

A COMPREENSÃO DO PONTO DE VISTA DE USUÁRIOS DO SETOR DE REABILITAÇÃO E SUAS NECESSIDADES

Mariana Antonelli (Uni-FACEF)

Amanda Guimarães(Uni-FACEF)

Fernanda Bardy (Uni-FACEF)

Sandra Junqueira (Uni-FACEF)

Profa. Dra. Patrícia Franco Espírito-Santo (Uni-FACEF)

1 – INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é o total bem estar biopsicossocial da pessoa e não somente a ausência de doença”. (SANTOS; SEBASTIANINI, 2001, p.149). De acordo com estes autores no Brasil, a prática da saúde instalada há mais de 30 anos é curativa, e em se tratando de reabilitação e cuidados paliativos poucos têm acesso ao serviço.

Muito se fala sobre um possível descaso no setor de saúde do país, visando primitivamente a cura, sem se preocupar com as outras dimensões do humano, que envolvem o antes e o depois dos estágios do processo saúde-doença.

Segundo Kahhale (2003) inicialmente a saúde do homem era vista de forma fragmentada e o médico tinha o poder total de diagnóstico e formas de tratamento. A partir de 1970, o profissional da psicologia começou a participar na atenção aos cuidados primários do sistema de saúde vigente, ou seja, prevenção e promoção à saúde, uma conquista da luta por parte dos próprios psicólogos.

Para a autora supracitada o psicólogo, a partir da experiência comunitária com equipes interdisciplinares, se insere também nos hospitais para atuar em enfermarias e ambulatórios. Surge então, a “especialidade” da psicologia hospitalar. A ação do psicólogo hospitalar estava focada em facilitar o processo de tratamento, porém com pouca autonomia profissional. Entretanto pode-se dizer que a psicologia no ambiente da saúde pode ampliar o processo de socialização na assistência às pessoas (à comunidade) e ajudar as relações interprofissionais.

Desta forma observamos que o psicólogo hospitalar, devido à especificidade dos atendimentos, adéqua seu trabalho aos problemas particulares que vão surgindo, e em atitude constante de um pesquisador, busca compreender o modo de viver a saúde e a doença, as limitações e dificuldades institucionais. Esta prática

envolve um projeto de intervenção para uma possível transformação das pessoas envolvidas biopsicossocialmente na situação vivida: usuários, profissionais e instituições.

Para Angerami (1996) durante muito tempo a psicologia hospitalar vem utilizando recursos técnicos e metodológicos de outras áreas do conhecimento psicológico. Entretanto, é importante o psicólogo hospitalar compreender o que está envolvido nas queixas, no sintoma e na patologia, ler nas entrelinhas o que é dito, e o não-dito, percebendo o paciente em seu momento de ser ou estar doente, para que haja uma real contribuição para com o processo de enfrentamento vivido pelo paciente, visando uma melhor forma de ajudá-lo em seu contexto, pós-experiência hospitalar.

Ainda segundo o autor acima citado, previamente à humanização nos hospitais, há de se pensar em humanizar nossa própria teorização, ou seja, nossa hipótese sobre os fatos, sem desconsiderar a realidade dos mesmos. Sendo assim, o respeito pela dignidade da vida, o amor e respeito pelos pacientes, a inserção do profissional da escuta e da palavra no ambiente hospitalar, vêm sendo preocupações importantes por parte da psicologia hospitalar, que ainda é uma especialidade em fase de estruturação.

Além de uma teorização mais humanizada, reforçamos que a fala, o olhar, as ações diante de cada paciente precisam também tornar-se mais humanos. Esta mudança tende a ocorrer com a prévia humanização dos profissionais da saúde, sendo importante atentar-se para o próprio processo de formação acadêmica. Acreditamos que uma formação acadêmica inovadora e com respeito ao outro possa ser entendida e assumida por quem já vivencia este aspecto humanizado em suas relações familiares e sociais.

Por outro lado, acreditamos também em oportunidades acadêmicas, profissionais e sociais com características transformadoras das relações humanas e é nesta linha de trabalho/pensamento que transcorreu o Estágio Básico IV do Uni-FACEF realizado pelos alunos do 2º. ano de psicologia da instituição.

