

O OLHAR DO GESTALT TERAPEUTA NUMA UNIDADE DE DIÁLISE

Adriana de Carla Silvestre Krüger*

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica e os tratamentos para ela existentes geram na vida do paciente e de seus familiares profundas modificações e perdas nas esferas bio-psico-social. A Gestalt-Terapia por ser uma abordagem fenomenológico-existencial assentada em teorias holísticas reconhece a multidimensionalidade do humano, enfocando a relação (o contato) como ontológica à existência humana. A Gestalt Terapia preconiza a auto-regulação do organismo, procurando alternativas criativas para a satisfação das necessidades, pois mesmo quando uma doença se instala o propósito inicial é a auto-regulação do organismo. Neste artigo a autora busca fazer uma reflexão sobre o tema a partir de sua prática profissional como gestalt terapeuta numa unidade de diálise.

Palavras-Chave: Insuficiência Renal Crônica, Hemodiálise, Gestalt terapia.

ABSTRACT

The Chronic Kidney Insufficiency and their treatments causes in the patient's life and their relatives profound changes and losses in the bio-psycho-social spheres. The Gestalt-therapy approach is an existential-phenomenological based on holistic theories that recognizes the multidimensionality of human, focusing on the relationship (the contact) as ontological to human existence. The Gestalt therapy advocates the self-regulatory body, looking for creative alternatives to the satisfaction of needs, because even when a disease is installed the original purpose is the self-regulatory body. In this article the author seeks to make a reflection on the subject from her professional practice as a gestalt therapist in a dialysis unit.

Keywords: Chronic Kidney Insufficiency- Hemodialysis - Gestalt therapy

* Psicóloga. Especializanda em Clínica na Abordagem da Gestalt Terapia pelo Comunidade Gestáltica – Clínica e Escola de Psicoterapia.
Email: adri_psico2004@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal, comprometendo a filtração e excreção de líquidos e substâncias tóxicas ao organismo. Segundo AJZEN & SCHOR (2002 apud Dyniewicz 2004, p. 201) “a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença de alta mortalidade, com incidência e a prevalência de pacientes aumentando progressivamente no Brasil, bem como em todo o mundo”. Diversas são as doenças que levam à Insuficiência Renal Crônica, sendo as mais comuns a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e as glomerulonefrites. Os tratamentos disponíveis para a IRC terminal são: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) e transplante renal (TX). Estas opções de tratamento visam apenas à manutenção da vida, pois até o momento a ciência não encontrou a cura para a IRC.

São muitas as mudanças e limitações que o tratamento gera na vida do paciente e também de sua família como, por exemplo: assídua frequência aos centros médicos e aos centros de diálises; mudanças nas atividades de rotina e na vida social; várias restrições (alimentares, hídricas) e uso constante de vários medicamentos. Essas mudanças ocorrem a nível bio-psico-social e interferem diretamente na sua qualidade de vida. Conforme Martins (2005 p. 671) “Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de diálise contribuíram para o aumento da sobrevida dos renais crônicos, sem, no entanto, possibilitar o retorno a vida em relação aos aspectos qualitativos”.

O tratamento hemodialítico, por exemplo, que é realizado três vezes por semana por um período de 4 horas, é responsável por um cotidiano monótono, restrito e doloroso. Segundo BARBOSA (1993 apud CAMON 1996 p. 170), “o doente renal crônico vivencia uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise, com um pensar na

morte, mas convive também com a possibilidade de submeter-se ao transplante renal e a expectativa de melhorar a sua qualidade de vida”.

Referente aos problemas psicológicos encontrados em paciente de diálise, Daugirdas (2003) traz que os principais são: a depressão, o suicídio, demência e estados de delírio, comportamento não-cooperativo, disfunção sexual e distúrbios psicóticos.

Ao diagnosticar a Insuficiência Renal Crônica, o médico apresentará ao paciente fatos que poderão abalar sua vida e o seu auto-conceito. Ser um doente renal crônico é lutar contra suas incapacidades que cada vez mais aumentarão. Conforme Santos (1996 p. 157) “O diagnóstico de uma doença crônica faz emergir a questão da morte, não só do paciente, mas também dos próprios profissionais de saúde, devido ao fato de saberem estar lutando contra uma doença que não tem cura”.

