

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

SESAB-BA

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Psicologia

DZ025-N9

Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Psicologia

EDITAL Nº 001/2019

AUTORES

Conhecimentos Gerais Em Saúde - Profª Ana Luisa M. da Costa Lácida

Conhecimentos Básicos - Profª Silvana Guimarães

Conhecimento Específicos - Profª Silvana Guimarães

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Leandro Filho

DIAGRAMAÇÃO

Renato Vilela

Victor Andrade

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.

SUMÁRIO

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

Bioética.....	01
Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade.....	06
Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde.....	10
Controle Social.....	12
Economia da Saúde.....	12
Educação em Saúde.....	17
Epidemiologia.....	40
Financiamento da Saúde.....	12
Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde.....	49
Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990 e Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011.....	55
Liderança no Trabalho.....	70
Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde.....	72
Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados.....	78
Pacto pela Saúde; Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.....	82
Política Nacional da Atenção Básica.....	104
Política Nacional de Promoção da Saúde.....	106
Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica.....	112
Processo de Trabalho em Saúde.....	114
Programas de Saúde.....	116
Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais.....	117
Segurança do Trabalho em Saúde.....	119
Norma Regulamentadora 32 (NR 32).....	122
Trabalho em equipe multidisciplinar.....	122
Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental.....	122

CONHECIMENTOS BÁSICOS

Psicologia Hospitalar no Brasil: aspectos históricos, conceituais e teóricos; Histórico da inserção dos serviços de psicologia nos hospitais do Brasil.....	01
Atividades do psicólogo na assistência, ensino e pesquisa.....	08
Limites e desafios do trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.....	11
Atendimento psicológico nas diversas situações de hospitalização: adultos, adolescentes, crianças e familiares.....	15
As especificidades do trabalho do psicólogo nas unidades de atendimento ambulatorial, internação, UTI, urgência, emergência e pronto atendimento.....	21
Atendimento nas diversas clínicas de internação como: pediatria, cardiologia, nefrologia, neurologia, oncologia, ortopedia, obstetrícia, gastroenterologia e geriatria.....	26
Avaliação psicológica, diagnóstico e intervenção no contexto hospitalar e na residência multiprofissional em saúde...	37

SUMÁRIO

CONHECIMENTO ESPECÍFICOS

Trabalho do psicólogo em equipe multiprofissional no contexto hospitalar: aspectos epistemológicos, clínicos e institucionais.....	01
Sofrimento psíquico, adoecimento e hospitalização.....	01
Aspectos psicológicos da adesão ao tratamento.....	02
Morte, terminalidade e cuidados paliativos no hospital.....	07
Estratégias e técnicas clínicas de abordagem do paciente e da família.....	12
Aspectos psicológicos do envelhecimento.....	15
O psicólogo em diversos ambientes hospitalares: UTI, ambulatório, enfermarias clínicas, unidades de doenças crônicas..	25
Psicologia e Cardiologia.....	25
Transtornos mentais: características, diagnóstico clínico e psicológico, psicoterapias. Noções de psicopatologia....	61
Avaliação e formulação de caso no ambiente hospitalar.....	32
Fundamentos de neuropsicologia.....	37
Psicofarmacologia: antipsicóticos e antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, hipnóticos.....	42
Transtornos alimentares.....	47
Relação terapêutica, acolhimento, psicoterapia breve e psicoeducação no contexto hospitalar.....	49

ÍNDICE

CONHECIMENTO ESPECÍFICOS

Trabalho do psicólogo em equipe multiprofissional no contexto hospitalar: aspectos epistemológicos, clínicos e institucionais.....	01
Sofrimento psíquico, adoecimento e hospitalização.....	01
Aspectos psicológicos da adesão ao tratamento.....	02
Morte, terminalidade e cuidados paliativos no hospital.....	07
Estratégias e técnicas clínicas de abordagem do paciente e da família.....	12
Aspectos psicológicos do envelhecimento.....	15
O psicólogo em diversos ambientes hospitalares: UTI, ambulatório, enfermarias clínicas, unidades de doenças crônicas..	25
Psicologia e Cardiologia.....	25
Transtornos mentais: características, diagnóstico clínico e psicológico, psicoterapias. Noções de psicopatologia....	61
Avaliação e formulação de caso no ambiente hospitalar.....	32
Fundamentos de neuropsicologia.....	37
Psicofarmacologia: antipsicóticos e antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, hipnóticos.....	42
Transtornos alimentares.....	47
Relação terapêutica, acolhimento, psicoterapia breve e psicoeducação no contexto hospitalar.....	49

TRABALHO DO PSICÓLOGO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS, CLÍNICOS E INSTITUCIONAIS

Pela correlação dos assuntos, já abordamos esse conteúdo no tópico que tratou dos Limites e desafios do trabalho multidisciplinar.

SOFRIMENTO PSÍQUICO, ADOECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO

Muitas vezes, guarda-se o padrão a imagem daquele paciente submisso e temeroso aos profissionais, causando confronto com este paciente que deve sempre obedecer e o paciente que está sofrendo com este momento de hospitalização que muitas vezes não faz parte do seu cotidiano, ou seja, este tipo de enfrentamento também lhe causa dor. É de fundamental importância não rotular o paciente hospitalizado, mas é necessário que se conheça a sua realidade e que se busque em sua dinâmica e em sua fala algo que se possa construir uma ressignificação frente a este momento. Nesta perspectiva, entende-se que a questão da hospitalização não deve ser vista como uma problemática específica da área da saúde, e sim mais especificamente da área da Psicologia Hospitalar.

Pois frente a esta questão o processo de hospitalização refletiu de alguma maneira no contexto emocional e psicológico do paciente, gerando muitas vezes maiores complicações diante de seu quadro; devido a este adoecer, a ter que sair do seu habitat natural e deixar de ser você e se "o paciente". Na hospitalização, este processo deve ser visto por múltiplos olhares como: o próprio profissional da psicologia hospitalar e a equipe multidisciplinar.

O paciente diante de uma hospitalização geralmente sente-se despersonalizado, sofre de um processo doloroso à sua quebra de identidade, onde naquele espaço o mesmo deixa de ter o seu nome e passa a ser apenas mais um leito, e é conforme uma destas questões frente a esta despersonalização que se pode observar e entender a necessidade e a urgência em ser ter um profissional da área da Psicologia Hospitalar durante este processo. Este é um processo onde o paciente deixa de ser ele mesmo e passa a ser a doença, deixando assim de ter significado próprio. Frente à conceituação desta temática pode-se dizer que: "A Hospitalização é uma quebra da rotina da vida cotidiana e a entrada em um ambiente desconhecido, impessoal e ameaçador, permeado pela dor e apreensão da doença" (Marisa Sá Leitão).

Onde no decorrer desta, se perpassa por faces onde o paciente passa pelo fator de risco como transtorno emocional, no qual frente a fatores pessoais o mesmo pode vim a sentir medo, ansiedade, tristeza ou eclosão de conflitos emocionais que estejam reprimidos, provocando

reações de regressão, passividade, fantasias, precipitação ou mesmo agravamento de sintomas psiquiátricos, contudo e conforme aos fatores relacionais, institucionais e profissionais pode-se provocar sensação de abandono, despersonalização, limitação das atividades e dificuldades de adaptação à rotina hospitalar.

O profissional da área da Psicologia Hospitalar atende não só aos pacientes, como também a família do mesmo, os membros da equipe multidisciplinar e administrativa, buscando trabalhar o bem-estar físico e emocional dos mesmos. Oferece e desenvolve atendimento, atividades em diferentes níveis, tendo como foco o acompanhamento e avaliação do processo psíquico de cada paciente que esteja hospitalizado, buscando assim a promoção de uma melhor recuperação diante do enfrentamento deste adoecer, promovendo uma recuperação bem mais elaborada diante do seu contexto físico, emocional e psicológico.