No momento do estágio ir a campo nos permitiu um olhar privilegiado, observar o usuário em vários aspectos, provocando o interesse em pesquisar a dinâmica da interação social, na prática, não especificamente em relação ao psicólogo, mas ao atendimento institucional, ou seja, a realidade dos atores sociais

no contexto pesquisado, de forma que pudéssemos assim ter um olhar contextualizado e não meramente teórico da realidade da instituição.

2- OBJETIVOS

O estágio realizado, com caráter de pesquisa observacional teve como objetivos (RIBEIRO, ESPÍRITO-SANTO, 2007):

- 1- proporcionar os primeiros contatos dos alunos com a demanda por intervenções psicológicas (conhecer a população de usuários e suas demandas)
- 2- discutir com alunos-estagiários a importância do psicólogo na área em questão, identificando seu papel (conhecer como os usuários avaliam o atendimento que recebem).

3- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O estágio/pesquisa transcorreu sem divisão por áreas, mas sim visando a Instituição, com carga horária mínima de 30 horas, realizado no segundo semestre de 2007 com supervisão de uma docente do Uni-FACEF.

O local de sua realização foi um hospital público do município de Franca, interior do estado de São Paulo, que atende Franca e região, com uma média de atendimentos de 600.000 pessoas/mês.

O estágio/pesquisa foi centralizado no Centro de Reabilitação do hospital, cuja prestação de serviços é realizada por uma equipe multiprofissional, e há preocupação com a readaptação dos usuários à vida social e à vida profissional ¹.

Conforme Portaria GM/MS nº 818, de 05 de junho de 2001, essa equipe, normalmente é composta por médicos (fisiatria, neurologia, ortopedia, psiquiatria, etc.), fisioterapeutas, dentista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social e psicólogo.

Depois de cumpridas as exigências da instituição (contrato de seguro, fotocópia de documentos de identificação, carteira de vacinação, crachá, bata-uniforme, curso de capacitação e reunião com supervisora operacional, assistente social e psicóloga) os alunos iniciaram o trabalho de campo.

As visitas ocorreram semanalmente, com a duração de 2 horas e supervisões inicialmente quinzenais e posteriormente semanais.

Utilizou-se no trabalho a metodologia qualitativa que de acordo com Martins e Bicudo (2005) questiona, e põe em dúvida, o valor da generalização, diferenciando-se da pesquisa comum feita em moldes tradicionais.

A modalidade utilizada foi a observação participante, na qual o principal instrumento de pesquisa é o investigador num contato direto, freqüente e prolongado com os indivíduos a serem observados em seus respectivos contextos.

A técnica utilizada foi a entrevista semi-estruturada, que é composta de perguntas abertas, para nortear o entrevistador na direção que lhe convém. O entrevistador tem a autonomia de incluir novas questões, podendo utilizar da melhor maneira o tempo disponível (TRIVINOS, 1987)

Recorremos também ao uso do diário de campo, para o registro de nossas impressões, sentimentos, dificuldades, enfim para que descrevêssemos os momentos vividos na instituição.

3.1- Os colaboradores

Nossos colaboradores foram os usuários do Centro de Reabilitação. Participaram da pesquisa nove pacientes com idade variando entre 38 e 79 anos, de ambos os sexos, todos moradores do município de Franca, com tempo de freqüência ao centro variando entre 4 meses a 3 anos.

3.2 - Os Instrumentos

Elaboramos em equipe um roteiro de entrevista que, seguindo a descrição de (PATTON, 1990) tem o formato de um questionário, previamente padronizado para facilitar a análise dos dados. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

3.3- Análise

Depois de repetidas leituras da transcrição literal das entrevistas realizadas, foi efetuada uma pré-análise de conteúdo, segundo os moldes propostos por Minayo (1996), identificando os temas abordados pelos participantes, e organizando-os em categorias. Em seguida foi elaborada uma discussão, fazendo pontes com a literatura especializada na área.

3.4- Aspectos Éticos

Seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes e a entrevista só foi realizada depois de cumprida a etapa de esclarecimentos da mesma aos participantes.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optamos por apresentar resultados e discussão conjuntamente. Definimos a categoria, exemplificamos com a parte correspondente da entrevista transcrita, na íntegra, e posteriormente buscamos entender o colaborador à luz da teoria psicológica.

