

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Psicologia

A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no Hospital do Rim e Hipertensão.

Thaís Petroff Garcia

Orientadora: Márcia Bittencourt

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para a obtenção do título de Graduação em Psicologia.

São Paulo
2004

São Paulo, 03 de novembro de 2004.

Área de conhecimento: 7.07

Thaís Petroff Garcia

Título: A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no Hospital do Rim e Hipertensão. 2004.

Orientadora: Márcia Bittencourt

Palavras chaves: arte terapia, recursos artísticos, psicologia hospitalar.

Resumo

O objetivo deste estudo foi refletir sobre a possível contribuição do psicólogo hospitalar aos pacientes internados, através dos recursos artísticos.

O processo desta investigação desenvolveu-se em 13 fases: um breve histórico sobre a utilização dos recursos artísticos como auxiliares no processo de cura através das diferentes épocas, uma discussão sobre o significado atribuído ao termo “arte terapia”, uma caracterização da importância do lúdico na infância e adolescência, uma descrição de diferentes técnicas artísticas e sua contribuição aos pacientes, a caracterização da doença renal e seus tratamentos, os aspectos psicológicos do paciente renal, um breve histórico sobre a construção da instituição hospitalar desde a antiguidade até a atualidade, o papel do psicólogo hospitalar, a descrição do hospital onde o estudo ocorreu, a caracterização da oficina de artes do Hospital, a descrição de dois atendimentos com um paciente renal através da utilização de recursos artísticos, a análise e a conclusão.

A análise dos atendimentos, embasada em todo o estudo realizado anteriormente, permitiu a identificação da importância da intervenção do psicólogo hospitalar, através dos recursos artísticos, para o processo de internação hospitalar e, para a relação estabelecida com a doença pelo paciente renal.

Índice

1-Introdução	p.4
2-Problema	p.6
3-Metodologia	p.7
4-Histórico da utilização de recursos artísticos no processo de cura	p.8
4.1-Internacional	p.8
4.2-No Brasil	p.11
5-A arte terapia	p.12
6-A utilização do lúdico: arte e brincadeira na infância e adolescência	p.15
7-A arte como facilitadora	p.19
7.1-Diferentes técnicas	p.20
8-O paciente renal	p.22
8.1-Os rins	p.22
8.2-Insuficiência renal	p.23
8.2.1-Insuficiência renal aguda	p.23
8.2.2-Insuficiência renal crônica	p.24
8.3-O tratamento dialítico	p.26
9-Aspectos psicológicos do paciente renal	p.27
10-A instituição hospitalar	p.30
11-O psicólogo no hospital	p.32
12-O hospital do Rim e Hipertensão	p.41
13-A oficina do Hospital	p.43
14-Atendimento psicológico ao paciente renal através de recursos artísticos	p.44

15-Análise	p.49
16-Conclusão	p.51
17-Bibliografia	p.53

“A arte é a emoção recapturada em estado de tranquilidade”.

William Wordsworth

1-Introdução

“Percebi que o simples ato de riscar um papel tem um sentido e descobri em meus desenhos algumas verdades que o meu pensamento discursivo tinha sido incapaz de captar”.(Pereira, 1976, p.9)

Sempre acreditei que o auxílio do profissional de psicologia em momentos de crise era algo de muito positivo e que muito teria a contribuir para a busca da resolução do problema. No entanto, para muitos, não é fácil compartilhar idéias e sentimentos com outra pessoa, ou por resistência ou pela dificuldade em verbalizar essas questões. Além disso, quando se é criança, isso se torna ainda mais difícil, uma vez que esta ainda não tem acesso há um amplo vocabulário para ajudá-la nesta tarefa.

Baseando-me nesta condição iniciei uma busca à recursos que pudessem auxiliar o psicólogo na relação com seu paciente. Sendo a psicologia de base majoritariamente verbal, sentia necessidade de subsídios que pudessem preencher as lacunas às quais o atendimento psicoterapêutico tradicional não dava conta.

Como o currículo da Faculdade de Psicologia em sua maior parte dispunha de matérias com o foco no atendimento verbal, procurei suprir esta falta fazendo matérias em uma outra faculdade que me dispusesse outros recursos.

Descobri assim a Faculdade de Comunicação e Artes do Corpo. Nesta pude participar de disciplinas nas quais obtive aulas como: clown, mímica, metonímia, dentre outras. A partir desta experiência comecei a me interessar mais e mais pelos recursos “alternativos” que poderiam ser utilizados em atendimentos psicoterapêuticos.

Nesta jornada descobri a arte terapia permanecendo aí algum tempo, procurando compreendê-la. Senti alguma dificuldade, uma vez que este ainda não é um campo bem delineado, mas, de forma geral, a arte terapia é uma linha de terapia que utiliza recursos artísticos como base de seu trabalho. Há também uma grande discordância com relação aos profissionais que podem dela se utilizar e com qual intuito.

Entra-se assim em uma discussão do que é o processo terapêutico e quem faz uso deste. Como uma questão introdutória, pode-se perguntar se a arte terapia pode ser utilizada por diversos profissionais com diferentes objetivos.

Seguindo em frente, deparei-me com diversos outros recursos, dentre estes: ludoterapia, ecoterapia, sand play, musicoterapia, imaginação ativa, contar histórias etc.

No presente trabalho procuro agrupá-los como facilitadores do processo psicoterapêutico e proporcionadores de ludicidade para os pacientes.

2-Problema

Como auxiliar os pacientes internados em hospitais para que possam compreender sua doença, de modo a aceitar o tratamento e, vir a enfrentar não só o período pré-operatório, como também o pós-operatório e sua recuperação. Esta obra busca mostrar a contribuição dos recursos artísticos e da ludicidade como auxiliares no trabalho do psicólogo hospitalar com pacientes do Hospital do Rim e Hipertensão. Procura descrever a importância que estes recursos oferecem para a possível superação de problemas e conflitos assim como também na adaptação do paciente a este. O papel do psicólogo hospitalar dentro deste contexto é também abordado.

Há também a dificuldade em encontrar um consenso sobre o que é exatamente a “arte terapia” e quem faz uso desta. O presente trabalho procura abordar esta questão, discutindo o significado dessa expressão e sua utilização no contexto psicoterapêutico.

Tal abordagem se faz necessária, pois essa expressão usualmente, é utilizada indiscriminadamente por muitos profissionais, quando se referem ao trabalho que fazem utilizando a arte. Acredito ser assim importante esclarecer como essa prática à de utilizar-se da arte e, que benefícios pode trazer para pacientes internados, além de poder ampliar a visão desses benefícios para outros contextos.

3-Metodologia

O presente trabalho utiliza-se de uma pesquisa de campo e de revisão teórica como método de pesquisa para a verificação do problema exposto acima. Primeiramente faz-se uma explanação sobre a utilização da arte como auxiliar no processo de cura, desde os seus primórdios até a atualidade. Busca-se ao final desta analisar o termo “arte terapia” com o intuito de cercear melhor o seu sentido e utilização. É explicado também, de forma sucinta, alguns recursos artísticos que podem ser utilizados pelo psicólogo em seu trabalho.