O Psicólogo não deve diagnosticar a doença, contudo deve diagnosticar o que a doença faz o paciente sentir, ou seja, como a partir deste adoecer reage o seu estado psíquico e emocional, podendo assim realizar suas avaliações e intervenções. A Psicologia, ao ser inserido no hospital buscou seus próprios postulados adquirindo desta forma conceitos e questionamentos, pois hoje se acredita que não mais seja possível imaginar um curso de graduação em psicologia onde questões como morte, saúde pública, hospitalização e outras temáticas, que a princípio eram pertinentes apenas à Psicologia Hospitalar, não tenham prioridade ou não sejam exigidas como necessárias para a formação do psicólogo.

O atual quadro da formação do psicólogo difere de quando foi afirmado que "a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, é uma das temáticas mais revestidas de polêmicas quando se evocam discussões sobre o papel da Psicologia na realidade institucional". (Angerami, V.A., 1984). "A Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento". (Simonetti, 2004) No desenvolvimento com a equipe multidisciplinar se busca realizar um trabalho que forneça uma maior segurança e apoio aos pacientes e seus familiares, elaborando sempre uma reflexão da equipe uma melhor forma para sanar as dificuldades operacionais.

Conforme, a Psicologia Hospitalar visa trabalhar os pacientes e seus familiares diante do sofrimento psíquico adquirido por conta da doença, ou mesmo frente ao enfrentamento de uma hospitalização e do tratamento. "O psicólogo visa dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar do sujeito ajudando-o na experiência do adoecimento" (Moretto, 2001) Possibilitar a escuta no hospital nos remete a um território que vem sendo explorado na medida em que as formulações teóricas de Freud se sustentam e surpreendem, na prática da psicanálise nos leitos de hospitalares.

A escuta analítica, pressupõe o uso da associação livre, da interpretação e da análise da transferência, como eixo fundamental da psicanálise. Quando nos referimos à peculiaridade da escuta analítica no hospital, estamos também falando de algumas diferenças frente às formas de atuação, de enquadres, o que nos leva a refletir sobre a relação transferencial estabelecida neste setting, com pacientes graves, em condições adversas.

"A psicanálise mantém uma posição que, mesmo diante de outros espaços, conduz a fazer um trabalho acessível ao social, às instituições públicas, com pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em que escutá-los, além de possibilitar um alívio frente aos sintomas, poderá também levá-los ao encontro com sua subjetividade, em desejar saber sobre si. Desta forma, concordamos com Pinheiro e Vilhena (2007), que apontam para a possibilidade de promover uma 're-descrição' do cenário analítico diante de dispositivos que assegurem sua prática independente de classe social e do local o qual são desenvolvidos".

A psicanálise vem se aprimorando, e assim recriando e reconstruindo seus aportes teóricos e técnicos, promovendo assim um redimensionamento em seu campo de aplicabilidade. Nas últimas décadas, além dos consultórios, a psicanálise conquistou novos espaços como: hospitais, universidades, postos de saúde, centros de atenção psicossociais, clínicas e ambulatórios públicos e privados. (Pinheiro 2006, p. 34), alcançando assim as dimensões sustentadas pelas condições de possibilidades dos diversos settings, nas mais diversas demandas. "Por mais que a psicanálise freudiana nos forneça pressupostos teóricos e técnicos sob a base de regras fundamentais, em situação de hospitalização, o contexto é bastante peculiar. O paciente se encontra, sob as regras da instituição e da ordem médica, assim, a psicanálise no hospital nos coloca frente a frente com questionamentos e posicionamentos diferentes do que acontecem nos consultórios particulares, em ambiente analítico tradicional. Frente a instituição hospitalar, tanto nas hospitalizações quanto nos atendimentos ambulatoriais, os pacientes são obrigados a respeitar as normas e leis que a regem".

O que a instituição hospitalar nos oferece é um ambiente em que as informações dos pacientes estão em prontuários, com uma visibilidade devastadora, como afirma Pinheiro [...] aberto ao olhar alheio, a intimidade do paciente em análise, nos dá a nítida sensação de que estamos inserindo nosso trabalho em uma casa com paredes de cristal [...] (PINHEIRO. A despersonalização do paciente deriva ainda da fragmentação ocorrida a partir dos diagnósticos cada vez mais específicos que, além de não abordarem a pessoa em sua amplitude existencial, ou em sua essência, fazem com que apenas um determinado sintoma exista naquela vida e naquele momento.

Conforme assistimos cada vez mais ao surgimento de novas especialidades que reduzem o espaço vital de uma determinada pessoa a um mero determinismo das implicações de certos diagnósticos, que trazem em seu bojo signos, estigmas e preconceitos. Tal carga de abordagem e confrontos teórico-práticos faz da pessoa portadora de determinadas patologias alguém que, além da própria patologia, necessitará de cuidados complementares para livrar-se de tais estigmas e signos, ressignificando assim o seu existir.¹

¹ Fonte: portaleducacao.com.br



EXERCÍCIO COMENTADO

01. (FCC/2017 - TER/SP) A psicoterapia individual é, reconhecidamente, uma forma de tratamento que auxilia o indivíduo em relação ao sofrimento psíquico. Os tipos de psicoterapias variam em relação aos objetivos, às técnicas, às teorias, à frequência, tempo e duração. A psicoterapia

- psicodinâmica psicanalítica caracteriza-se por delimitação do foco ou conflito, atitude ativa do terapeuta, estabelecimento de uma hipótese psicodinâmica, interpretação de forças inconscientes e ensino de novas formas para lidar com os conflitos emocionais.
- cognitiva é uma variação da terapia comportamental não indicada em quadros patológicos de depressões leves e moderadas e de dependência química.
- de apoio de longa duração objetiva manter ou reestabelecer o nível de funcionamento do ego e de mecanismos de defesa adaptativos e adoção de medidas que visem alívio dos sintomas.
- de apoio em crise ou de curta duração utiliza-se de intervenções que objetivam identificar e corrigir emoções, crenças subjacentes e cognições distorcidas. Tem curta duração, entre 10 a 20 sessões.
- breve dinâmica é indicada para pacientes psicóticos, com transtornos severos de personalidade, com controle precário dos impulsos, tendências a atuações e com poucas condições para terapias de insight, problemas físicos limitantes e crônicos.

Resposta: "C"

Em "a", errado – trata-se a psicoterapia de orientação analítica.

Em "b", errado – a terapia cognitivo comportamental tem como objetivo principal modificar os pensamentos e os sistemas de significados dos pacientes (Crenças Centrais), buscando uma alteração emocional e comportamental consolidada e permanente, o que está relacionado a quadros depressivos.

Em "d", errado – trata-se da terapia cognitiva.

Em "e", para esses pacientes indica-se a terapia de apoio de longa duração.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO

Adesão ao tratamento (AT) é "o grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação, e cumprir outras orientações médicas como dieta e mudança de estilo de vida) coincide com a prescrição clínica" (WHO, 2003, p.3). Não se limita a tomar a medicação adequada, mas também apresentar outros comportamentos relacionados à saúde, que incluem desde o comparecer às consultas e aos procedimentos de imunização até seguir recomendações dadas por diversos profissionais da equipe de saúde, como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros (Klein e Gonçalves,

2005). Comportamentos relacionados a não adesão podem comprometer todos os tipos de tratamento, desde os preventivos até os terapêuticos (Dias et al., 2011). Bugalho e Carneiro (2004) defendem que a abordagem tradicional centrada apenas no comportamento dos doentes está ultrapassada e que o comportamento dos profissionais de saúde deve ser alvo de estudo, procurando identificar quais os fatores que podem melhorar ou piorar a AT dos pacientes. Assim, a formação dos profissionais constitui um passo fundamental para solução deste problema.