A partir do diagnóstico e início do tratamento o paciente com IRC começa a trilhar um novo caminho em sua vida, que é permeado por vários sentimentos, que são experienciados por cada paciente de uma forma única. Segundo Klüber Ross (2005 apud CAMON 1996 p. 158) “o paciente e a família ao tomarem conhecimento da gravidade da doença podem passar por cinco estágios emocionais: negação, revolta (raiva), barganha, depressão e aceitação” Estes estágios, porém, não são estagnados, mas sim dinâmicos e cuja carga psíquica difere nos pacientes. Tais estágios são formas do paciente lidar com o processo de adoecer, podendo ser saudáveis ou disfuncionais. Sobre isto Yontef (1998, p. 214) traz que:

“O comportamento e a experiência são mais do que um somatório de partes distintas. O comportamento e a experiência de uma pessoa formam unidades ou totalidades, organizadas em torno do destaque emergente ou da figura que é espontaneamente energizada e recebe uma valência positiva ou negativa, dependendo da necessidade dominante da pessoa”.

Alguns pacientes faltam ao tratamento, não aderem às orientações da equipe multidisciplinar, desejam a morte, porém existem aqueles pacientes que

buscam no tratamento aquilo que ele realmente tem: sua única forma de manter-se vivo.

Estas fases pelas quais o paciente pode vir a passar geram na equipe grande desconforto, questionamentos e frustração, pois muitas vezes a equipe não compreende o que está emergente, o que é figura para o paciente, podendo adotar frente a ele uma postura reativa.

O contexto típico do paciente com IRC demanda uma assistência multidisciplinar. Além de médicos, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais a presença do psicólogo também é importante, pois sua atuação vai além do atendimento ao paciente e família, podendo ser um facilitador na tríade paciente-família-equipe de saúde. Segundo Camom (1996 p. 171) “o psicólogo deve inserir-se numa equipe de saúde não apenas se incluindo nesta, mas sim fixando-se, afirmando-se e interagindo”. Esta interação do psicólogo possibilita à equipe um novo olhar sobre o paciente, com menos rótulos, interpretações e preconceitos. A figura que emerge é o da pessoa e não apenas do paciente. Conforme Andrade (2001 apud CAMON 1996 p. 157):

“A necessidade de complementação entre as diferentes especialidades, o reconhecimento da importância do intercâmbio entre os profissionais, da manutenção de um vocabulário comum, da troca de informações técnicas e opiniões, do respeito às diferentes perspectivas de análise, bem como do reconhecimento de que a interdisciplinaridade é um processo de constante aprendizado.”

Embora a Psicologia Hospitalar tenha seus termos próprios e a Instituição seu estilo único, o psicólogo a partir do campo, pode ajustar-se criativamente sem abrir mão de sua visão de homem.

O presente trabalho teve como base observações, atendimentos e reflexões que foram feitas a partir da experiência como profissional psicóloga contratada em uma Clínica de Hemodiálise, durante dois anos. Os atendimentos foram efetuados sob a ótica da Gestalt Terapia e serviram de subsídios para evidenciar a relevância desta abordagem terapêutica na prática com pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica, pela forma de

trabalho da Gestalt Terapia, de acordo com seus pressupostos teóricos metodológicos.

O Ambiente/ Clientela

A atendia em média de 150 pacientes em hemodiálise e 30 pacientes em diálise peritoneal. O tratamento hemodialítico era realizado em três sessões semanais com duração de 4 horas para cada paciente. As sessões eram divididas em turnos de 2ª, 4ª, e 6ª feira e 3ª, 5ª e sábado. Cada grupo era subdividido em três turnos: manhã/tarde/noite. Os pacientes eram provenientes não apenas da cidade onde a Instituição se localizava como também de cidades vizinhas.

O *Setting*/ A Demanda e os Atendimentos

Algumas dificuldades foram vivenciadas, dentre elas as fantasias e desconfianças em relação ao profissional de Psicologia, não apenas por parte dos pacientes como também da equipe e as características ambientais que são complicadoras ao estabelecimento do *setting* e o vínculo terapêutico.