Através de um levantamento bibliográfico, analiso a função do psicólogo hospitalar, dentro de seu contexto, demonstrando todas as peculiaridades dessa profissão em relação ao psicólogo clínico. Busca-se também demonstrar e descrever diferentes recursos e meios que podem ser utilizados pelo psicólogo no hospital, além do atendimento tradicional.

A descrição e análise de um atendimento realizado através do lúdico e dos recursos artísticos, com uma paciente do Hospital do Rim e Hipertensão, busca exemplificar a importância da utilização dessas técnicas, pelo psicólogo hospitalar.

4-Histórico da utilização de recursos artísticos no processo de cura

4.1-Internacional

No início do século XX Freud dedicou-se a escrever sobre artistas e suas obras, analisando-os sobre a óptica da psicanálise. “Observa que o inconsciente se manifesta por meio de imagens, sendo uma comunicação simbólica com função catártica. E também que estas imagens escapavam da censura da mente com mais facilidade que as palavras, podendo transmitir mais diretamente seus significados”.(Andrade, 1993, p.44) Sendo mais fácil a transmissão de conteúdos inconscientes através de imagens, é possível se começar a questionar a técnica mais utilizada pelos psicoterapeutas, que é o diálogo.

Freud aprofunda-se nos seus estudos sobre as obras artísticas e seus fatores e conclui, segundo Andrade e Carvalho que:

“A criação artística seria, assim, (...) fruto de um processo de sublimação de desejos sexuais, impulsos instintivos não possíveis de serem satisfeitos na realidade, porque ou são fortes demais, impossibilitando a priori sua satisfação, ou tornar-se-iam nisso impelidos por uma repressão impediendo do aflorar natural daquele. A sublimação, necessária a toda civilização, empregaria de uma forma construtiva a pulsão, desviando parte da energia não-canalizada para uma gratificação direta”.(Carvalho e Andrade, 1995, p.23).

A partir disso, é possível concluir que para a Psicanálise a arte é uma forma não-neurótica de satisfação substitutiva. Quando a pessoa consegue, através do mecanismo de sublimação, exteriorizar os seus conflitos, superando-os e recriando uma nova realidade –utilizando-se da criatividade - ele não se cristaliza em estereotípias pois consegue enxergar outras possibilidades de ação; mesmo que dentro do universo artístico.

Freud nunca fez uso de linguagem artística em seu trabalho, no entanto permitiu que o que hoje chamamos de arte terapia começasse a se delinear através da sua compreensão de que os recursos artísticos são uma forma de comunicação do inconsciente, do mesmo modo que os sonhos.

Jung utilizou-se da linguagem expressiva nos seus processos psicoterapêuticos; ao contrário de Freud, acredita que a criatividade é uma função psíquica natural do ser humano e que esta tem um papel estruturante e não unicamente de sublimação dos impulsos sexuais, como demonstra Andrade:

“Para Jung, é uma função psíquica, daí a arte não ser apenas fruto de sublimação de instintos sexuais e agressivos. É função natural da mente humana e tem função estruturante do pensamento. Pode, portanto, ser usada como um componente de “cura”, além de a criatividade poder ter essa função em si mesma. Esse processo natural se realiza por intermédio de símbolos presentes nos sonhos, nas fantasias e nas mais diversas expressões artísticas. Dando continuação às suas pesquisas, Jung começou a usar técnicas de desenhos livres, para facilitar a interação verbal com a paciente. Esta aplicação técnica é decorrente da sua crença na possibilidade do homem organizar seu caos interior utilizando-se da arte: pintura, escultura etc.” (Andrade, 1993, p.45 e 46)

Para Jung era possível que a arte fosse utilizada como facilitadora da “cura”, através dos símbolos que nela estão presentes, assim como nos sonhos e fantasias. Na década de 20, começa a pedir para seus clientes que desenhassem –sonhos, sentimentos, situações conflitivas etc.- unindo as linguagens verbal e não-verbal, de forma que uma complementasse a outra, auxiliando o processo terapêutico. Jung via as imagens desenhadas como representações do inconsciente pessoal e também do coletivo, por notar, através dos seus estudos de diversas culturas e mitologias, grande semelhança entre estas últimas, mesmo em sociedades diversas. Cria assim o conceito de arquétipo, o qual designa como fonte de alimentação do psiquismo do homem primitivo ao moderno.

Jung via o homem como essencialmente social, não podendo este existir sem uma cultura. Quando as emoções e pensamentos não encontram acolhimento social, estes voltam-se para dentro, formando um grande turbilhão de energia. Através da linguagem artística abre-se uma possibilidade da pessoa organizar o seu caos interior, pois pode exteriorizar as suas demandas sem críticas. Ao interagir com suas imagens internas, pode modelá-las, transformando-se ao

longo do processo. Além disso, passa a conhecer melhor os seus aspectos, podendo experimentar inserir-se na realidade de uma maneira nova.

Além das contribuições destes dois autores, para a arte terapia, houve outros que os precederam. Em 1876, o psiquiatra Max Simon, publicou seus estudos sobre manifestações artísticas de doentes mentais e classificou as patologias de acordo com as produções artísticas. Em 1888 Lombroso, analisou psicopatologicamente os desenhos de doentes mentais, com o intuito de classificar suas doenças. Embora o trabalho de ambos tenha sido semelhante, somente Lombroso continuou a crer no valor diagnóstico de sua aplicação. Morselli em 1894, Júlio Dantas em 1900 e Fursac em 1906 pesquisaram as produções artísticas de doentes psiquiátricos. Ferri, Charcot e Richet, no final do século XIX e princípio do XX, também se interessaram pela arte dos doentes psiquiátricos.

Em 1906, Mohr, através de seus estudos comparativos das produções de doentes mentais, pessoas comuns e dos grandes artistas levanta a possibilidade dos desenhos serem utilizados como testes para estudos de personalidade. Essa idéia serviu como base para muitos autores de testes, dentre eles: Rorschach, Murray-TAT, Szondi, Binet-Simon, Goodenough, Bender, além de outros. Os estudos sobre testes são de grande valia para o uso da arte na psicoterapia. É possível utilizar-se desse conhecimento, sobre as cores, o traçado etc. para o enriquecimento desta.

O termo Arte-terapia surge pela primeira vez somente em 1945 no primeiro livro publicado por Adrian Hill, *Art vs Illness (Arte versus Doença)*. Adrian Hill, artista inglês, esteve internado num sanatório para tratar uma tuberculose. Durante o longo período de evolução da sua doença e reabilitação, numa época em que os recursos para a combater eram escassos, ele passou o tempo a pintar. Os médicos que o assistiam puderam observar uma aceleração na sua recuperação e um estado geral de bem estar manifesto. Após o seu restabelecimento, eles convidaram-no a regressar para fazer pintura com os pacientes do sanatório. Ele teve como seguidor Stock Adams.

A partir desses fatos desenvolve-se na Inglaterra um forte movimento de arte terapia junto às instituições psiquiátricas, levando a uma reestruturação desta, com novos modelos teóricos, tendo, entre outros, Gerry McNeilly como contribuinte para essa mudança.