A World Health Organization (2003), por meio do relatório *Adherence to long term therapies: evidence for action*, propõe a análise da AT como um fenômeno multidimensional, determinado por vários conjuntos de fatores sistematizados e agrupados em cinco dimensões. A primeira trata de aspectos sociais e econômicos, a segunda do sistema e dos profissionais de saúde, a terceira das características da doença, a quarta dos tratamentos e a quinta, dos fatores específicos do paciente. Afirma, ainda, que a compreensão desses fatores e o compromisso com uma abordagem multidisciplinar aliados a ação coordenada dos pesquisadores, profissionais de saúde, e gestores de planejamento de políticas públicas são essenciais na busca da solução dos problemas da adesão.

O Conceito de Adesão

O desenvolvimento científico da psicologia da saúde, enquanto área de conhecimento e de aplicação da psicologia, conforme concebida por Matarazzo (1980) tem incentivado uma ampliação dos modelos explicativos de diversos transtornos de saúde, especialmente aqueles de natureza crônica, passando a considerar a relação do indivíduo com a doença e a participação de fatores sociais e psicológicos, além daqueles biológicos, sobre a etiologia, a manifestação sintomática e a perspectiva de reabilitação (Martins, 2001; Ogden, 1996; Straub, 2005; Zannon, 1991).

Neste sentido, a incorporação de modelos mais abrangentes, multidisciplinares e interdisciplinares, em saúde trouxe consigo uma mudança na forma de se compreender o indivíduo e suas relações com o mundo. O indivíduo passa a ser concebido como um ser ativo, capaz de agir sobre o meio e que, portanto, deve assumir responsabilidades no processo de adoecer e tratar a doença (Ogden, 1996; Zannon, 1991; Straub, 2005). Desta maneira, o profissional de saúde torna-se, antes de tudo, um educador que utiliza técnicas psicológicas para incentivar o paciente a participar, a aderir, efetivamente, às decisões e ações de seu tratamento (Costa Junior, 2005).

Alguns pesquisadores e clínicos afirmam que a adesão pode ser compreendida como um conjunto de categorias de respostas cuja característica comum é o seguimento de orientações proporcionadas pelos profissionais de saúde, tais como: tomar medicamentos, realizar exercícios físicos, regular o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos, entre outros (Bennett & Murph, 1999). Outros autores propõem que este conceito se relaciona a comportamentos de saúde que vão além destas ações, de seguimento de orientações, devendo envolver mudanças no repertório comportamental e cognitivo de

indivíduos e grupos, tais como: deixar de fumar, beber moderadamente, identificar ou prevenir situações evocadoras de estresse, conhecer os efeitos colaterais dos medicamentos recomendados, adquirir hábitos seguros de relacionamento sexual, usar cinto de segurança em veículos automotivos, aprender a descrever estados corporais que sugiram alguma disfunção orgânica, entre outros (Ogden, 1996).

Na literatura, observa-se que o conceito de adesão é utilizado de múltiplas formas, aparentemente distintas. Os termos adesão (*adherence*) e obediência (*compliance*) têm sido usados para designar o grau de coincidência entre os comportamentos do indivíduo (paciente ou cliente) e as recomendações terapêuticas do profissional da saúde (Epstein & Cluss, 1982). O termo obediência, no entanto, é geralmente adotado por profissionais que consideram a pessoa enferma como passiva frente ao tratamento, não sendo corresponsável pelo estabelecimento do próprio plano de tratamento. Nesse caso, o não seguimento das recomendações profissionais é entendido como uma desobediência às prescrições, um "desvio" de conduta do paciente.

Alguns estudos apontam que os profissionais que concordam com esta concepção de desobediência têm caracterizado suas práticas com ações coercitivas, nas quais os episódios de esquecimentos e falhas dos pacientes são valorizados no estabelecimento das relações sociais entre profissional e usuários de serviços de saúde, com status de superioridade ao profissional e de inferioridade ao paciente (de Oliveira et. al., 2005; Klein & Gonçalves, 2005; Cardoso & Galera, 2006). Caracterizar a falta de adesão como um problema de desobediência e atribuir sua funcionalidade às características pessoais do paciente, desconsiderando variáveis ambientais, sustenta intervenções calcadas em controle aversivo, que realçam a culpa do paciente pela sua condição de saúde e vão na direção oposta às concepções integrais de atenção à saúde, preconizadas pela psicologia da saúde.

Segundo Leventhal, Zimmerman e Gutmann (1984), embora os resultados dos estudos sobre adesão correlacionem fatores como a complexidade de alguns regimes de tratamento, o tempo prolongado de tratamento e algumas especificidades de doenças, com determinados traços de personalidade; a pesquisa sobre o ensino de estratégias comportamentais adequadas ao paciente em ambientes de cuidados tem apontado que os indivíduos têm condições potenciais de adquirir e manter comportamentos de saúde, aderindo a planos terapêuticos reconhecidos como importantes a suas condições de desenvolvimento e de interação com diferentes ambientes sócio históricos.

Na proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão é caracterizada pelo conjunto de ações que podem incluir: tomar medicamentos, obter imunização, comparecer às consultas agendadas e adotar hábitos saudáveis de vida; a OMS destaca que a adesão envolve, necessariamente, a participação de uma equipe multiprofissional como estabelecadora e mantenedora de acordos com o paciente para realização do tratamento (WHO, 2003).

Deste modo, o conceito de adesão pressupõe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Nesta parceria, devem-se considerar algumas variáveis: os níveis de informação dos usuários, a atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde, a especificidade dos procedimentos terapêuticos e seus efeitos colaterais, a duração dos tratamentos e a noção de saúde-doença do paciente e do cuidador. Esta mudança de perspectiva insere o cuidado com o paciente como ponto central para uma intervenção participativa de ensino e acompanhamento do processo saúde-doença do paciente (Friberg & Scherman, 2005).

O reconhecimento, no entanto, de que as orientações do profissional de saúde e os comportamentos do paciente são mediados por uma variedade de eventos que podem dificultar ou facilitar a comunicação, constitui-se como um requisito essencial para a maior probabilidade do estabelecimento de níveis interessantes de adesão ao tratamento. Inerente a tal reconhecimento está a premissa de que o profissional de saúde deve disponibilizar atenção incondicional positiva ao paciente, identificando as necessidades sob a perspectiva do próprio paciente. Dados sociodemográficos, características individuais, condições de desenvolvimento, crenças e valores, constituem elementos essenciais ao estabelecimento do plano de cuidados a ser apresentado e discutido com o paciente e seus familiares.

Os Componentes da Adesão

O processo de adesão tem início quando paciente e profissional fazem o primeiro contato/contrato, que agrega um amplo conjunto de respostas e contextos como procurar auxílio, seguir prescrições, tomar medicamentos apropriadamente, retornar às consultas de acompanhamento (*follow-up*), modificar respostas e contextos de risco, implementar ações de higiene, seguir dietas, seguir orientações de restrições ou indicações para atividades físicas, entre outros. Estas múltiplas ações e recomendações podem sobrecarregar os recursos pessoais do paciente/cliente, que se encontra vulnerável, no período em que está acometido por uma doença (Johnson, 1994; WHO, 2003).