Os atendimentos, sob o enfoque da Gestalt Terapia, eram realizados individualmente durante a sessão de hemodiálise ou durante a hospitalização do paciente. As durações das sessões variavam podendo ser de quinze minutos à uma hora, conforme a demanda do paciente, naquele momento. Isto vem ao encontro do que Ribeiro (1985, p. 38) diz que “o terapeuta não organiza, não impõe ações ou rumos; ele se organiza na ação do outro”. Este olhar possibilita ao gestalt terapeuta trabalhar com a figura que emerge, no instante em que se apresenta, mesmo que às vezes a figura, logo após se delinear, desapareça num fundo.

A forma de terapia pode ser breve, focal, de apoio, porém mais importante do que a forma de terapia é o momento em que paciente e terapeuta estão no encontro. O psicólogo precisa estar atento ao objetivo da

terapia que é a busca de um continuum de *awareness*, que seria um processo de dar-se conta, e mesmo que o paciente passe mal, mude o local de atendimento, ao retomá-lo, o psicólogo precisa estar *aware* do agora do paciente. Segundo Ribeiro (1985, p. 106) “ao invés de trabalharmos só os sintomas, valência negativa, trabalhamos o processo, valência positiva, ou seja, as forças que mantêm os sintomas; começando pela parte mais preservada da personalidade”

A clientela, embora compartilhasse da mesma patologia básica – IRC – era diversa. Havia homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos; pacientes iniciando tratamento e outros em tratamento há muitos anos. Havia pacientes com diabetes, com insuficiência cardíaca, com transtorno mental, com câncer, com amputações, com deficiência visual. Havia pacientes em fase de negação, revolta, barganha, depressão, e raramente aceitação. Havia pacientes que permitiam o atendimento e outros que rejeitavam. Esta diversidade de pacientes, patologias e comportamentos são muito enriquecedoras para o psicólogo que atua numa Instituição deste segmento, pois o levam a buscar novos saberes ampliando seu cabedal teórico e, conseqüentemente, seu olhar e postura. Isto vem ao encontro do que Ribeiro (1985, p. 95) diz sobre o campo psicológico “O comportamento deixa de ser entendido apenas como resultado da realidade interna da pessoa e passa a ser analisado em função do campo que existe no momento em que ocorre.. A situação comportamental é vista como um todo, da qual decorrem partes diferenciadas”. Embora o psicólogo tenha informações *à priori* destes pacientes, no momento da terapia isto não é figura, mas sim o paciente, que muitas vezes não traz na fala sua patologia, mas sim sua essência.

Em função do grande número de pacientes dialisando, o espaço disponível para o terapeuta ficar era pequeno, e muitas vezes “disputado” pela equipe de enfermagem que tinha de interromper o atendimento para aferição de pressão, entrega de lanches ou mesmo atendimento ao paciente quando este se sentia mal. Este último motivo geralmente aparecia quando o paciente parecia fazer contato com seus sentimentos, sua história. Sintomas como hipotensão, hipertensão, levava o paciente a pedir o atendimento da equipe de

enfermagem, interrompendo o atendimento psicológico. O psicólogo mesmo ciente de que tais sintomas podem ser tentativas de interromper o contato, não pode impedir que a equipe de enfermagem atenda o paciente, pois segundo Ribeiro (1985, p. 110) “o terapeuta jamais permitirá que uma pessoa se fira, se machuque ou morra quando ela não pode, naquele momento, perceber a totalidade da situação ou se deixou atrair por um detalhe sedutor”. Muitas vezes o atendimento não era mais possível, outras vezes, a figura que surgia após a interrupção era contemplada pelo paciente de uma forma única.

Além do grande número de pacientes e o desconfortável *setting*, o sigilo era outro fator preocupante, pois embora fosse garantido pelo gestalt terapeuta, corria riscos em sua manutenção em função da proximidade de outras pessoas (pacientes e profissionais) durante os atendimentos. O paciente da situação é quem determinava o que, como, e com que tonacidade falaria de si. Conforme Yontef (1998, p. 250-251):

“O terapeuta é responsável pela ambientação, por seu contato, pela competência, pela atenção. A vida e o trabalho terapêutico do paciente são de responsabilidade do paciente”.

Esta forma de conceber a pessoa como alguém real e não abstrata, aqui-e-agora, consciente, capaz de assumir responsabilidade por si mesma e de se relacionar construtivamente no mundo e com o mundo é uma forma de respeito à singularidade da pessoa.