Na segunda metade do século XX vai surgindo por todo o mundo um interesse crescente pelas intervenções artísticas terapêuticas em doentes psicóticos. A importância destas

intervenções no tratamento reflete-se, por exemplo, no reconhecimento da arte terapia como uma valência terapêutica eficaz pela Associação Internacional para o Tratamento da Esquizofrenia.

A partir desses acontecimentos a arte terapia evoluiu significativamente, tanto do ponto de vista dos modelos teóricos (que passaram a utilizar seus recursos), como das formações existentes (que cresceram, podendo-se encontrar cursos de arte terapia em Universidades) e, dos países em que é reconhecida (como eficaz).

Segundo Carvalho (1995) hoje, a área denominada arteterapia é a que utiliza essencialmente os recursos artísticos com finalidade terapêutica. Na definição dada pela American Art Therapy Association (AATA), fundada em 1969, lê-se:

“Arte-terapia é uma profissão assistencial ao ser humano. Ela oferece oportunidades de exploração de problemas e de potencialidades pessoais por meio da expressão verbal e não-verbal e do desenvolvimento de recursos físicos, cognitivos e emocionais, bem como a aprendizagem de habilidades, por meio de experiências com linguagem artística variadas. (...) O uso da arte como terapia implica que o processo criativo pode ser um meio tanto de reconciliar conflitos emocionais, como de facilitar a autopercepção e o desenvolvimento pessoal”.(Carvalho, 1995, p. 23- 24).

4.2-No Brasil

No Brasil existem dois grandes difusores da arte terapia: Osório César e Nise da Silveira.

Em 1923 Osório inicia estudos sobre a arte no Hospital do Juqueri. Em Franco da Rocha. Cria, em 1925 a Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri, publicando no mesmo ano o seu primeiro livro: *A Arte primitiva nos alienados*. Dois anos depois publica mais dois trabalhos: *Contribuição para o estudo do simbolismo místico dos alienados* e *Sobre dois casos de estereotipia gráfica com simbolismo sexual*. Em 1929 publica o seu mais importante livro: *A expressão artística dos alienados*. Além disso, organizou diversas exposições para a divulgação da produção artística dos doentes mentais, participando do I Congresso Internacional de Psiquiatria, onde expôs o trabalho feito com seus pacientes.

Utilizou-se da espontaneidade como técnica no trabalho desenvolvido com os doentes mentais do Juqueri. Acreditava que a arte propiciava por si só a cura, através do acesso que permitia ao conhecimento do mundo interior, possibilitando aos enfermos mentais a exteriorização das suas representações mentais, no mundo exterior, sem obrigação de respeito ao patrimônio cultural, ou seja, através da arte eles poderiam exteriorizar todos os seus impulsos e desejos sem críticas e julgamentos.

Nise da Silveira desenvolveu um trabalho inovador, de terapias expressivas estudando formas de compreender os pacientes psiquiátricos. Baseou-se na teoria junguiana, criando oficinas de trabalho, em 1946, no centro Psiquiátrico D. Pedro II, em Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Em 1952 criou o Museu de Imagens do Inconsciente, onde são conservadas as produções artísticas dos internos da instituição referida.

Ela propunha a seus pacientes que executassem diversas formas de expressão artística, tais como: dança, desenho, argila, representações dramáticas dentre outras, possibilitando a vazão da linguagem arcaica de suas imagens simbólicas representantes dos desejos e emoções que se formavam em seu psiquismo. Buscava desta forma, que através da exteriorização e elaboração de seus conteúdos internos, houvesse a possibilidade da supressão da vida inconsciente, ou seja, que esta última não se apoderasse do indivíduo, mas, fosse integrada por ele.

Nise da Silveira escreve um livro intitulado *Imagens do inconsciente*, onde descreve o seu trabalho no Centro Psiquiátrico, em Engenho de Dentro. Realizou-se também um documentário, com o mesmo nome do livro, retratando o seu trabalho com os pacientes, de forma mais ilustrativa. Seu objetivo central era o de demonstrar a importância da arte como recurso no processo de integração da personalidade, através do desdobramento de um processo inconsciente: a individuação.

Individuação provém do latim *individuus*, que significa "indiviso", não fragmentado, ou "inteiro".

Para Jung, é o processo pelo qual os seres individuais são formados e diferenciados; em particular, é o desenvolvimento psicológico do indivíduo. Este consiste em uma jornada gradual e constante, para o nosso si mesmo autêntico (self), transformando nosso ego e ampliando nossa consciência, através da integração de aspectos inconscientes ao consciente.

5-A arte terapia

Não há um consenso do que seja arte terapia, apesar dessa técnica estar se difundindo e sendo amplamente utilizada. Existem várias definições daquilo que se pode designar por arte terapia, da mesma forma que existem vários modelos teóricos que lhe dão suporte. Para exemplificar o quanto os autores não se entendem a respeito do tema, utilizarei a obra de Andrade (1993) na qual este cita as palavras de Elinor Ulman.

Elinor começou trabalhando como pintora e posteriormente trabalhou em uma clínica psiquiátrica como professora de artes. Depois fez cursos de treinamento em arte terapia. Ela tenta conciliar os trabalhos de Edith Kramer e de Margaret Naumburg, as duas grandes iniciadoras e fundadoras da arte terapia nos EUA. Com a primeira trabalhou e escreveu diversos artigos. Com a segunda estudou e fez supervisão.

Ulman conta que ao entrar em contato com Naumburg para saber sobre seu parecer à obra de Kramer, fica espantada, pois, obtém como resposta que ela não leria tal livro, uma vez que este não lhe acrescentaria nada, pois esta última não era arte terapeuta, mas somente uma professora de arte.

Edith Kramer por sua vez, na abertura de seu livro, mostra sua compreensão acerca da diferença entre a arte terapia e a psicoterapia que pode se utilizar à arte como instrumento.

Ulman reforça que apesar de Kramer não ter citado nomes, deixa claro que não considera Naumburg uma arte terapeuta, apenas uma psicoterapeuta.

É possível então, começar a entender as diferentes opiniões sobre a arte terapia e as diferenças em ênfase ou no processo psicoterapêutico ou no artístico.

Atualmente, entre as diversas correntes de aplicação dos recursos artísticos na psicoterapia, existe uma discussão quanto ao uso técnico e conceitual da transferência e da contra-transferência. Existe então, uma diferenciação quanto ao modo de trabalhar e sua auto-denominação. Há os terapeutas que centram a questão no processo artístico propriamente dito e denominam o seu trabalho como "art as therapy". Outros se apresentam utilizando a arte como um instrumento facilitador do processo de comunicação entre o paciente e o terapeuta pois, desenvolve e facilita o diálogo, priorizando o processo psicoterapêutico. Estes, nomeiam sua prática "art psychotherapy".

Andrade (1993) discute as diferenças entre ambas as denominações e busca, pensando nestas, termos em português que traduzam os do inglês, sem perder seu sentido original e que sejam de fácil utilização.