4.1- Posicionamento frente à doença:

Aqui buscamos apresentar como os colaboradores encaram a doença e de que forma se comportam frente ao tratamento. Vimos emergir nos relatos a **aceitação**, muito presente na narrativa do Sr. M. Trata-se da aceitação da doença, da dor, da própria vida que não lhe foi fácil em vários momentos. Ele nos diz:

Bom, dor eu acho que não para né, tem uma tia que operou e não adiantou nada ela continua sentindo dor, a dor não tem jeito não.... com o tempo, a idade, a alimentação, vai piorando né, porque vai passando o tempo vai desgastano mais, aí tem que fazer outros tratamento, cirurgia, aí vai complicano.

Como bem explica Angerami, (1996, p. 18):

“Aceitação – Estado psicológico onde há a compreensão real dos limites e possibilidades impostas pela doença, hospitalização, tratamento e a vida, com a ocorrência de flexibilidade e fluência para lidar com a crise que se instalou. Nesse caso, a ansiedade encontra-se em nível suportável para o paciente, família e equipe de saúde.”

Sr. M. tem um julgamento realístico de sua doença e como bem explicou várias vezes durante a entrevista, ele adaptou sua vida e realidade hoje presente,

facilitando sua rotina, já que tem consciência das limitações físicas que a doença lhe provoca. Ele diz:

...no começo antes da fisioterapia, tava ruim mesmo, porque no meu trabalho se esforça muito, levanta, agacha, aperta, empurra carro, ontem mesmo eu ajudei a empurra carro, por isso ta ruim hoje, mas se não pode para né... eu tamem não abuso, fico quieto, fico descansando, pra poder trabaia, agacha, levanta, porque fazer as coisa certinho sê não faz.

Ele sabe, então, os momentos em que vai sentir dor e porque sente, sabe que necessita do tratamento e o faz corretamente, afirmando em sua frase que quando não faz os movimentos corretos a dor estará presente. Confirmando a teoria, verificamos que em nenhum momento o sentimento de ansiedade estava presente frente à doença porque ele a aceita já como parte de sua vida.

Angerami, (1996, p. 150) ressalta que “O doente crônico esta lutando constantemente no sentido de compreender e aceitar a doença para, assim, conseguir vivê-la.”

4.2- Percepções do atendimento prestado

Nesta categoria são apresentadas as percepções do paciente sobre a qualidade do atendimento e também sobre a equipe que o atende.

A Sra. H. nos diz:

Ai, antigamente as pessoas tratavam a gente como se a gente não fosse nada, eles nem olhavam pra gente quando atendia, ia lá, não falava nada, fazia o serviço e ponto, acabou né? Às vezes a gente precisa de atenção de um sorriso, essas coisas viu? De que adianta te dar remédio se nem vai lembrar da sua cara depois né? É bom encontrar aquela pessoa que te atendeu na rua e ele lembrar seu nome, falar oi. Outro dia encontrei a moça que trabalha aqui e ela me falou ‘Oi d. H’, ela lembrou de mim, fiquei contente.

Com a evolução da medicina e todas as inovações que surgiram, o tratamento aos pacientes não se restringe apenas as técnicas curativas, estende-se as técnicas preventivas e aos centros de reabilitação que proporcionam um tratamento tanto ao paciente quanto a família trazendo assim, uma melhor qualidade de vida para todos. (CZERINA, 2003)

Antigamente isso não existia, principalmente para pessoas que moravam na zona rural com acesso mínimo à saúde. Esta evolução causa uma sensação de conforto que vem da atenção e dedicação dos profissionais envolvidos com esse tipo de trabalho.

4.3- Demanda de atendimento

Nesta categoria são apresentados os desejos do paciente no que se refere ao ideal de serviço que gostariam de ter. Alguns pacientes se mostram muito satisfeitos com todo o serviço. Outros como o Sr. M. ponderam:

Hátem que te mais pessoa né, trabalhano, mais equipamentos, porque do jeito que ta, é muita gente que fica na fila. Tem uma tia minha que ta esperano pra faze fisioterapia. Tem que aumenta mais, ter mais pessoal, pra pode atende todo mundo, porque é muita gente, é criança, é idoso, é gente de fora, não tem pra onde corre, vem tudo pra cá, tem que melhora o sistema.