Com este público de pacientes o contrato terapêutico no que se refere à periodicidade era feito de forma flexível para ambos, pois o atendimento poderia não ocorrer devido a vários motivos: faltas, hospitalização de urgência troca de turnos ou a morte do paciente. No caso do psicólogo, devido o grande número de pacientes sob sua responsabilidade e as outras atividades que tem de realizar junto à equipe e familiares, fica impossibilitado de realizar os atendimentos com periodicidade. Neste cenário o vínculo embora pareça frágil, não é inexistente.

Devido à rotina do tratamento hemodialítico, tanto paciente quanto terapeuta sabem que fora o aspecto da morte, em algum momento se reencontrarão. Conforme Yontef (1998, p. 251):

“Um relacionamento é um evento que acontece – é um processo. O processo acontece entre duas pessoas. O relacionamento é construído no processo de contato e deve preencher as exigências do contato: conectar, separar, movimentar-se e awareness”.

Mesmo diante de longos espaçamentos entre as sessões os pacientes aproveitavam o atendimento psicológico, ávidos, como se fosse a última vez que conversariam com a psicóloga.

Muitos pacientes, a partir da demanda apresentada, eram convidados pela psicóloga a continuarem sua terapia no consultório da Instituição. Tais convites sempre foram aceitos, porém nem sempre possíveis, pois muitas vezes o consultório era usado por outros profissionais da equipe ocasionando interrupções sem avisos prévios.

Outro item flexível foi no estabelecimento do número de atendimentos. No início a média era de vinte atendimentos/dia, porém no decorrer da prática diminuíram para dez atendimentos/dia numa carga horária de seis horas/dia. A prioridade foi pela qualidade nos atendimentos e não pela quantidade. Segundo Polster (2001, p. 38-39):

“É importante que o terapeuta trabalhe livremente, porque do contrário ele se arrisca a entorpecer seu principal instrumento – ele mesmo. O psicólogo precisa estar atento para sua demanda interna e não da Instituição que muitas vezes busca o alívio rápido do sintoma apresentado pelo paciente, talvez porque não saiba lidar com o manifesto, talvez porque não queira investir tempo em ter um olhar diferente”.

O Discurso

Inicialmente, para se obter a visão dos pacientes sobre si mesmo e sua doença era efetuada uma entrevista aberta com um roteiro composto pelos seguintes temas: Identificação do paciente, grau de Informação sobre a doença e o tratamento, grau de participação no tratamento, sintomas apresentados durante o tratamento e uma pequena anamnese. Segundo Perls (1988) o homem é um organismo unificado, ou seja, não há como separar este homem de sua história que dá o norte de como este homem se construiu qual sua forma de estar neste mundo. Para Polster (2001, p. 34), o gestalt terapeuta precisa primeiro “ouvir a história e deixar que o significado se manifeste, em vez de estar presente com expectativas de determinado significado no qual todos os comportamentos devem então se encaixar”. Tellegen (1984) expressa que é necessário detectar a configuração específica com que se articulam as partes de um todo em cada situação concreta, de modo que o terapeuta possa apreender a forma encontrada por esse indivíduo de estar-no-mundo e o seu modo próprio de adoecer. O enfoque gestáltico, assim, visa ir além da descrição dos sintomas, busca o sentido da patologia e as vivências subjetivas da pessoa adoecida.

Através da aplicação do roteiro de entrevista psicológica desenvolvido para o setor e dos dados dos atendimentos subseqüentes, pôde-se observar que alguns temas foram repetidos com certa freqüência nas falas dos pacientes, como por exemplo: a culpa por estar doente, a insegurança quanto ao futuro, à impotência diante do tratamento, a dificuldade de se manter produtivo, as repercussões na imagem corporal, o preconceito, as fantasias de contágio, o sentimento ambivalente em relação à máquina de hemodiálise, entre outros.

A IRC como doença crônica-degenerativa surge na vida de uma pessoa determinando uma nova realidade. Essa realidade guarda em sua essência outras infinitas possibilidades de transformação. As possibilidades apresentam-se formais, reais, concretas e abstratas se encontrarem condições propícias determinantes. Isto exige da pessoa com IRC uma auto-regulação. Isto vem ao encontro do que Yontef (1998, p. 250) traz sobre a Auto-Regulação Organísmica, que se baseia “no reconhecimento da existência de uma gama

completa de dados emocionais, mentais e sensoriais, relativos tanto às necessidades interiores quanto as necessidades do meio e também dos recursos internos e do meio”.