Desta maneira há, pelo menos, quatro componentes importantes na caracterização de adesão: (a) as ações do paciente - que envolvem seu nível de conhecimento e habilidades; (b) a comunicação, pelo profissional, das ações que se espera que o paciente apresente em determinada condição ou contexto; (c) as características da doença, crônica ou aguda, que relaciona tempo e investimento dispensado a tratamentos específicos; e (d) as questões relacionadas à família, à rede de apoio social na qual o paciente está inserido, a estrutura dos serviços de saúde e políticas públicas de promoção e prevenção, que podem facilitar, ou dificultar, as respostas de adesão (Malerbi, 2001; DiMatteo, 2004).

Considerando tais componentes, a adesão representa mais do que a manutenção de respostas compatíveis a uma agência de controle (um profissional de saúde, por exemplo). O indivíduo, ao longo de seu desenvolvimento, aprende que determinadas regras devem ser seguidas para obtenção de consequências reforçadoras. Em outras

palavras, as respostas do indivíduo relacionam-se tanto com as gradações nos seus estados de saúde, que decorrem de condições biológicas e ambientais, e de como os contextos de cuidado e ensino de hábitos saudáveis permitem a pessoa sentir-se bem, ou livre de dor e desconforto (Skinner, 1995).

Um bom exemplo é o comportamento de autocuidado, mantido por suas consequências. Respostas relacionadas aos cuidados com a higiene pessoal, uso de cinto de segurança, realizar exercícios físicos, buscar auxílio de um profissional, fumar, beber, entre outras, são classes de respostas que foram aprendidas e possuem uma função para aquele que as emite. Estas respostas podem relacionar-se a um processo de esquivar-se a uma provável doença ou perigo, ou a diminuição da ansiedade e do estresse diário, ou busca por suporte/apoio social frente a um contexto adverso/aversivo. Isso significa que para se compreender a resposta de adesão deve-se observar e analisar a interação entre a aprendizagem de regras e as contingências estabelecidas entre contextos de tratamento e a história do paciente (Matos, 2001).

Nos estudos sobre adesão em saúde, observa-se uma preocupação com a falta de concordância entre as orientações dos profissionais de saúde e os comportamentos dos usuários do serviço de saúde. Nesta discrepância, entre o dito (pelo profissional) e o feito (pelo paciente) há uma variedade de posturas, explicações e intervenções para modificar os comportamentos de risco de indivíduos (DiMatteo, 2004; Perini et al., 1999).

Uma análise da adesão deve identificar os resultados de saúde, as condições sob as quais o comportamento ocorre e o planejamento e implementação de estratégias realistas para a modificação do comportamento. Ou seja, cabe a pergunta - entre o dito (pelo profissional) e o feito (pelo paciente) qual foi o resultado? Como o indivíduo avalia e lida com o objetivo de sentir-se saudável? O indivíduo tem motivação para cuidar de sua saúde? Qual o custo para obtenção desta meta?

Em outras palavras, não há "cumpridores" (ou obedientes) e "não cumpridores" (ou desobedientes), mas momentos em que o paciente apresenta uma maior tendência para um ou outro comportamento de cuidado. Essas alternativas interferem sobre a resposta de busca por um tipo de cuidado ou tratamento. Por exemplo, a busca por profissionais e por cuidados pode estar relacionada a duas condições: (a) a ajuda para o alívio de um sofrimento específico; ou (b) o reconhecimento de que alguns aspectos de seu modo de vida do paciente podem ser alterados para obtenção de uma melhor qualidade de vida (Perini et al., 1999).

Neste sentido, a adesão constitui um vínculo que deve ser estabelecido e não há uma única forma, ou padrão, para o seu estabelecimento, como também não há formatos que permitam caracterizações absolutas para situações de riscos, quer seja baseado em indicadores de risco epidemiológico e/ou psicológico. Do ponto de vista epidemiológico a ação de adesão do indivíduo pode basear-se em informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade de grupos populacionais em determinados contextos. Por outro lado, a psicologia valoriza o conhecimento do desenvolvimento do próprio indivíduo em um dado contexto. Estes dois campos de conhecimento

oferecem informações relevantes, distintas e complementares sobre o processo de saúde-doença, mas não oferecem respostas definitivas (Johnson, 1994; Ferreira, 2006).

A busca por apoio e suporte para o cuidado, ou a experiência de sofrimento e dor, não são variáveis que mobilizam todas as pessoas e nem interferem do mesmo modo em todos os contextos de desenvolvimento. Ou seja, o que controla a resposta de um indivíduo em uma situação pode variar dada a percepção de vulnerabilidade (susceptibilidade) que o indivíduo elabora (Becker & Maiman, 1975), o que significa que o modo como as pessoas avaliam e aderem a recomendações é variável. Alguns estudos indicam que estimativas de adesão variam de 7% a 85% em relação às recomendações efetuadas pelos profissionais de saúde. Dados apontam que de 50 a 60% dos pacientes tendem a não seguir as orientações quando estas estão relacionadas a modificações em hábitos de saúde. Mais de 80% dos pacientes que receberam recomendações voltadas à mudança de hábitos de fumar não seguiam as orientações. Mesmo pacientes com problemas cardíacos, que passaram por cirurgia, apresentam taxa de adesão de 65 a 75% das orientações (Taylor, 2007).

Deve-se ressaltar que estes estudos destacam apenas valores percentuais, de pessoas ou de recomendações, que não são seguidas; porém, não discutem as contingências relacionadas à manutenção dos comportamentos de risco. Por exemplo, para uma pessoa idosa, aposentada e socialmente isolada, o hábito de fumar é mais do que uma dependência química, pode ser uma forma de lidar com a percepção de sofrimento e abandono.

Abordagem Psicológica da Adesão

O enfrentamento como um conjunto de respostas aprendidas em situações adversas/estressantes é um processo histórico que é afetado por variáveis contextuais. Ou seja, o modo como os pacientes lidam com situações adversas em saúde, suas crenças e seus hábitos, são variáveis que afetam o responder do indivíduo e estes comportamentos devem ser descritos e analisados em cada situação. Cabe aos profissionais de saúde a análise dos comportamentos dos pacientes, definindo-se as modalidades de manejo mais adequadas para cada situação. Por exemplo, os profissionais de saúde podem estimular a aquisição de comportamentos de autocuidados entre seus pacientes, especificando regras e/ou contingências ambientais que ajudem o paciente a manter tais respostas (Malerbi, 2001).

Destaca-se que é difícil estabelecer exatamente quais contingências mantêm o comportamento de busca pela recuperação da saúde, por exemplo, o comportamento de implementar melhores condições de higiene pessoal e dieta. Estudos observacionais têm apontado déficits significativos de habilidade tanto em crianças como em adultos no que se refere a manter comportamentos de saúde. Esses déficits nem sempre são reconhecidos pelo paciente e nem pelo profissional de saúde. Mesmo quando se detectam erros de conduta por parte do paciente, profissionais e pacientes tendem a manter o desempenho, atribuindo os erros a situações esporádicas

(Johnson et al., 1982; Sergis-Deavenport & Varni, 1983). Um exemplo clássico desta dificuldade se refere à baixa adesão e manutenção de comportamentos alimentares adequados em um esquema de dieta nutricional.

O estabelecimento de um bom vínculo terapêutico, em que as queixas do paciente são analisadas à luz de sua história de vida, passada e atual, diretamente relacionada ao seu processo saúde-doença ou, simplesmente, referente à sua condição de vida e seus hábitos, poderá interferir e possivelmente aumentar a probabilidade de maior adesão ao tratamento. Deve-se considerar, também, a duração e a diversidade de cuidados e recomendações como variáveis que influenciam as mudanças de atitudes e comportamentos de saúde que devem ser realizadas (Perini et al., 1999). Processos prolongados de tratamento, por exemplo, devem incluir a liberação de reforçamentos positivos periódicos, por parte dos profissionais de saúde, como incentivo à manutenção da adesão.

