, I.A.S., CORRÊA, M.C.M.R. Ansiedade da criança hospitalizada: Ausência ou dificuldade na relação equipe-paciente? *Revista paulista de Pediatria*, v.8, n.29: 67-70, 1990.

BOTEGA, N. J. (org) Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRENNER, C. Noções básicas de psicanálise: Introdução à psicologia



Psicanalítica. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v.12, n.2, 1999.

CAMON, V.A.A. (org.) O psicólogo no hospital. Em: *A Psicologia hospitalar*. São Paulo: Traço, 1988.

CAPRARA, A., SILVA FRANCO, A. L. A relação paciente-médico: Para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, n.3, 1999.

CAPRARA, A., RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: Repensando O Vínculo Terapêutico. *Ciências da Saúde Coletiva*, v.9, n.1, 2004.

CASARINI, K. Estratégias de enfrentamento utilizadas por portadores de insuficiência renal crônica. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia. Trabalho de Monografia, 1997.

CATALDO NETO, A., TORRES, B.A.R., KONZEN, C., PACHECO, F.S. O médico e a família do paciente. *Revista Médica PUCRS*, v.12, n.2: 141-147, 2002.

COELHO FILHO, J.M., RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. Universidade de São Paulo, v. 33, n.5, p 444-453, 1999.

DEBERT, G.G. A reinvenção da velhice. São Paulo: EDUSP, 1999.

ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: De quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. *O Mundo da Saúde*, ano 27, v.27, n.3: 373-382, 2003.

ETCHEGOYEN, R. O. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FAIRMAN, C. S., DANESI, D., RIOS, I.C., ZAHER, V.L. Os cuidadores: A prática clínica dos profissionais de saúde. O Mundo da Saúde, ano 27, v.27, n.2: 254-257, 2003.

FELÍCIO, J. L. As famílias de pacientes com doenças crônicas e graves: funcionamentos mais característicos. O Mundo da Saúde, ano 27, v.27, n.3: 426-431, 2003.

FREUD, S., A dinâmica da transferência, 1912 In: Edição Eletrônica das Obras Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_ Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, 1917 In: Edição Eletrônica das Obras Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

GARRIDO, R., MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: Boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Revista Brasileira de Psiquiatria, n. 24 (Supl I), p. 3-6, 2002.

GIANOTTI, A. Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. Em: OLIVEIRA, M. F. P. & ISMAEL, S.M.C. (orgs) Rumos da Psicologia hospitalar em cardiologia. Campinas, SP: Papyrus, p 21- 37, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE - Disponível em: "[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)" . Data de acesso: 2005.

JEAMMET, P., REYNAUD, M., CONSOLI, S. Psicologia Médica. Rio de Janeiro: Masson, 1982.

KOVÁCS, M.J. O profissional de saúde em face da morte. Em: OLIVEIRA, M. F. P. & ISMAEL, S.M.C. (orgs) Rumos da Psicologia hospitalar em cardiologia. Campinas, SP: Papyrus, p 89-105, 1995.

KUBLE-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

LAURENTY, R. & LEBRÃO, M.L. Retratos do envelhecer. Revista Fapesp, n. 87, p. 32 – 39, 2003.

MACIEL, S.C. A importância do atendimento psicológico ao paciente renal crônico em hemodiálise. Em: *Novos rumos da psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000.

MENDIONDO, M. S. Z. Velhice e demência: Gênese e perspectivas de suporte social institucional. Porto Alegre, 2002. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, 2002.

MESSY, J. A pessoa idosa não existe. São Paulo, ALEPH, 1999.

MILES, A. O doente mental na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro, R.J.: Zahar, 1982.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

NERI, A. L. (organizador) Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

NASCIMENTO JÚNIOR, P.G., GUIMARÃES, T.M.M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. *Bioética*, v.11, n.1, 2003.

NINA, M. D. A equipe de trabalho interdisciplinar no âmbito hospitalar. Em: OLIVEIRA, M. F. P. & ISMAEL, S.M.C. (orgs) Rumos da Psicologia hospitalar em cardiologia. Campinas, SP: Papyrus, p 39-47, 1995.

NOGUEIRA, M.C.F. Relação profissional-paciente: Subsídios para profissionais de saúde. Psychiatry on-line Brazil, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/cezira.htm>

OLIVEIRA, M. F. P. & ISMAEL, S.M.C. (orgs) Rumos da Psicologia hospitalar em cardiologia. Campinas, SP: Papyrus, p 107-129, 1995.

PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Editora Ateneu, 1996.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 80 – 90, 2002.

RAMOS, L.R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

ROMANO, B. W. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSA, J.T. Evolução histórica da relação paciente e profissional da saúde segundo a psicologia psicanalítica. O Mundo da Saúde, ano 27, v. 27. N.3: 269-372, 2003.

SANTOS, C.T. & SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em: E a psicologia entrou no hospital... São Paulo: Pioneira, 1996.

SOAR FILHO, E. J. Relação profissional de saúde – cliente. Arquivos Catarinenses de Medicina, v.23, n.3: 185-189, 1994.

YAMAMOTO, K. A importância da psicologia preventiva no contexto hospitalar. Em: OLIVEIRA, M. F. P. & ISMAEL, S.M.C. (orgs) Rumos da Psicologia hospitalar em cardiologia. Campinas, SP: Papyrus, p 57-64, 1995.

ZIMERMAM, G. I. Velhice: Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

# **ANEXO A**

Hospital do Servidor Público Estadual  
“Francisco Morato de Oliveira”  
Serviço de Geriatria e Crônicos

## Termo de consentimento livre e esclarecido

### Autorização

Por meio deste documento, afirmo meu interesse, compromisso e participação no estudo, “*Aspectos psíquicos da relação paciente – família – equipe interdisciplinar em enfermaria geriátrica: Impacto sobre o tratamento do idoso*”, sob responsabilidade da Psicóloga Marcela Alice Bianco, CRP 06/77338, em conjunto com o serviço de Geriatria e Crônicos do Hospital do Servidor Público Estadual.

Estou ciente dos objetivos do estudo e de que serão realizadas entrevistas individuais durante o período de internação. Fui informado de que os dados coletados e gravados serão mantidos em sigilo, bem como minha identidade será preservada. Fui informado de que minha participação é voluntária e, portanto, posso me desligar da pesquisa a qualquer momento. Estou ciente de que não terei qualquer ônus financeiro com a pesquisa, bem como não receberei recompensa de qualquer ordem para participar do estudo.

---

Estando ciente do termo e concordando com o mesmo, autorizo o uso de minhas respostas, ligadas ao referido estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores informações e esclarecimentos sobre esta pesquisa entrar em contato com a psicóloga responsável, pelo telefone (11) 5088 - 8232.

## **ANEXO B**



# Questionário do Profissional da Equipe Interdisciplinar

## I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Número: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

1. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

2. Idade: \_\_\_\_ anos

## FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

3. Tipo de formação profissional: \_\_\_\_\_

4. Tempo de formação: \_\_\_\_\_

5. Pós- Graduação: 0. ( ) Não 1. ( ) Sim, quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Possuía contato anterior com idosos? ( ) não ( ) sim

7. Possuía experiência prévia em equipe interdisciplinar? ( ) não ( ) sim

8. Possuía experiência anterior em hospital? ( ) não ( ) sim