Inicia sua tradução pelo termo "art as therapy", traduzindo-o por "arte como terapia" mas, acredita que este possa originar uma confusão de significados em português, uma vez que poderia se pensar que a arte por si só seria psicoterapêutica.

Pensa em “arte em terapia”, ou “arte na terapia”, no entanto conclui que também não traduziriam os significados exatos dos termos, criando igualmente uma confusão de sentidos em português.

Conclui assim que utilizará: “processos terapêuticos com uso de arte” para “art as therapy” e “psicoterapia através da arte para” “art psychotherapy”. Este último designa

o fazer arte com o objetivo de ser psicoterapêutico, baseando-se em uma situação específica, com normas técnicas delimitadas e embasadas em determinada abordagem teórica, para o desenvolvimento dos diversos aspectos da personalidade.

Levanta ainda um terceiro termo: “art psychotherapy” que traduz por “arte psicoterapêutica” e, o descreve como a arte sendo utilizada como um recurso para determinados fins terapêuticos.

Andrade, mesmo após sua busca por um sentido correto para as expressões citadas, conclui que estas serão de difícil utilização para a denominação das práticas terapêuticas e, “portanto, que será aceito por tradição e facilidade a denominação arteterapia, sem a devida diferenciação técnica”.(Andrade, 1993, p. 82).

Elinor Ulman baseada em sua experiência clínica, considera seu trabalho ocorrendo entre “art as therapy” e “art psychotherapy”. Diz que é necessário escolher entre diferentes posturas para que seja possível atender a determinados objetivos e necessidades do cliente e do atendimento psicoterápico. Relata que em “art psychotherapy” a arte tem o papel de uma ponte imediata para a fala, assim utiliza-a mais com os adultos. E, “art as therapy” por ser uma abordagem mais focada na própria arte, acredita facilitar o processo psicoterapêutico com as crianças.

Existe também um outro ponto que move uma discussão a respeito do termo arte terapia, que é a estética. Para alguns autores é esta que diferencia a arte terapia das técnicas expressivas; ou seja, para que determinado trabalho seja considerado arte terapêutico deve conter “elaboração

estética”. Em outras palavras, um terapeuta somente estará fazendo arte terapia com seu paciente uma vez que, sua obra tenha equilíbrio estético.

Tal visão, na minha opinião, é discutível. Como o paciente poderá expressar seus conflitos sob a forma de arte, equilibrada, se este se encontra em desequilíbrio emocional? Nesse caso a arte terapia somente poderia ser utilizada com indivíduos saudáveis e dominantes de seus conflitos. Seria assim uma auxiliar no processo de cura? Ou uma mantenedora dos processos “normais” do paciente?

Creio que a utilização do termo “arte terapia” gera mais confusão do que esclarecimentos, seja por sua significação, seja pelos profissionais que utilizam-se dela, seja por seu método.

Baseando-me nessa conclusão, não mais utilizarei o termo acima citado neste trabalho. Usarei o termo “recursos artísticos” e descreverei o seu uso quando necessário no contexto.

6-A utilização do lúdico: arte e brincadeira na infância e adolescência

“Antes de a criança conseguir utilizar a escrita formal, ela representa a realidade através do desenho que é parte constitutiva do processo de desenvolvimento e que, portanto, acaba possuindo uma narrativa que para o adulto muitas vezes pode não ser compreensível. Com a escrita se iniciando, a criança passa a ter a tarefa de fazer a transposição de significados de uma forma de representação para outra”.(Machado, 2001, p.4)

A criança até aprender a linguagem escrita e oral, comunica-se somente através de suas brincadeiras, na qual a arte está inclusa. Após a aquisição da linguagem oral e escrita, ela vai perdendo aos poucos a capacidade de simbolizar, como fazia antes –através da arte e da brincadeira - pois não mais as exerce, ao ponto de muitos adolescentes e adultos não praticarem mais essas formas de expressão. Isso demonstra um estreitamento no canal de comunicação, prevalecendo a linguagem gráfica e falada, a qual muitas vezes sofre bloqueios do crivo racional. Quando isso ocorre há uma grande perda, pois, é através do lúdico que a criança se manifesta, como demonstra Machado:

“Essa simbolização individual que contribui para o desenvolvimento e o processo de individuação, na criança, pode ser expresso a partir de representações com a brincadeira, pois ela acaba simbolizando e expressando aquilo que sente, questionando o mundo externo e consegue lidar melhor com o conflito, e até resolvê-lo”.(Machado, 2001, p. 19).

Para Andrade (1993), o ato de criar e o produto da criação tornam-se o porta-voz da tentativa de resolução do choque entre o que se apresenta ao indivíduo advindo da realidade objetiva e a maneira deste compreendê-la.

Segundo Case e Dalley (1994) a maioria das pessoas acredita que a metáfora sirva apenas para a linguagem falada; no entanto, os desenhos podem também operar em um nível metafórico. Quando isso ocorre, dizemos que há uma relação entre dois modos de expressão: o icônico e o lingüístico. Crianças por vezes são perguntadas sobre o significado de seus desenhos e como resposta se obtém um “eu não sei”; isto pode querer dizer que a criança ainda não tem muita habilidade com a pintura ou desenho, como também que aquele desenho, não tem um significante lingüístico, em outras

palavras, que a linguagem que utilizamos não pode explicá-lo totalmente. No entanto com o desenvolvimento da criança e sua culturização ela passa apenas a desenhar coisas que tenham correspondência na linguagem escrita e oral, ou seja, um significado.

Ao deixar de lado essa forma de linguagem representacional, há um cerceamento da expressão humana e de sua ligação com o si mesmo. Existem aspectos que somente podem ser trabalhados e desenvolvidos através do lúdico, sejam eles no jogo, na brincadeira ou na arte, como explica Pinna:

“A arte terapia ajuda a criança a expandir os seus potenciais e recursos para que o seu desenvolvimento transcorra de maneira saudável e integrada, desenvolvendo sua criatividade, aumentando a sua autoconfiança e auto-estima, facilitando a sua aprendizagem. A arte terapia ajuda os adolescentes a trabalhar questões inerentes ao seu momento de transição, promovendo e facilitando a auto-expressão, a construção de sua identidade e de uma auto-imagem positiva e condizente com suas potencialidades, aumentando sua auto-estima e ajudando-os a organizar o caos interno atual, levando à estruturação de uma nova ordem em suas vidas.”

(http://patriciapinna.psc.br/arte_crianca.htm)

A arte e o lúdico permitem que a criança e o adolescente se expressem, espontaneamente, experimentando-se perante a realidade. Segundo Andrade (1993) o “fazer arte da criança” é utilizado muitas vezes como uma expressão para quando esta desobedece, pois é neste momento, quando a criança utiliza as coisas de formas inusuais como forma de experiência. Ao descobrir e conhecer coisas novas pode desrespeitar as regras.