A carência de equipe profissional se caracteriza na grande maioria das instituições hospitalares públicas do Brasil, que ainda necessita de uma política de saúde séria e completa para a realidade brasileira.

Entretanto em outros momentos da entrevista Sr. M. disse que tudo estava ótimo em seu atendimento não denotando nenhuma reclamação que não a carência de uma equipe maior, fazendo-me acreditar na perspectiva que Angerami (1996, p.171) descreve:

Existe o paciente que nada questiona e de nada se queixa à equipe, por receio de incomodar, com medo de decepcioná-los, de não corresponder às suas expectativas, de fracassar e assim frustrar aqueles que estão tentando fazer com que melhore. O paciente que se comporta assim mitificou a imagem do profissional de saúde, e nesse processo distanciou-se deste. Essa atitude é perniciosa tanto para o paciente quanto para a equipe, a medida que pode inviabilizar o tratamento, ou mesmo complicar a conduta da equipe, pois esta não conta com informações fidedignas por parte do paciente.

Acreditamos ser necessário, principalmente por parte dos promotores de saúde, o estímulo para o dialogo do paciente com estes na busca de melhores condições de tratamento, e a formação do vínculo que, como descrito acima, é de suma importância na busca de melhores condições de vida e conseqüentemente de saúde.

4.4- Sentimentos/attitudes despertados pela doença

Nesta categoria verificamos o quão é subjetivo o processo desencadeado pelo adoecimento. Vimos nesta categoria emergirem várias questões, entre elas o sentimento de **culpa**

Para a Psicologia Humanista-existencial, especialmente a da linha rogeriana, a culpa é um sentimento como outro qualquer e que pode ser "trabalhado" terapêuticamente ao se abordar este sentimento com aquele que sofre. Para esta linha da Psicologia, um sentimento como esse, quando chega a ser considerado um obstáculo por aquele que o sente, é resultado de um inadequado crescimento pessoal mas não é considerado uma psicopatologia. Para os rogerianos todas as pessoas têm uma tendência a atualização que se dirige para a plena auto-realização; sendo assim, o sentimento de culpa pode ser apenas limitação momentânea no processo de auto-realização.(CINTRA,1997).

Porque às vezes você vê que por exemplo a minha filha deixa de fazer umas coisas pra ficar aqui comigo,pra me trazer,ela gasta com gasolina pra condução,às vezes eu me sinto um peso viu?Minha dor impede de eu conversar com algumas pessoas que eu gosto,me virar sozinha né?Ai eu sinto que empatando a vida dela.

Dona H. se diz sentir um peso por não poder fazer as coisas com a mesma facilidade que fazia antes da doença, em seu discurso se mostra culpada por não poder ir sozinha aos lugares inclusive ao centro de reabilitação em que a filha a leva. A sua culpa está no fato da filha ter que abrir mão de algumas atividades para poder levá-la e pelo dinheiro gasto com gasolina já que o bairro onde moram é afastado.

Também emergiu o tema da **finitude**. Para Chauí (1995), vida e morte não são simples acontecimentos biológicos. Viver e morrer são a descoberta da finitude humana, de nossa temporalidade e de nossa identidade: uma vida é minha e minha, a morte. Ou seja, somente a morte completa nossa existência, com a oportunidade de avaliarmos o que fomos. Chauí (1995, p. 365) completa :

[...] os filósofos estoicos propunham que somente após a morte, quando terminam as vicissitudes da vida, podemos afirmar que alguém foi feliz ou infeliz. Enquanto vivos, somos tempo e mudança, estamos sendo. Os filósofos existencialistas disseram: a existência precede a essência, significando com isso que nossa essência é a síntese final do todo de nossa existência. "Quem não souber morrer bem terá vivido mal", afirmou Sêneca. Num de seus ensaios, Que filosofar é aprender a morrer, Montaigne escreve: Qualquer que seja a duração de nossa vida, ela é completa. Sua utilidade não reside na quantidade de duração e sim no emprego que lhe dais. Há quem viveu muito e não viveu.