Nas atividades clínicas de rotina, o profissional de saúde deve analisar continuamente as estratégias de enfrentamento adotadas pelo paciente frente às adversidades dos tratamentos. Desta maneira, uma tarefa necessária é observar e descrever como o paciente se comporta e percebe o próprio tratamento e seu problema de saúde, segundo as contingências que lhe são colocadas em seu ambiente de convívio diário. Portanto, a história de um paciente merece, em qualquer caso, ser considerada como um todo e como uma sequência lógica (Perini et al., 1999). O paciente deve ser incentivado a relatar sua história de vida, aumentando seu autoconhecimento e tendo oportunidade de reformular conceitos e crenças.

Reconhecer as histórias, os hábitos e as habilidades dos pacientes enquanto variáveis funcionalmente relevantes à adesão, relaciona-se a analisar e implementar estratégias para o enfrentamento de situações adversas em saúde. Esta proposta coloca os comportamentos do paciente como foco da intervenção e do cuidado em saúde, por considerar que estes constituem os melhores indicadores de saúde do indivíduo. Kaplan (1990), por exemplo, argumentou que o estado de saúde é uma variável diretamente relacionada às condições de morbidade e mortalidade de indivíduos e grupos.

Morbidade e mortalidade são resultados inerentemente comportamentais. Mortalidade, ou morte, é a ausência de todo comportamento e morbidade relaciona-se à disfunção, um constructo inerentemente comportamental. Doenças e incapacidades podem causar "disfunções" comportamentais, assim como outros sintomas desagradáveis à qualidade de vida. Na perspectiva de Kaplan, deve-se estudar não apenas estes sinais e sintomas, mas identificar como estas pessoas vivem e como se comportam quando adoeceram. Em outras palavras, o comportamento (contextualizado a uma determinada situação) é e deveria ser o resultado central dos cuidados em saúde (Kaplan, 1990).

O segundo componente para uma análise da adesão - as ações do profissional de saúde - indicam os esforços do profissional para comunicar recomendações de cuidados com a saúde, embora, na verdade, evidenciem inúmeros problemas nesta comunicação. Com frequência, não é possível determinar se o paciente é, ou não,

aderente porque a prescrição médica não existe, ou é extremamente complexa à compreensão do paciente, ou, ainda, é tão vaga ao ponto de ser inútil (Johnson, 1994). Por exemplo, profissionais de saúde costumam recomendar que seus pacientes façam algum exercício físico periodicamente, mas frequentemente permanecem não ditos os detalhes quanto ao tipo, periodicidade e duração dos exercícios. Da mesma forma, advertem o paciente para evitar doces concentrados e alimentos com alto teor de gordura, no entanto, não explicitam: (a) a especificação de tais doces; (b) a descrição de quantidades possíveis, ou não; e (c) a frequência e sob quais condições podem, ou não, ingeri-los. Deve-se destacar que, além destas especificações, é essencial que essa comunicação seja seguida de uma explicação detalhada que justifique as recomendações e que se garanta que o paciente compreendeu a explicação.

Sano et al. (2002) realizaram um estudo para estabelecer a relação entre o nível de compreensão da prescrição pediátrica pela mãe, ou outro acompanhante, e os possíveis fatores causais da não-adesão ao tratamento. Os autores concluíram que os fatores relacionados com a não compreensão da prescrição pediátrica incluíam o baixo nível socioeconômico e cultural do acompanhante/responsável e fatores relacionados a interação com o profissional, tais como: a utilização de símbolos/abreviaturas, letra ilegível e orientações fornecidas apenas verbalmente e em linguagem técnica. Ressalta-se que o baixo nível socioeconômico não pode constituir um argumento do profissional de saúde para justificar a baixa adesão a tratamentos. Os profissionais de saúde devem ser incentivados a adotar estratégias de comunicação e recursos didáticos que auxiliem pacientes e acompanhantes a compreender e aderir às recomendações médicas (Silva, 2005).

Até que os profissionais aprendam como comunicar efetivamente a informação relevante sobre o comportamento de cuidar da saúde, os pacientes permanecerão não aderentes e continuarão a ter dificuldades para compreender a relação entre comportamento e saúde. Os profissionais não podem inferir que o paciente já tem o conhecimento e as habilidades necessárias, ou, pior, que não tem condições de adquiri-los. Mesmo quando o paciente diz que sabe o que fazer, ainda assim deve ser ensinado sobre os conhecimentos e/ou habilidades para desempenhar as tarefas com sucesso (Jonhson, 1994). Além disso, os profissionais de saúde devem, continuamente, oferecer oportunidades para que seus pacientes expressem a compreensão das informações que receberam, cabendo ao profissional a reformulação de informações não compreendidas ou insuficientemente adquiridas (Silva, 2005).

O profissional de saúde também deve saber identificar variáveis contextuais que facilitam ou dificultam a adesão dos indivíduos. Seidl et al. (2005), por exemplo, analisaram estratégias de enfrentamento adotadas pelos cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos infectados pela transmissão vertical. Do total de casos em uso de terapia antiretroviral (n = 39), 28 cuidadores não relataram problemas ou dificuldades na administração dos medicamentos, não apresentando queixas sobre o comportamento de adesão da criança/adolescente ao

tratamento. Nos 11 casos com problema de adesão, quatro categorias de dificuldades foram identificadas: horários de administração da medicação, gosto da medicação e/ou presença de efeitos colaterais, comportamento oposicionista e dificuldade de acesso regular ao serviço de saúde. A maior concentração de queixas foi referente à administração da medicação em horários inconvenientes e em locais públicos, como a escola.

Considerando a complexidade do tratamento, seu caráter prolongado e a exigência quanto ao alto nível de adesão para alcance de eficácia, é fundamental que as equipes identifiquem esses problemas, busquem prescrever esquemas terapêuticos simplificados, orientando e auxiliando os cuidadores, crianças e jovens no manejo comportamental da adesão.

Pesquisas relacionadas ao modelo comportamental enfatizam a elaboração de estratégias que contemplem a interação entre as respostas do indivíduo e o ambiente de cuidados com a saúde. Os estudos de Fordyce (1990), Sternbach (1974), Vanderbergue, Cruz e Ferro (2003) apresentam dados e análise sobre o alívio e controle da dor em pacientes que se submetem a tratamento e a intervenções psicológicas. Estes estudos apontam que intervenções comportamentais realizadas concomitantemente a tratamentos médicos auxiliaram os pacientes no alívio da dor, seja por oferecimento de suporte social ou por treinamento de habilidades.

Inúmeros trabalhos avaliam os efeitos de intervenções comportamentais para melhorar a adesão, sendo possível agrupá-las em, pelo menos, três categorias: (a) intervenções informacionais; (b) intervenções de treinamento; e (c) intervenções afetivas. Inseridas nas estratégias informacionais estão as ações destinadas a orientações e recomendações que devem ser oferecidas pessoalmente, por telefone, pelo correio, em grupos educativos de pacientes e familiares, ou por meio de jornal ou televisão. Pode-se considerar o papel da mídia escrita, falada ou televisiva, como um importante recurso para a sensibilização da população para preocupações com hábitos de risco ou situações de risco. A informação bem apresentada pode ser o primeiro passo para o estabelecimento de uma adesão (Bennet & Murphy, 1999).²



EXERCÍCIO COMENTADO

01. (IBFC/2016 – SES/PR) No acompanhamento psicológico de pacientes que possuem doenças crônicas, um aspecto importante a ser considerado é o da adesão ao tratamento, que pode sofrer influência de diversos aspectos, sendo um deles a relação médico paciente. Assinale a alternativa cuja estratégia de abordagem deste paciente pela equipe de saúde não contribui para a adesão ao tratamento neste contexto.