É preciso entender a importância deste fato para o seu desenvolvimento psíquico, mental e físico. Ao entrar em contato com objetos ou ambientes novos, ela precisa adaptar-se e, utiliza ambos seu repertório já conhecido e sua criatividade para tanto. E dessa forma que a criança começa a resolver os seus pequenos problemas. É através do desenvolvimento dessa capacidade de adaptara-se ao desconhecido que o adulto torna-se mais ou menos apto a enfrentar a realidade, em aspectos como: ser suscetível ao estresse e às mudanças, ser flexível, ter relacionamentos interpessoais etc. Isso fica expresso na citação de Andrade:

“A arte, como quer que seja entendida, tem uma função extremamente importante e essencial para o desenvolvimento humano podendo fazer a integração de elementos conflitantes: impulso-controle, amor-acolhimento, versus ódio-agressividade, sentimento-pensamento, fantasia-realidade, consciente-inconsciente, verbal, pré-verbal e não verbal. A função das artes tem sido explicada dentro de diversas teorias e todas elas reconhecem nela uma qualidade integrativa inerente, um poder de unir forças oponentes dentro da personalidade. Favorece a reconciliação das necessidades do indivíduo com as demandas do mundo exterior pode ser compreendido como a função psicológica da arte”.(Andrade, 1993, p.27 e 28).

7-A arte como facilitadora

“E enquanto admitirmos apenas o símbolo discursivo como portador de idéias, o ‘pensamento’, nesta acepção restrita, tem de ser considerado como nossa única atividade intelectual”.(Langer, S. –**Filosofia em nova chave**, 1971, p.93).

Muitas vezes, a dificuldade em expressar um sentimento em palavras pode ser facilitada através da expressão artística. Quando o indivíduo desenha, pinta, modela uma escultura ou constrói uma história ou poesia ele pode estar utilizando instrumentos que facilitem essa transposição. Tanto o fazer da arte (a influência das cores utilizadas, dos materiais, etc.) quanto o processo de elaboração e reflexão do que é produzido são vistos como transformadores para os indivíduos que criam. “Segundo psiquiatras, terapeutas, neurologistas e artesãos, o poder da criação e realização das mãos tem papel fundamental na recuperação da auto estima e do bem estar e traz resultados positivos para o aumento da capacidade de concentração e de planejamento de quem os usa”. (Folha de São Paulo, 19/08/2004, p. 9), como reforça a psiquiatra Anna Veronica Mautner, que em entrevista para a Folha de São Paulo, diz que “o fato de realizar algo eleva a auto-estima”. Além disso, estimula-se a imaginação e a criatividade tornando possível ao paciente “viver momentaneamente uma outra realidade”, ou seja, o indivíduo pode “transportar-se” para um outro ambiente e usufruir deste, quando está absorto em seu trabalho. Como explica a neuropsicóloga Anita Taub também em entrevista para a Folha de São Paulo, “se pedirmos para um paciente com dor apertar uma bolinha, ele deslocará a atenção para a mão, assim, a dor sai da área cognitiva e passa para a motora e ela para de pensar que está com dor”. Outra função da utilização de um recurso artístico é de permitir ao sujeito experimentar-se e, a outras formas de ser, sem precisar sair de onde está e sem infringir as regras sociais. Segundo Andrade:

“Ao dar livre curso as expressões das imagens internas, o indivíduo, ao mesmo tempo, em que as modela, transforma a si mesmo. Ao conhecer aspectos próprios se recria, se educa e sobretudo pode experimentar inserir-se na realidade de uma maneira nova. A pintura, o desenho e toda expressão gráfica ou plástica, bem como a música, a dança, a expressão corporal e dramática formam um instrumental valioso para o indivíduo reorganizar sua

ordem interna, ao mesmo tempo reconstruir a realidade.” (Andrade, 1993, p.123).

A professora de inglês Marília Tardin, que concedeu uma entrevista para a Folha de São Paulo (19 ago. 2004, p.7), fala de sua experiência com um dos recursos artísticos: “o barro me ensinou a ter paciência. Ele tem um tempo próprio. É preciso esperar para secar, tem a primeira queima e, às vezes, a peça quebra porque fica ar dentro. Aprendi a baixar meu nível de cobrança, não existe o certo e o errado quando você está criando”.

Assim, o sujeito pode obter diferentes formas para expressar suas emoções, abrindo canais de comunicação com o mundo e também com o psicoterapeuta; ou seja, o processo arte terapêutico vai facilitando a abertura de novas direções e formas diversas de comunicação nas relações interpessoais e também profissionais. Segundo Viola (1994) “a expressão artística e seu potencial criativo podem contribuir muito para a ampliação da consciência através da expressão da imagem e do contato com ela”, permitindo a identificação de sentimentos e bloqueios na expressão emocional e afetiva e ajudando na sua elaboração.

7.1-Diferentes técnicas

Existe uma imensidade de opções de técnicas a serem utilizadas no trabalho lúdico/artístico do psicólogo. Citarei algumas das mais utilizadas e conhecidas, já lembrando que todas podem ser adaptadas à realidade do paciente e modificadas frente à criatividade do psicoterapeuta.

Nomeio todas essas técnicas de mediadores de expressão. Um mediador de expressão, no sentido lato, é tudo aquilo que permita a expressão de conteúdos do inconsciente relacionando-os com o meio exterior.

Os mediadores podem ser divididos em categorias relativas aos materiais que utilizam para alcançar o seu objetivo. Estas são: as artes plásticas (pintura, desenho, escultura, barro, colagem), a expressão corporal (mímica, dança/movimento, representação/dramatização e algumas técnicas do psicodrama), a expressão vocal (voz/canto), a música (processo ativo, utilizando instrumentos musicais ou processo receptivo na audição musical), os fantoches/marionetes, alguns jogos, as caixas de areia, a imaginação ativa (as fantasias guiadas e

a expressão de conteúdos da imaginação), os contos de fadas, a escrita livre e criativa, imagens/fotografias, projeção de diapositivos na utilização de técnicas projetivas, a arte culinária; além de outras tantas.

Os recursos artísticos facilitam a relação entre o paciente/cliente e o terapeuta, pois ao reclinar-se sobre algum trabalho artístico a pessoa expõe seus conteúdos com menor resistência e, assim, estes, permitem que a pessoa na psicoterapia expresse-se utilizando além da linguagem verbal, também a forma não verbal, facilitando o processo psicoterapêutico.

“Para a Psicologia Analítica, essa forma de linguagem não verbal (...) pode ser útil principalmente se pensarmos em desenho. Nesta abordagem, utiliza-se de vários meios para chegar a resolução do conflito e, o desenho pode dar ao terapeuta uma visão da dinâmica inconsciente do paciente”.(Machado, 2001, p. 8).

A utilização do recurso da metáfora e do simbólico, através da expressão mediada, permite dizer os "não ditos" de forma menos ameaçadora e dar-lhes sentido, através da verbalização, facilitando assim a reparação.

“Os símbolos, de acordo com Jung, são a forma primária pela qual o inconsciente consegue se expressar, por isso acaba sendo um ‘meio de comunicação’ entre as duas polaridades”.(Machado, 2001, p. 13). “O símbolo configurado em materialidade, leva à compreensão, transformação, estruturação e expansão de toda a personalidade do indivíduo que cria.” (Arte Terapia. <http://www.arteterapia.org.br/>)

Assim, segundo Salles “a comunicação verbal é insuficiente e mesmo inadequada em alguns casos, pois estão subordinadas à razão” (Carlos Alberto Salles, apud Viola, 1994, p. 16) não permitindo esta, muitas vezes, que conteúdos importantes venham a tona.