Durante a entrevista, a finitude é uma categoria que se faz presente quando Sr .P. diz:

Ah, meu dia ... eu dô graças a Deus que ainda tô enxergano o amanhecer, né? Que, da moda do outro, tem muita gente que vem aqui, hoje, que nem eu, [...] a gente vê um colega ali hoje, e amanhã num vê mais, né? Num vê mais, cadê fulana?...Ah, morreu [...]

É inquestionável o enfrentamento, ou uma relação de aceitação que todos os seres humanos têm a oportunidade de vivenciar enquanto passam pela vida. Porém, não somos “treinados” para falar sobre a finitude, sobre a morte, em um sistema Capitalista que vende sonhos para que se possua, para se “tenha” conquistas materiais, portanto, não é considerado lucrativo, desenvolver ou alongar assuntos a respeito do que transcende, do que finda.

4.5- Sentimentos/atitudes despertados pelo atendimento:

O atendimento que recebem desperta no paciente os mais diversos sentimentos e ele reage a estas percepções, não à realidade “concreta” como ela se apresenta. Vimos despertar nos pacientes a **sensação de serem cuidados**.

A Sra. B. nos deixou clara a sensação de que o centro é um local onde ela é cuidada, pois, de acordo com palavras suas “a gente cuida dos outros desde pequena, e eu gosto de vim aqui porque aqui eles cuidam da gente”.

O indivíduo doente trás consigo uma carga de fragilidade inerente ao processo ao qual está passando, e, conseqüentemente a necessidade de cuidado, pois está em permanente busca de alívio emocional, para o momento delicado ao qual se encontra, um momento não escolhido em sua vida.

Futuros psicólogos que atuarão na área da saúde têm um longo caminho a ser percorrido nas instituições hospitalares, visto a (ainda) prevalente visão fragmentada e organicista do modelo operante da medicina, que se preocupa apenas com o diagnóstico físico do paciente quando a própria doença apresenta com evidência problemas pessoais e sociais subjacentes a ela (YEPES 2001).

A autora acima referida acredita que a necessidade de escuta, traduzida como necessidade de cuidado, deveria ser uma prática constante na área da prevenção e promoção de saúde, colocando então como fundamental, a presença da psicologia nas instituições hospitalares.

E esta sensação desperta nos pacientes o sentimento de **gratidão**. A Sra. H. nos diz:

Gostaria de agradecer pela atenção e pelo carinho que tanto você quanto seus colegas me trataram, mais você que foi com quem eu conversei. Queria dizer que é muito bom conversar, me abrir um pouco, ter gente que dá atenção.

A gratidão é uma emoção, que envolve um sentimento de dívida emotiva em direção de outra pessoa; freqüentemente acompanhado por um desejo de agradecer-lo, ou reciprocamente para um favor que fizeram pelo mesmo. (CINTRA, 1997).

O agradecimento se faz presente em várias das frases da Sra. H., o tempo todo ela fala sobre a bondade divina, a bondade da filha, o que mostra que a mesma se sente em dívida com as pessoas, e que faz questão de deixar claro o quanto essa bondade tem feito com que ela esteja cada vez mais perto da cura.

4.6- Espiritualidade:

Nesta categoria apresentamos aspectos relacionados à dimensão da fé, crenças, convicções. Temos o tema da **religiosidade**. A religião se dá por conjunto de crenças relacionadas com aquilo que a humanidade considera como sobrenatural, divino, sagrado e transcendental, bem como o conjunto de rituais e códigos morais que derivam dessas crenças. A idéia de religião com muita frequência contempla a existência de seres superiores que teriam influência ou poder de determinação no destino humano. (BARRET, 1994).

Mas Deus sabe o que faz né? Se ele me deu a chance de estar viva até hoje é porque eu dou conta de tudo, e Deus é bom um dia vai recompensar a minha filha por tudo isso que ela faz”

No discurso de dona H. fica claro esse poder de determinação do destino, é como se a doença dela e o fato de ter conseguido o tratamento fossem diretamente ligados ao poder divino.