- Ser seletivo, dar pequena quantidade de informação a cada consulta, para que o paciente possa assimilá-las gradualmente.
- Trabalhar com a ideia de cura e doença que o paciente possui e com isso desconstruir fantasias que possam atrapalhar a adesão.

² Fonte: www.uel.br/www.pepsic.bvsalud.org

- c) Empregar ajuda para a memória, como por exemplo, associar o horário da medicação com o horário das refeições.
- d) Dar todas as explicações a respeito da doença, empregando linguagem técnica, com jargões médicos, para que o paciente se sinta seguro da conduta da equipe.

Resposta: "D"

Como vimos em nosso conteúdo, há, pelo menos, quatro componentes importantes na caracterização de adesão, as ações do paciente, a comunicação, pelo profissional, das ações que se espera que o paciente apresente em determinada condição ou contexto, as características da doença, crônica ou aguda, que relaciona tempo e investimento dispensado a tratamentos específicos e as questões relacionadas à família, à rede de apoio social na qual o paciente está inserido, a estrutura dos serviços de saúde e políticas públicas de promoção e prevenção, que podem facilitar, ou dificultar, as respostas de adesão. Sendo assim, deve-se respeitar o nível de conhecimento e habilidades do paciente para passar a ele as questões referentes à doença, numa linguagem que permita uma compreensão mútua (profissional e paciente), não pode ser nada que gere impacto para que a reação do paciente não seja negativa e fuja da adesão ao tratamento.

MORTE, TERMINALIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL

Enfatizar a prática não implica oferecer receitas ou fórmulas prontas nem desbancar a teoria. Ao contrário: a atividade cotidiana lança indagações e desafios aos quais o psicólogo deve responder criativamente, buscando fundamentar seu trabalho num referencial teórico consistente (psicanálise, psicologia analítica, psicologia social, análise do comportamento etc.). É no avanço articulado entre teoria e prática que se vai definindo sua identidade na equipe.

Aspectos psicológicos e culturais da morte.

Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida de todo ser humano, sendo a mais universal experiência, ou seja, algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos psicológicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que imprime às coisas.

No decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas a morte recebeu e recebe significados variáveis. Deste modo, o que psicologicamente na Idade Média era percebido como um processo da vida, na Modernidade passou a ser sentido como fracasso e vergonha. Nossa relação com a morte vem se transformando através dos séculos em decorrência de modelos econômicos e científicos-tecnológicos.

Diferentemente das demais experiências humanas, só conhecemos a morte do outro e a vivência de quem morre não nos será dada à conhecer. Só conheceremos o morrer quando de nossa própria morte. Assim, este fenômeno da vida desperta grande temor na maioria dos seres humanos.

Por que a morte e o morrer despertam tanto medo em cada um de nós? Para respondermos a esta questão temos que acessar os sentimentos que expressam a dificuldade em lidar com a nossa finitude. Este sentimento é parte natural do comportamento humano, e nas culturas que a percebem como acontecimento natural, o medo de morrer não está presente. Entretanto, como dito anteriormente, para o homem ocidental moderno, a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha, causando desconforto e reações de repulsa, horror e sofrimento mesmo ao falarmos sobre ela.

Se pensarmos na finitude da vida, verificaremos que a morte engloba tanto a finitude física quanto a finitude social, ou seja, a morte de um corpo (biológica) e a morte de uma pessoa (MARTINS, 1983). A morte de uma pessoa significa, normalmente, dor e solidão para os que ficam e não somente a destruição de um estado físico e biológico da matéria. Ela marca o fim de um ser de relações, relação com um outro ser, e o vazio por ela deixado não atinge somente as pessoas que conviviam com quem morreu, mas também a toda rede social do morto (RODRIGUES, 1983).

A vida e a morte coexistem no espaço do corpo desde a concepção e os contrários tornam-se um só em um diálogo em que nunca desaparecerão. Assim, o início e o fim, os segundos e o nada, os opostos e os contrários falam à natureza humana, habitando o corpo com o paradoxo da vida e da morte.

Morte e morrer são palavras que as pessoas costumam evitar dizer e duas questões sobre as quais a maioria de nós procura não pensar. Essa dificuldade de conviver e de trabalhar com a ideia da morte atrapalha a sua elaboração e impede que se lide com tranquilidade com as perdas, que são naturais e ocorrem inevitavelmente ao longo da vida.

A morte faz parte da vida e é um ritual de passagem do qual não se pode esquivar, pois todo aquele que nasce um dia também morrerá. Mas apesar de se reconhecer a inevitabilidade da morte ainda existe muito tabu diante deste fato e o silêncio é utilizado como um subterfúgio para melhor lidar com o acontecimento.

Este estudo teve como objetivo geral investigar na literatura as várias leituras da morte através de uma análise conformativa e mais especificadamente abordar os principais aspectos que facilitam e dificultam a elaboração do luto.

Problematiza a necessidade de um aprofundamento sobre o tema e os inúmeros questionamentos sobre os meios de minimizar a angústia e o medo que envolve o homem diante da morte, da infância à velhice, percorrendo através de um breve histórico a abordagem dos aspectos psicológicos que giram em torno da mesma. Para tanto, buscou-se aporte teórico em Ariés (1989), Assunção (2005) Bowlby (1984), Cassorla (1998), Kóvacs, (1998; 2002), Kübler-Ross (1996/1998), dentre outros.

A Morte e o Homem: um breve histórico

O homem sempre viveu sob o impacto da morte. No século XIV, por exemplo, a “peste negra” que determinou graves perturbações econômicas, sociais e psicológicas, caracterizou a visão catastrófica da morte que atormentava e angustiava a sociedade. A morte era prematura, infligia tormento insuportável e tornava o homem um objeto repugnante para si e para o outro. Adultos e crianças sabiam que logo morreriam e o indivíduo arcava sozinho com a fúria da “morte negra”, pois a defesa tecnológica era insuficiente, os procedimentos médicos eram inúteis e o controle, os ajustamentos sociais, a religião e a magia tampouco ajudavam. A morte, portanto, era inevitável.

Vale dizer que a esta época não havia promessa de gloriosa imortalidade e a morte era vista como terror e fonte de castigo. A expectativa de vida era limitada, havia maior proximidade física com a morte e sensação de pouco ou nenhum controle sobre a natureza.

Assim, a morte, embora temida, era considerada natural durante a idade média, passando a ser ocultada a partir do século XIV. Se na antiguidade o homem jamais perdia de vista a idéia de que iria morrer, mais tarde adota a mentira sistemática ou o silêncio, como forma de afastar do cotidiano a morte inevitável.

O século XIX caracterizou-se por uma preocupação interessante, por parte das mulheres e dos clérigos, em fazer com que as crianças mortas fossem imaginadas vivas num além parecido com uma “Terra sem Mal”, onde esperavam a reunião de toda a família. A mãe idealizava a criança morta e chegava até a servir-se dela como um anjo ou santo, perpetuando as suas formas idealizadas através de estátuas, de forma a comover violentamente a todos que as vissem.

Ariés (1989) (apud. Angerami-Camon- Org) aponta uma significativa mudança em relação às atitudes perante a morte nas sociedades ocidentais a partir do século XX, em que cada vez mais a morte é banida do discurso cotidiano, é afastada, ocultada e temida.

Na sociedade atual, prevalece a negação da temática morte. Esta negação da existência da morte causa grandes dificuldades aos adultos em nível existencial, bem como dificulta, sobremaneira, a adequada compreensão do processo pelas crianças. Antigamente, o velório ocorria na casa do morto, contando com a participação da família, amigos, parentes e comunidades. O velório caracterizava-se pelo momento de rever e se despedir do falecido, estimulando as emoções, trazendo-as à tona para que se baixassem as defesas diante da situação da morte.