8-O paciente renal

“No caso da doença renal, Dethlefsen e Dahlke (1983) afirmam que os rins são órgãos da parceria, da relação que envolve a pessoa e o outro, o indivíduo e a família, os amigos e o trabalho. Na realidade é o órgão que trabalha, e do seu trabalho depende todo o organismo, é vital o seu funcionamento; ele também filtra as impurezas, o ‘mal que vem de fora’”.(Maciel, 2002, p. 78).

8.1-Os rins

O sistema urinário normal é formado por dois rins, dois ureteres, uma bexiga e uma uretra. Os rins, que normalmente são dois, estão localizados na porção posterior do abdome e suas extremidades superiores ficam localizadas na altura dos arcos costais mais inferiores. Cada rim tem a forma de um grande grão de feijão. O rim à direita quase sempre é menor e está situado um pouco abaixo do rim esquerdo. Os rins se movimentam, para baixo e para cima, de acordo com a respiração da pessoa.

O sangue chega aos rins através das artérias renais. Estas têm origem na artéria aorta abdominal. Após circular pelos rins, o sangue retorna à veia cava abdominal através das veias renais. Os rins recebem cerca de 1,2 litros de sangue por minuto, ou seja, cerca de um quarto do sangue bombeado pelo coração. Isso equívale a dizer que os rins filtram todo o sangue de uma pessoa cerca de 12 vezes por hora. Com base nisso, é possível entender o porquê do balanço sadio da química interna de nossos corpos dever-se em grande parte ao trabalho dos rins. Embora sejam pequenos, cada rim tem o tamanho aproximado de 10 centímetros, nossa sobrevivência depende do funcionamento normal destes órgãos vitais.

Os rins são responsáveis por quatro funções no organismo, sendo estas: filtrar o sangue eliminando impurezas (1); estimulação da produção de sangue e dos glóbulos vermelhos e, formação e manutenção de ossos normais (2); regulação da pressão arterial (3) e, controle do balanço químico e de líquidos de nosso corpo (4).

(1) Eliminação de toxinas: de maneira muito parecida ao trabalho dos filtros, os rins trabalham para conservar o corpo livre de toxinas. O sangue entra nos rins através da artéria renal, assim que o sangue chega aos rins, as toxinas são filtradas para a urina. O sangue limpo volta ao coração por uma veia renal;

(2) Produção de glóbulos vermelhos e formação de ossos: a formação de ossos saudáveis e a produção dos glóbulos vermelhos no sangue necessitam da função normal de nossos rins, pois eles regularizam as concentrações de cálcio e de fósforo no sangue e produzem uma forma ativa da Vitamina D. Além disso, os rins liberam o hormônio chamado de eritropoetina que ajuda na maturação dos glóbulos vermelhos do sangue e da medula óssea. A falta deste hormônio pode causar anemia;

(3) Regulação de pressão sanguínea: a pressão alta sanguínea (hipertensão) pode ser a causa ou também o resultado da enfermidade renal. O controle da pressão arterial sanguínea também é uma função dos rins. Estes órgãos controlam as concentrações de sódio e a quantidade de líquido no corpo. Quando os rins falham e não cumprem com estas funções vitais, a pressão sanguínea pode elevar-se e pode ocasionar inchaço (edema). Os rins também secretam uma substância chamada renina. A renina estimula a produção de um hormônio que eleva a pressão sanguínea. Quando os rins não funcionam bem se produz renina em excesso e isto pode resultar em hipertensão. A hipertensão prolongada danifica os vasos sanguíneos, causando assim falha renal;

(4) Controle do balanço químico e de líquido do corpo: quando os rins não funcionam apropriadamente, as toxinas se acumulam no sangue. Isto resulta em uma condição muito séria conhecida como uremia. Os sintomas da uremia incluem: náuseas, debilidade, fadiga, desorientação, dispnéia e edema nos braços e pernas.

Há toxinas que se acumulam no sangue e que podem ser usadas para avaliar a gravidade do problema. As principais substâncias utilizadas mais comumente para este propósito se chamam uréia e creatinina. A enfermidade dos rins se associa frequentemente com níveis elevados de uréia e de creatinina.

8.2-Insuficiência renal

A Insuficiência renal ocorre quando há a perda das funções dos rins, podendo esta ser aguda ou crônica.

8.2.1-Insuficiência Renal Aguda (IRA)

Em alguns pacientes com doenças graves, os rins podem parar de funcionar de maneira rápida, porém temporária. Rápida porque a função renal é perdida em algumas horas e temporária porque os rins podem voltar a funcionar após algumas semanas. À esta situação os médicos chamam de insuficiência renal aguda. Em muitas ocasiões o paciente necessita ser mantido com tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar.

8.2.2-Insuficiência Renal Crônica (IRC)

“Crônica, de acordo com Aurélio, vem do grego “cronikós” e do latim “chronicer”: relativo a tempo. Que dura há muito. Persistente, entenhado. Doença crônica diz-se das doenças de longa duração, oposição às de manifestação aguda”. (Freitas, 1996, p. 16)

Insuficiência renal crônica é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. A IRC é o resultado das lesões renais provocadas por doenças que tornam o rim incapaz de realizar as funções para as quais é exigido. Geralmente, quando surge uma doença renal, ela ocorre nos dois rins, raramente atingindo um só.

O ritmo de progressão depende da doença original e de causas agravantes. Muitas vezes a destruição renal progride pelo desconhecimento e descuido dos portadores das doenças renais, pois, por muitas vezes ser lenta e progressiva, esta perda resulta em processos adaptativos que, até um certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença. Isso é reforçado pela fala do Doutor João Egidio Romão Junior, professor livre-docente de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo:

“O número de pessoas que sofrem de doenças renais é muito grande. Algumas sofrem de doenças que não são graves. Outras apresentam doenças como a diabetes e pressão alta que, se não tratadas de maneira correta, podem levar à falência total do funcionamento renal. E, finalmente, existem pessoas que quando sentem alguma coisa, já têm os rins totalmente paralisados”.

Logo, descobrir a IRC e o acompanhamento médico adequado às doenças renais é importante para prolongar o bom funcionamento do rim por maior tempo possível, mesmo com certos graus de insuficiência.

Em cada 5.000 pessoas uma adoece dos rins devido à tipos de doenças, sendo as três mais comuns a hipertensão arterial, a diabetes e a glomerulonefrite.

A hipertensão arterial (pressão alta) é uma importante causa de insuficiência renal. Como os rins são os responsáveis no organismo pelo controle da pressão, quando eles não funcionam adequadamente e, há subida na pressão arterial que, por sua vez, piora a função renal, fecha-se assim um ciclo de agressão aos rins. O controle correto da pressão arterial é um dos pontos principais na prevenção da insuficiência renal e da necessidade de se fazer diálise.