Também com a Sra. B. podemos constatar a importância que a religião assume em sua vida, ou seja, como a religiosidade de certa forma teve um valor fundamental para sua recuperação.

De acordo com sua declaração:

Deus me curou, porque na minha crença eu preciso rezar de joelho e eu não conseguia mais. Um dos dias mais felizes da minha vida foi quando eu voltei a ajoelhar, Ele que me libertou.

Almeida (2007) aponta que a ciência até bem pouco tempo rejeitava a possibilidade da cura através da força da oração. Hoje, há cientistas que não só se

curvaram à religião, como estão dispostos a provar que o poder da oração chega até quem não sabe rezar.

A comprovação científica quebrou um pouco a resistência dos médicos em compreenderem os impactos da espiritualidade. Tanto é que faculdades renomadas já implantaram disciplinas para orientar os profissionais a lidarem com a fé dos pacientes. (ALMEIDA, 2007),

Vários pesquisadores têm investigado a associação entre fatores relativos à religiosidade e saúde, tanto em sua dimensão física quanto mental, sendo que essa associação possui raízes histórico-culturais desde os primórdios da humanidade. Foram encontrados no referido artigo, vários relatos de pacientes de diversas religiões, insinuando a causalidades religiosas de suas doenças assim como da cura desses males.

Acreditamos que a religiosidade precisa ser entendida pelo profissional como parte relevante da vida do paciente e não pode ser negligenciada no contexto do atendimento psicológico. O Sr. M. nos diz:

No começo eu sentia muita dor, tomei uns remédio, mas não parava a dor não. Aí fiz uns exame que o médico pediu, aí deu desgaste. Eu freqüentei muito lá no IMA (Instituto de Medicina do Além), eu já até operei lá espiritualmente, só que se pensa que tem fé e não tem né, eu ia lá todo sábado, todo sábado eu ia, aí eu parei de i, ia de madrugada, saia de lá quatro hora, muita gente sai de lá bom, é muita gente que vai lá.

Kahhale (2003) já havia escrito que na Antiguidade a concepção de saúde estava não só relacionada, mas também integrada à religião e ao trabalho, cabendo aos sacerdotes promover a cura e o equilíbrio. Na ciência moderna ocorreu a separação entre corpo e mente/psiquismo estes últimos sendo estudados pela filosofia e teologia.

Acreditamos que cada meio sociocultural promove sua concepção de saúde/doença, Sr. M. faz sua busca pela saúde onde acredita que ela possa estar, seja num Instituto de Medicina do Além, seja no Centro de Reabilitação, promovendo esta antiga concepção que busca o equilíbrio entre o corpo e a mente.

4.7- Relações:

Nesta categoria podemos observar os “arranjos” em termos de parceria, como buscam apoio, as simpatias, afinidades. Falam-nos sobre suas **relações com a família**.

A Sra. C. tem uma relação boa com sua família. Relata que seus filhos sempre estiveram presentes em épocas de crise da doença.

A minha menina é muito boa comigo, quando eu entro em crise, ela chega do trabalho e ainda arruma toda a casa pra mim, lava as roupas, graças a Deus eu tenho muita sorte.

A família é muito importante nesse sentido, já que a pessoa doente sempre busca alternativas na mesma. Conforme relatam Santos e Sebastianini (1996), tanto a família quanto paciente, tendem a passar por um difícil processo adaptativo.

Este processo entretanto nem sempre concomitante e tem como principal desafio encontrar uma nova equação de equilíbrio para o sistema, que admita e absorva a inexorabilidade da enfermidade, mas que possa ser qualitativamente adequado à continuidade da vida.

Falaram também do **relacionamento com a equipe**. A Sr. C. nos diz:

Eu sou muito bem tratada aqui, a minha fisioterapeuta é muito atenciosa e boa comigo, ta sempre me corrigindo quando eu faço um exercício errado.

O profissional de saúde deve atuar de forma que melhore o bem estar do paciente e isso envolve as relações sociais estabelecidas dentro do sistema hospitalar.