Atualmente, em contrapartida, o velório ocorre longe das casas dos mortos e o enterro é providenciado o mais rápido possível. Em ambos, as demonstrações de pesar ou lágrimas são desencorajadas. Não raro, expressão como “o homem não chora”, “seja forte”, “foi melhor assim”, são fatores de repressão dos próprios sentimentos, principalmente em se tratando de sentimentos expressados pelo sexo masculino. No caso das mulheres enlutadas, é esperado que “cuidem” dos que ficaram, sejam eles filhos, companheiros, irmãos, genitores, enfim não se pode “chorar” o morto, pois a vida à sua volta continua e a mulher tem um “papel” fundamental na situação de bem-estar dos familiares vivos.

O significado da morte vem sendo estudado, sofrendo influências históricas e culturais ao longo do tempo. Da mesma forma, os rituais a ela relacionados variam de acordo com a história de um povo e sua cultura. O homem moderno tem procurado mecanismos que permitam o distanciamento da morte mediante cuidados com a saúde física, evitando ou se protegendo contra os riscos da morte antecipada, não se expondo a situações de muita vulnerabilidade e riscos desnecessários.

Fugir da morte ou do enlutamento pode ser perigoso. Cassorla (1998) chama a atenção para o problema resultante do luto mal-elaborado quando o mesmo, tal qual doença contagiosa é afastado por várias gerações de uma família, o que pode trazer danos futuros aos seus membros no que tange à baixa do sistema imunológico com consequente aparecimento de doenças, como também colaborando com o desenvolvimento de comportamentos antissociais, como a criminalidade, o uso de drogas e o suicídio.

Vale ressaltar que o luto mal elaborado também se encontra presente entre os profissionais de saúde que lidam diretamente com pacientes terminais, que tendem a não expressar seus sentimentos de tristeza, de dor e de pesar por meio do abafamento dessas sensações, em busca da eficácia de suas atividades laborais. Porém, ao camuflarem os seus sentimentos de pesar, estes profissionais podem comprometer a relação com seus pacientes pelo fato deles se apresentarem-se formais e impessoais no trato com os mesmos (KÓVACS, 1998; 2002; KÜBLER-ROSS, 1996; 1998)

Segundo Kastenbaum e Aisembesrg (1983), a morte sempre existiu, mas nem sempre teve representações nítidas em nossas mentes. Portanto, precisamos morrer, até porque iremos ajudar a perpetuar a espécie que se nutre da morte de seus indivíduos para se preservar.

O processo de luto ocorre quando perdemos alguém muito próximo. A maioria das pessoas enlutadas é capaz de com o tempo, e com a ajuda da família e amigos, de reconciliar-se com sua perda e retomar as suas atividades normais. Para outras, no entanto, é indicado ajuda psicoterapêutica.

Para Worden (1998), é essencial que a pessoa enlutada realize quatro tarefas básicas, antes que o processo de luto possa ser completado. Segundo ele, tarefas de luto não elaboradas podem prejudicar o crescimento e desenvolvimento futuros. Diz que essas tarefas não precisam ser necessariamente seguidas, em ordem específica, mas ele sugere a seguinte ordem:

- I – Aceitar a realidade da perda;
- II – Elaborar a dor da perda;
- III – Ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu;
- IV – Reposicionar, em termos emocionais, a pessoa que faleceu e continuar a vida.

De acordo com Freud (1913, p.65) “o luto tem uma tarefa física que precisa cumprir: a sua missão é deslocar os desejos e lembranças da pessoa que faleceu”. Assim, como a criança passa por etapas para seu desenvolvimento saudável as etapas do luto também precisam ser vivenciadas para que não ocorram traumas ou danos futuros.

A tanatóloga e psiquiatra Kübler-Ross (2004, p.561) em seu trabalho com doentes em fase terminal, verificou que na maioria dos casos os mesmos recebiam de bom grado a oportunidade de falar abertamente sobre sua condição e sabiam que estavam perto de morrerem, embora não recebessem informação sobre esse fato.

Depois de falar com 500 pacientes terminais, Kübler-Ross (1969-1970) definiu cinco estágios durante o processo de reconciliação com a morte, são eles:

- I - Negação (recusa em aceitar a realidade que está acontecendo);
- II - Raiva (as pessoas ficam frustradas e com raiva por estarem doentes e podem transferir sua raiva para o pessoal do hospital e para os médicos);
- III - Barganha (os pacientes podem tentar negociar com médicos, os amigos ou mesmo com Deus em troca de cura, prometem, fazem doações, frequentam igreja);
- IV - Depressão – neste estágio, os pacientes apresentam sintomas clínicos de depressão, retraimento, retardo mental, perturbação do sono, desesperança e possivelmente ideia de suicídio;
- V - Aceitação – neste último, os pacientes compreendem que a morte é inevitável e aceitam a universalidade da experiência. Seus sentimentos variam de humor neutro e eufórico, e em circunstâncias ideais, resolvem seus sentimentos para com a inevitabilidade da morte e conseguem falar sobre o enfrentamento do desconhecido.

Para Kübler-Ross (1998), nem todas as pessoas passam por estes estágios e algumas podem passar por eles em sequência diferente, oscilando entre a raiva e a depressão ou podem sentir ambas ao mesmo tempo.

Aspectos Psicológicos da Perda

A perda de um ente querido é uma experiência muito difícil, pois quaisquer tristezas, sejam elas simples ou graves, impactam negativamente o psiquismo do indivíduo. As pessoas que fazem parte da nossa vida têm um significado especial, são preciosas e por mais que todos nós saibamos que um dia vamos morrer, e que a qualquer momento podemos perder alguém querido, não se pode imaginar o sofrimento e as consequências que esta perda pode trazer.

Sabe-se que a perda de um ente querido impõe a familiares e amigos a aceitação da morte e de sua irreversibilidade. A partir desse momento essas pessoas começam uma nova etapa de suas vidas. Conseqüentemente desfazem os laços que os uniam e reorganizam suas vidas para aprender a viver sem aquele que partiu.

Acontecem várias mudanças tanto psicológicas quanto espirituais e alterações na rotina das pessoas para sempre. De acordo com Pitta (1999) algumas características dos aspectos psicológicos são:

- Insensibilidade e descrença: a pessoa se conforma com o que aconteceu, mas nada sente, é normal esse sentimento durar horas ou dias. A pessoa enlutada diz "eu não posso acreditar.", mostrando que a verdade dolorosa ainda não foi aceita.

- A procura: muitas vezes a pessoa tenta encontrar com aquela que morreu indo ao cemitério, perambulando pelos cômodos da casa e outros lugares.
- Raiva: algumas pessoas tentam responsabilizar alguém pela morte. Muitas vezes dirigem essa culpa aos profissionais da área da saúde, outras ficam furiosas com Deus e há a negação da fé.
- Culpa: a pessoa se sente culpada pela morte do ente querido
- A ansiedade: a pessoa fica inquieta, pois sua rotina foi quebrada.
- Lamentação: quando a perda foi reconhecida, começa o período de lamentação.
- Sensações corporais: é normal ouvir a voz, os passos, ver o rosto da pessoa no meio da multidão.
- Atitudes e maneiras do falecido: a pessoa enlutada assume alguns papéis do falecido, negócios, trabalhos inacabados, etc.
- Depressão e desespero: a pessoa se sente desamparada sem nenhum objetivo de vida, nada mais lhe importa.