O diabetes é um grande causador da falência dos rins, com um número crescente de casos. Alguns pacientes, após cerca de 15 anos, começam a ter problemas renais. As primeiras manifestações são a perda de proteínas na urina (proteinúria), o aparecimento de pressão arterial alta e, mais tarde, o aumento da uréia e da creatinina no sangue.

Outra causa muito freqüente de insuficiência renal é a glomerulonefrite (“nefrite crônica”). Ela resulta de uma inflamação crônica dos rins. Depois de algum tempo, se a inflamação não for curada ou controlada, pode haver perda total das funções dos rins.

Além destas três, existem outras causas de insuficiência renal sendo estas: rins policísticos (grandes e numerosos cistos crescem nos rins, destruindo-os), a pielonefrite (infecções urinárias repetidas devido à presença de alterações no trato urinário, pedras nos rins (cálculos renais), obstruções, etc.) e doenças congênitas (“de nascença”). Quando o rim adoece, ele não consegue realizar as tarefas para as quais foi programado, tornando-se insuficiente ou inútil.

O rim pode perder 25%, 50% e até 75% das suas capacidades funcionais, sem causar maiores danos ao paciente. Até que tenha perdido cerca de 50% ou mais de sua função renal, os pacientes permanecem quase que sem sintomas. A partir daí podem aparecer sintomas e sinais os quais podem ser ignorados pelo paciente, se estes não o incomodarem muito. São estes: anemia leve (palidez anormal), fraqueza e desânimo constante, pressão sangüínea elevada, edema (inchaço) ao redor dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes à noite para urinar), alteração da cor da urina (urina muito clara, sangue na urina, etc.), urina com espuma, dor ou ardor quando estiver urinando, dor lombar, náuseas e vômitos freqüentes pela manhã. Com os rins funcionando somente com 10-12% da sua capacidade normal, é possível tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz abaixo destes valores, começam a surgir problemas de saúde devido às alterações funcionais graves e progressivas; os exames laboratoriais tornam-se muito alterados e, se faz necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal: diálise ou transplante renal. Segundo o

Doutor João Egidio Romão Junior, “na maioria das vezes o tratamento dialítico deve ser feito para o resto da vida, se não houver possibilidade de ser submetido a um transplante renal”.

8.3-O tratamento dialítico

A diálise pode ser de dois tipos: peritonial e extracorpórea. No primeiro, o paciente pode realizá-lo em sua própria residência, tendo que executá-lo em torno de três vezes ao dia, com duração de uma hora cada. Consiste na eliminação de substâncias tóxicas ao organismo por uma troca entre o sangue e uma solução dialisadora, através de uma membrana semipermeável. Para que a equipe médica permita esse procedimento é necessário levar em conta muitas variáveis, tais como: higiene do paciente, local onde reside, aderência ao tratamento, possibilidades físicas e mentais. Apesar de este tipo de diálise ser menos desgastante que o próximo descrito, ele também é bastante incômodo ao doente renal, pois ele tem que retornar à casa várias vezes ao dia, para sua realização.

Já a hemodiálise extracorpórea, é realizada três vezes por semana por quatro horas cada sessão. Nesta, o paciente precisa ir ao local de tratamento, onde fica “ligado” a máquina de hemodiálise, vendo o seu sangue sair por tubos de dentro de seu corpo até a máquina e depois retornar. O sangue é retirado de uma artéria e é purificado através de um dialisador, o qual fica imerso em uma solução de concentração eletrolítica semelhante ao plasma. Para tanto é necessário uma bomba. Os pacientes que se utilizam desse tipo de diálise devem se submeter a uma cirurgia, para colocação de um aderivação, que é um catéter preso ao corpo, ou para a fístula, que consiste na junção entre a artéria radial e a veia cefálica, para que sejam mais facilmente pulsionadas. É bastante comum a ocorrência de problemas durante a hemodiálise, tais como: o paciente sentir-se mal, a agulha soltar-se do local onde está fixada, o líquido filtrador estar contaminado, fazendo com que a máquina solte um alerta para chamar um enfermeiro, tornando assim, este lugar um gerador de estresse e cansaço físico. Além disso, segundo Freitas a própria cronicidade da doença já é fonte de estresse pois: “pela ameaça de morte, pela necessidade de controle médico sistemático, modificam-se rotinas e natureza de trabalho, lazer e convívio familiar”. (Freitas, 1996, p.16).

9-Aspectos psicológicos do paciente renal

Como já foi demonstrado, o paciente renal durante o período de tratamento dialítico, é submetido a diversas modificações em sua vida. O paciente ao descobrir que tem algum problema renal passa por um processo de aceitação da doença e também de seu tratamento. Todas as alterações feitas visam o seu bem estar e o prolongamento de sua vida, no entanto, elas acarretam inúmeras limitações e mudanças tais como: dietas alimentares restritas em água, sal, alimentos gordurosos entre outros, rotina diferente em decorrência do tratamento e da doença, não podendo muitas vezes trabalhar, nem estudar, limitações físicas (cansaço), alterações corporais (fístulas), impedimento da realização de algumas tarefas, seu desempenho sexual se modifica, assim como seu corpo, além do constante contato com a morte, através da máquina de hemodiálise, a qual deve se submeter algumas vezes por semana. Esta ao mesmo tempo que “dá a vida” pode tirá-la a qualquer momento.

Assim, segundo Almeida:

“Todas as alterações vivenciadas o levam a experienciar inúmeras perdas. Suas atividades cotidianas (escolares, sociais, profissionais, domésticas...) são alteradas e/ou interrompidas. Há perda da independência e da liberdade em função do tratamento dialítico”. (Almeida, 1994, p.3)

Isso fica expresso em uma fala de um paciente do Hospital do rim e Hipertensão “todas as coisas ruins aconteceram ao mesmo tempo em minha vida: perdi os meus rins, minha namorada me largou, tive que parar de estudar e de trabalhar por causa da hemodiálise”.(sic).

A partir disso, segundo o mesmo autor, “diante das alterações tão significativas, ao paciente é colocada a tarefa de elaborar lutos. Luto pelo corpo que já não é mais o mesmo, pela autonomia que até então dispunha”. (Almeida, 1994, p.4). A partir desse quadro, o paciente renal crônico, precisa acostumar-se com essa sua nova vida e suas limitações. É um processo que cada um enfrenta de diferentes maneiras. Alguns demonstram insegurança e dúvida frente ao tratamento, enquanto outros têm vontade de desistir após algum tempo.

O paciente passa assim a esperar o transplante e a idealizá-lo como a única saída para essa vida cheia de privações e sofrimentos. Surgem diversas fantasias a respeito. O paciente sonha em retornar à sua vida anterior ao problema renal, podendo retomar tudo o que ficou para trás.

No entanto, ao mesmo tempo que o novo rim torna-se um objeto psíquico carregado de bons conteúdos, ele também desperta o medo da rejeição após o transplante. Torna-se, portanto um objeto carregado de conflitos e tendências ambivalentes, oferecendo a cura, por um lado por outro há a negação de todos os possíveis problemas cirúrgicos e clínicos que podem ocorrer neste procedimento.