Assim, segundo Angerami-Camon (1996), reveste-se de grande importância que as instituições hospitalares possam contar com profissionais habilitados, capacitados e aptos a lidar e considerar o Ser-Doente dentro de suas limitações físicas, psíquicas e ou/sociais, visando uma reabilitação do paciente dentro desta nova condição, buscando, na medida do possível, uma vida próxima ao normal.

Ao falar do atendimento no Centro de Reabilitação a certa altura o Sr. M. nos diz:

Ruim eu acho que não tem nada, eles me trata tudo bem, todo mundo trata bem [...]Tudo bem, as pessoa que vem agente pega amizade, não tenho nada pra reclama neste aspecto não, ta tudo bão”

Angerami-Camon, (1996, p. 170,171) afirma que

“O vínculo quando bem trabalhado, é de grande valia para todas as partes, pois tanto paciente, família quanto equipe possuem um

objetivo em comum: dar à pessoa enferma as melhores condições possíveis de vida.”

Existe então, uma importante relação de confiança e troca que se estabeleceu entre a equipe e entre os pacientes, não somente no caso específico do Sr. M., mas de uma grande maioria de usuários do Centro de Reabilitação, que tem uma doença crônica produzindo um longo contato com a equipe. Devemos nos valer dessa relação da melhor forma possível como um instrumento importante na terapêutica do paciente.

Estudos apontam a evidência de que a boa relação, e a formação do vínculo equipe-paciente proporciona benefícios para ambas as partes, de um lado um fluxo melhor de trabalho da equipe com a plena aderência do paciente no tratamento, e de outro a sensação de segurança e acolhimento necessários para a melhora da relação com o processo da doença, construindo conseqüentemente uma participação positiva do paciente. (SANTOS e SEBASTIANINI, 1996).

É evidente também, que o vínculo que Sra. B. construiu em suas sessões foram extremamente fortes, e a emocionavam sempre que se referia às pessoas com as quais conviveu, tanto os usuários como os fisioterapeutas que a acompanharam. Relatou:

Quando eu fô embora eu vô feliz, com a missão cumprida, mais vô ficá com muita saudade, num sei como é que eu vô fazê, sem encontrá o pessoal daqui.

De acordo com os referidos autores não podemos, nos furtar da relação de vínculo estabelecida com o paciente, mas, sim utilizá-la da melhor forma possível, e consideram esse vínculo um dos instrumentos mais poderosos que nós profissionais da saúde temos para tratar o paciente.

Emergiu ainda o **relacionamento com outros pacientes**. Ao longo do tempo, percebe-se que os laços afetivos são essenciais na evolução do ser humano. Auxilia o homem a perceber-se pertencendo ao mundo que o rodeia. Na relação vincular o homem dá e recebe afeto, constrói uma relação de segurança e fortalece sua vontade de tratar-se, de reabilitar-se.

O Sr. P. fala um pouco de seus laços afetivos no Centro de Reabilitação:

Ah aqui é a mesma coisa de família, né? Um lugar desse aqui a gente tem que tê é mais união, né? Da moda do outro...fulano tá na cadeira

de roda ali...o outro tá de muleta...um com corte na perna...o outro deitado na cama...A pessoa que ignora o outro hoje, amanhã tá pior que ele[...] A pessoa tem que sê unido, né?[...]vai bateno um papinho...e a hora vai passano, né?

Quando os laços afetivos ocorrem de forma saudável, em construção e não para destruição, em cooperação e não para competição, o resultado é a melhora da condição saúde-doença. No caso do Sr. P., é utilizada sua disposição para o afeto para que melhorem as horas, os momentos compartilhados entre todos que freqüentam o Centro de Reabilitação.

O Sr. M. também fala sobre sua relação com os outros pacientes e com a equipe, define bem laços de amizade ou afetividade.

Estes laços são observados em quase todos os usuários, reafirmando a “troca” descrita anteriormente entre os pacientes, que estão ali em busca de parte de sua saúde, que se perdeu pelo tempo vivido ou por um acidente, dentre tantos outros motivos.

Viche, tem muita gente de outros bairro né, fica todo mundo conhecido, vai pegando amizade, bão acostuma né, quando vem pra cá agente encontra dentro do ônibus, agora ...no começo tinha muita gente, agora foi dispensando aí vai ficando ruim né, no começo tinha muita gente aí foi acabando, do começo só eu que ainda tô aqui né, ai foi dispensando.