A EQUIPE

Durante toda a realização do trabalho terapêutico junto aos pacientes, a psicóloga em função de participar de uma equipe multidisciplinar, procurou orientar os profissionais, com o objetivo de levá-los a ter um novo olhar para o paciente, olhar este considerando não apenas a influência ambiental nas ações e comportamentos dos pacientes, como também a importância da subjetividade nas formas de manifestação da patologia. Sendo a Gestalt-Terapia uma abordagem fenomenológico-existencial, esta possui uma visão holística de doença, ou seja, ela compreende o adoecer como resultante de uma desarmonia relacional entre pessoa e ambiente, que formam uma unidade indivisível. Ribeiro (1985, p. 36) traz que: "A doença é relacional. Não existe doença em si. Doença é fenômeno como processo; como dado, existe em alguém, e não como realidade em si mesma".

A Psicologia dentro de uma Unidade de Diálise trabalha com o adoecer, e esse momento crítico, juntamente com o tempo do tratamento, gera questionamentos acerca da vida, não apenas para os pacientes e seus familiares, como também à própria equipe. O psicólogo pode ajudar no desenvolvimento das pessoas deste cenário, através dos atendimentos psicológicos aos pacientes, familiares e do seu trabalho na equipe visando a humanização das relações.

CONCLUSÃO

Atuar numa clínica de Dialise leva o psicólogo a buscar novos ajustamentos criativos, não apenas nos atendimentos junto ao paciente como também no seu olhar, na sua postura, na sua forma de ser e estar.

É preciso ampliar a prática da Psicologia para as instituições sociais, para ficar mais próxima das pessoas em geral e também dos profissionais de outras áreas, pois o desconhecimento do trabalho do psicólogo, a visão errônea de que é função do psicólogo resolver os problemas dos pacientes ou mesmo da equipe, quando esta se vê em “apuros” diante de um paciente-problema, reduzem o papel do psicólogo a um “apagador de incêndio”, como se as questões emergentes do paciente pudessem ser resolvidas num momento único e então tudo voltasse ao *status quo*.

Tal demanda para um profissional psicólogo sem vivência ou conhecimento na área institucional pode levá-lo a permear caminhos não saudáveis, podendo cair no engodo de atender as expectativas das pessoas e ou da equipe. Isto não significa criticar a prática de consultório, mas prezar pela necessidade de não nos limitarmos à ela, como acontece muitas vezes em algumas universidades, onde os temas são ensinados como se a clínica particular fosse a única forma de se trabalhar em Psicologia.

É preciso não nos contentar-mos com os saberes e conquistas pré-existentes, mas sim buscarmos sempre a ampliação do nosso campo de saber.

Cabe a cada profissional uma tarefa nobre para si e para a Psicologia: o de redescobrir nossos conhecimentos em cada espaço que nossa profissão puder dar sua cota de contribuição para melhoria da vida do ser humano.

REFERÊNCIAS

1. AJZEN, H.; SCHOR, N. *Nefrologia*. São Paulo: Manole, 2002.
2. CAMPBELL, John B. et al. **Teorias da Personalidade**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
3. CAMON, Valdemar Augusto, et al. **E a Psicologia entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.
4. DAUGIRDAS, John T., et al. **Manual de Diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2003.
5. DYNIEWICZ; Ana Maria; ZANELLA; Eloísa; KOBUS; Luciana Schleder Gonçalves - **Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p. 199-212, 2004.
6. MARTINS, Marielza R. Ismael e CEZARINO, Claudia Bernardi. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 2005, Pg. 670-676.

7. PERLS, Frederick Salomon. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia.** 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
8. POLSTER, Erving e Miriam. **Gestalt-Terapia integrada.** São Paulo: Summus, 2001.
9. SANTOS, Claudia Tavares dos e SEBASTIANI, Ricardo Werner Sebastiani. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica.** In: CAMON, Valdemar Augusto, et al. **E a Psicologia entrou no Hospital.** São Paulo: Pioneira, 1996.
10. RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-Terapia: refazendo um caminho.** 4. ed. São Paulo: Summus, 1985.
11. YONTEF, Gary M. **Processo, diálogo e awareness. Ensaio em Gestalt-Terapia.** 2 ed. São Paulo: Summus, 1988.