Depois das características demonstradas pode-se perceber que cada pessoa reage de maneira diferente diante da situação da morte de um ente querido. Apesar de a morte ser o que temos de mais concreto em nossas vidas, Zimmernam (2000, p.117) enfatiza que junto com a perda da pessoa existe o final de uma fase da vida:

As perdas são parte da vida: quando morre a mãe, morre também parte da nossa infância e adolescência; quando morre um filho, morre em nós o futuro previsto junto àquele filho, o sonho de vê-lo um profissional, pai de nossos netos, a pessoa que nos acompanharia até o fim de nossa vida.

As perdas são necessárias porque para crescer temos de perder, não só pela morte, mas também por abandono, pela desistência. Em qualquer idade, perder é difícil e doloroso, mas só através das perdas os seres humanos tornam-se plenamente desenvolvidos. Cabe salientar que as perdas incluem não apenas separações e abandonos, mas também a perda consciente ou inconsciente, de sonhos românticos, ilusões de segurança, expectativas irreais e outras. As perdas que enfrentadas ao longo da vida e das quais não se foge são basicamente duas: - Que o amor de nossos pais não é só nosso. - Que nossos pais vão nos deixar, e que nós vamos deixá-los.

Vale ressaltar que para o processo de recuperação ser facilitado é indispensável a ajuda e amizade de outras pessoas que já tenham passado por essa experiência. Os sentimentos de ansiedade e insegurança desaparecem aos poucos, dando lugar à confiança. Depois que a tristeza passa a pessoa descobre que pode retornar às suas atividades e outros interesses.

Segundo Freud, (1999 apud Torres) "A vida, por, mas breve que seja, merecerá sempre ser vivida em toda sua plenitude. Nem a morte consegue ofuscar a validade de seus belos e inesquecíveis momentos."

Como os membros de uma sociedade negadora da morte, carecemos de recursos para acompanhar esse estágio final da vida, sobretudo quando é uma criança que está morrendo. A morte de uma criança é um insulto, é

traumática e suscita culpa. Não obstante, "a morte não segue um horário previsível, ela escolhe seu próprio tempo e lugar" (KÜBLER-ROSS, s/d).

No câncer, a título de exemplo, quando de longa duração e sem perspectiva de cura, configura-se a fase terminal. Assim, não havendo mais recursos para deter o curso da doença e da morte, duelar com a doença somente traria mais sofrimento para o paciente e aqueles que o cercam. Neste caso, afirma Perina (1994), com o diagnóstico do câncer se conhece o mundo das doenças e com as recaídas, a incerteza do futuro e a possibilidade de ficar para sempre aprisionado no mundo subterrâneo da morte.

Feigemberg (1980) diz ser significativo o fato de a terminologia psiquiátrica e psicológica ter poucas palavras descritas para variedades de emoções e modos de reação ao morrer. A morte, na visão do autor, não é uma doença e não pode ser descrita somente em termos médicos e biológicos. Afirma ainda que, por tradição prevalece o lado biológico do morrer e da morte, e este é usualmente o ponto de referência. Mas o morrer tem um aspecto psicológico que é dominante, pois enquanto o componente biológico se torna cada vez mais uniforme – caracterizado por sintomas inespecíficos tais como fadiga e dor –, o componente psicológico se torna cada vez mais dinâmico e repleto de experiências emocionais.

O luto, como já se analisou, passa por um curso que vai de um choque inicial passando pelo desespero para chegar à recuperação e restituição, e pode se manifestar por diversos sintomas tais como choro, perturbações somáticas, perturbações do sono, reações hostis, culpa e depressão. Além disso, em todo o luto há inevitavelmente tristeza e raiva. A família está triste porque está perdendo uma relação significativa e, de certa forma, está morrendo junto com a pessoa querida.

As Reações Psicossomáticas

O pesar nunca é limitado pela psique. Há também uma morbidez enorme originária das condições relacionadas com a tensão. Os ataques de colite ulcerativa, por exemplo, podem coincidir ou estar intimamente ligados com a perda do ente querido. De forma igual aumentam outras patologias de caráter auto-imune nas pessoas recentemente enlutadas.

Como se sabe, são características aqui as hipocondrias. Quando passageiras, fazem parte do pesar típico; mas se persistentes, indicam a necessidade de uma ajuda maior. Quando um paciente é deixado sozinho para educar uma jovem família, uma preocupação muito grande com sua saúde é uma consequência da ansiedade em que viverá sobre quem assumiria as tarefas se ele ou ela adoecesse. Sentir os sintomas da moléstia do falecido é um fenômeno de identificação, observado, sobretudo, no pesar crônico, ou um substituto parcial do pesar.

Não é de causar surpresa, em alguns casos, que a depressão associada ao pesar típico atinja formas mais graves. Nesses casos, pode-se chegar ao risco de suicídio. As ideias suicidas, muitas vezes, são uma manifestação do desejo de unir-se ao falecido e isto pode ser tolerado e elaborado com ajuda. Para outros pacientes, a vida realmente parece não valer à pena, ou aparecem ideias

delirantes de culpa ou de malvezes. Isso deve ser levado a sério e a internação hospitalar de faz necessária, especialmente se o paciente vive sozinho.

A dor da perda, quando normal, pode ser assistida por amigos e familiares do enlutado, com a assistência necessária durante os funerais e, talvez por algumas semanas mais. Quando esta perda se configura em patologia, precisa de tratamento. As pessoas em isolamento social têm a possibilidade de um processo de pesar mais complicado, portanto necessitam de uma ajuda maior e mais prolongada.

Os Profissionais Diante da Morte

A maior parte dos profissionais da área da saúde, na sua lide cotidiana, está exposta à visão de morte mais que o restante da população, o que não os deve impedir de se preocupar e refletir sobre ela. De acordo com Pincus (1989), a morte é um acontecimento importante e deveria ser dado a estes profissionais o mesmo tempo de pesar que às outras pessoas, o que nem sempre acontece. Ao enfrentarem uma morte após outra, os profissionais da saúde podem imergir em um quadro de tristeza que pode levá-los ao estresse, provocando ora cansaço, ora atividade exagerada, cursando irritabilidade com outros problemas, o que eventualmente prejudicará sua eficiência no trabalho, podendo interferir na sua vida pessoal e familiar.

Morte e morrer são palavras que as pessoas costumam evitar dizer e duas questões sobre as quais a maioria de nós procura não pensar. Essa dificuldade de conviver e de trabalhar com a ideia da morte atrapalha a sua elaboração e impede que se lide com tranquilidade com as perdas, que são naturais e ocorrem inevitavelmente ao longo da vida.

O luto é o sentimento de pesar ou de dor pela morte de alguém querido. O processo de luto e consternação pode ser breve e duradouro, de início súbito ou tardio, de pouca ou maior intensidade. Muitas pessoas descrevem um atordoamento como a primeira reação após a perda, que associado à negação, age como protetor que ameniza o sofrimento. No entanto, o luto é necessário para se encontrar um posterior equilíbrio e a sensação devastadora da perda requer, naturalmente, algum tempo para que possa ser processada.

A forma concreta de lidar com a morte e expressar o luto varia muito. Assim, pode ir de uma rápida superação até o extremo da obrigação de mostrar aos outros sentimentos de tristeza, dor e desespero por um longo período. Já outras pessoas permanecem enclausuradas no afastamento causado pelo pesar porque, embora solitárias e desoladas, isto as protege da tensão do ajustamento a um novo papel. Paradoxalmente é a difícil arte de sobreviver à ausência de pessoas queridas que nos torna aptos a recomeçar a vida.

Os sentimentos de ansiedade e insegurança desaparecem somente aos poucos, para dar lugar à confiança. Este processo de começar de novo pode ser facilitado com a ajuda e a amizade de outros que já tenham passado por uma experiência similar, tanto informalmente como por intermédio de uma organização.