Devido a dificuldades de horário nos transportes coletivos, os pacientes passam algum tempo juntos, enquanto esperam por atendimento. Isto ajuda na criação de laços de amizade. A Sra. C. nos diz:

Olha, eu sempre chego adiantada, então eu converso com aqueles que chegam adiantados também. A dona N. faz fisioterapia junto comigo, nós já somos muito amigas.

O bom relacionamento entre pacientes, ajuda na manutenção do bem estar no ambiente hospitalar. De acordo com Medrado (2000) a pessoa, no jogo das relações sociais, está inserida num constante processo de negociação, desenvolvendo trocas simbólicas, num espaço de intersubjetividade ou, mais precisamente, de interpessoalidade.

No decorrer da pesquisa, observou-se que o paciente em situação de fragilidade, sempre espera uma ligação carinhosa em relação a seus companheiros. Dessa forma, a maioria procura uma maneira de se relacionar e criar vínculos de amizade.

As conversas do cotidiano permeiam as mais variadas esferas de interação social. Mas, por serem consideradas corriqueiras, dificilmente pensamos na riqueza e nas peculiaridades que possam estar presentes nessa forma de comunicação (MENEGON, 2000)

Pela fala da Sra. C., percebe-se que a “conversa jogada fora”, traz um ar de leveza à situação de dor e sofrimento. Assim, antes, durante e depois dos procedimentos, uma boa conversa ajuda a relaxar, distrair e esquecer um pouco a enfermidade.

5- HORIZONTES

O grupo de estágio acaba de retornar ao centro após as férias escolares para apresentar à equipe os resultados preliminares da pesquisa. O trabalho terá continuidade, agora não mais com os pacientes, e sim voltado para o corpo técnico, com o intuito de no final do ano letivo elaborar-se uma proposta de intervenção que será apresentada à equipe e à administração da instituição e, caso aprovada, deverá ser desenvolvida por estagiários do último ano de psicologia da faculdade.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. O Poder da Fé. **Jornal da Tarde**. São Paulo 16 dez..2007, Seção Cidade p.3 A.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (org) **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson, 1996.

BARRET,P.H .**O que é religião?**. Disponível em:

< www.planetaneews.com/produto/L/67578/o-que-e-religiao >.Acesso em 23 nov.2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Resolução 196/96

BRASIL. Rede estadual de assistência à pessoa portadora de deficiência física. **Portaria GM/MS**, nº 818, de 05 de junho de 2001

- CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 6ª ed. São Paulo, SP: Ed. Ática, 1995
- CINTRA, A.M. **Para entender as linguagens documentárias**. *Sociedade Brasileira de estudos interdisciplinares de comunicação*. Disponível em: <<http://reposcom.portcom.intercom.org.br/dspace/handle/1904/12432> > Acesso em 07/12/2007.
- CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Fórum de Saúde Suplementar. São Paulo: 2003.
- KAHHALE, E. M. P. **Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada**. In: BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5ª ed. São Paulo: Centuro, 2005.
- MEDRADO, B. **Textos em cena: a mídia como prática discursiva**. In: SPINK, M. J. (Org.) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. Cap. IX, p. 243-272.
- MENEGON, V. M. **Porque jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano**. In: SPINK, M. J. (Org.) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. Cap. VIII, p. 215-241.
- MINAYO, M.C.S. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- PATTON, M. Q. **Qualitative Evaluation Methods**. Beverly Hills: Sage, 1990
- RIBEIRO, D. F.; ESPÍRITO-SANTO, P. F. **Plano de estágio básico IV**. Franca, 2007.
- SANTOS, C.T., SEBASTIANINI, R.W. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doenças crônica** in: BOCK, A. M. B.; GONÇALVEZ, M. G. M.; FURTADO, O. *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia; orgs*. São Paulo: Cortez, 2001.
- TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.
- YEPES, M. T. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 12, p. 49-56, jul. dez. 2001.

¹ Informação fornecida pela coordenadora do Centro de Reabilitação em Franca-SP, 2007.