Segundo Patah “podemos observar (...) que a idéia do transplante implica numa apropriação de um novo objeto. Paradoxalmente há um objeto que embora reparador e revitalizante, resulta da morte de outra pessoa” (Patah, 1991, p.39) pois, o rim a ser transplantado pode ser doado por uma pessoa viva ou vir de um paciente com morte cerebral (encefálica), sendo este assim, um momento de grande angústia e estresse, pois o paciente depara-se frente a frente com a morte (a do cadáver, doador e, a possibilidade de sua própria morte).

O paciente pós-transplantado adquire um vigor e sente-se eufórico. Isto ocorre, segundo Blay (1980) (Almeida, 1994, p.5), graças a essas fantasias de morte que afloram diante de uma cirurgia e quando o paciente retorna desta, sente-se “voltando a vida”.

“Entretanto, logo o paciente irá confrontar-se com a realidade. Ao vivenciar as situações rotineiras que envolvem sua internação pós-transplante e as primeiras intercorrências, sentir-se-á ameaçado e passará a temer a perda desse “objeto bom” parcialmente introjetado. Assim, o paciente iniciará o longo processo de adaptação a essa nova situação, não de ‘cura’ e renascimento, mas de início de uma nova etapa da vida.

A idealização em torno do transplante começa a dar lugar a uma percepção mais realista deste procedimento”. (Almeida, 1994, p.5). A partir disso, nota-se como é importante um trabalho com o paciente em todos os momentos da doença; tanto no momento crônico, de descoberta da insuficiência renal e adaptação ao tratamento, quanto no período pré-transplante, para amenizar os conflitos e proporcionar uma maior adaptação ao novo órgão, até o estágio pós-transplante, no qual o paciente precisa entender e compreender esse novo momento de sua vida e se adequar a ele.

“Sabe-se, por toda literatura a respeito, o quanto é trabalhoso o processo de incorporação psicológica de um órgão estranho ao organismo. Esta posse psicológica do novo órgão é um fenômeno muito singular que pode suscitar especiais conflitos. Dependendo desta capacidade de internalização e do grau de conflito e angústia sobre a aquisição, esta integração psíquica do órgão pode não ocorrer. Alguns autores mencionam que o transplante pode, inclusive, ser um foco de degeneração das defesas psicológicas do paciente”. (Patah, 1991, p.39).

10- A instituição hospitalar

“O hospital serve para tratar as pessoas que não podem se tratar em casa”. (Campos, 1995, p.22).

Através de Gonçalves e Borba (apud Campos, 1995, p.15-19) podemos ver como se deu o início e a trajetória da instituição de saúde nomeada hospital. O significado dessa expressão surge do latim “hospes”, significando hóspede e, originando hospitalis. Na antigüidade, os hospitalis eram utilizados para abrigarem doentes e viajantes.

Na Antiga Grécia, Egito e Índia os futuros médicos estudavam próximo aos templos, atendendo os enfermos em suas casas. Na Grécia, existem construções semelhantes aos hospitais dedicadas a Esculápio. Frente à estátua de Esculápio eram colocados os doentes que eram medicados pelos sacerdotes, à espera da cura. Já na Índia, construções semelhantes aos hospitais ficavam junto às estradas, onde passavam os exércitos e, portanto, onde os soldados descansavam e tratavam, quando havia necessidade. Com o tempo, surgem lugares assim, também para civis, onde, além de também descansarem e tratarem de suas enfermidades, pessoas com doenças contagiosas eram afastadas da sociedade e mantidas reclusas, muitas vezes até sua morte, uma vez que os medicamentos não tinham muita eficácia.

A finalidade desses “hospitais” , como se pode perceber, era de isolar pessoas fisicamente doentes, com problemas mentais, com anomalias e, de forma geral todas as que eram mal vistas pela sociedade, escondendo-as e deixando-as a sua própria sorte.

Essa visão de afastar o que incomoda, somente começa a modificar-se perante a influência da religião cristã. Nessa época o homem passa a relacionar-se com o próximo de forma mais fraterna, preocupando-se não unicamente consigo, mas com o outro também. Assim, em meados do século 360 d.C. surge em Roma, uma instituição que se aproxima do entendimento que temos de um hospital atualmente, prestando assistência e cuidando da saúde de acordo com as limitações da época.

A partir disso, foram-se criando mais hospitais em diferentes localidades, onde idosos, doentes crônicos e, pessoas desprovidas de saúde e recursos econômicos eram cuidados por religiosos, exercendo a caridade e o amor ao próximo. A máxima era “Amai ao próximo como a ti mesmo”. O cuidar do próximo era feito, portanto, como um ato de doação de si mesmo e sob

preceitos religiosos. Os doentes com poder aquisitivo pagavam aos “médicos” para tratá-los em suas residências.

Como visto, os médicos-cuidadores, até esse momento eram padres e monges que pouco conheciam sobre as doenças e, suas interferências eram basicamente paliativas e de acolhimento das necessidades. Usavam os medicamentos de forma empírica nos doentes, não tinham preocupação com a higiene, pois não conheciam as causas das infecções enfim, era tudo feito de forma muito experimental e sem preocupação real com o doente; pois “doar-se” era uma forma de buscar a salvação pessoal.

Com o passar dos anos, os profissionais foram aprofundando seus conhecimentos sobre a fisiopatologia e etiopatologia das diversas afecções, podendo, então, destinar atendimentos compatíveis com cada patologia e com o seu grau específico de evolução. A partir destas novas informações, surgiu a medicina preventiva.

Atualmente, a função hospitalar abrange desde mecanismos de promoção da saúde preventiva até os cuidados de reabilitação e a possibilidade de propiciar um final de vida com qualidade, e uma morte digna. Porém, entre estes extremos, o hospital também possui como funções efetuar diagnósticos, permitir a cura, orientar a comunidade sobre os cuidados com a doença, assistir aos familiares dos doentes e, também, executar pesquisas no campo da saúde, possibilitando o aperfeiçoamento profissional.

É essencial lembrar que aquele a quem denominamos doente é também uma pessoa com uma história de vida, familiares, amigos, deveres e direitos, portanto, com um contexto vivencial. A partir do momento em que o tratamento desta pessoa implica cirurgia e/ou internação, há um rompimento no seu contexto vivencial, no seu cotidiano. O hospital, por ser percebido como um local destinado à doença e aos doentes, remete o paciente à concepção de dor, sofrimento e, finalmente, morte, pois o paciente (especialmente o homem ocidental), ao saber que será internado numa instituição hospitalar, percebe-se na eminência da morte, aflorando, assim, sentimentos de angústia, negação, culpa, regressão, revolta, solidão, perdas, entre outros.

11-O psicólogo no hospital

O profissional de psicologia sempre foi muito conhecido por seu trabalho na clínica psicológica, no entanto, como apontado abaixo, desde a regulamentação desta profissão, já foi estabelecido a sua atuação em outros contextos além do já citado.

A profissão de psicólogo foi sancionada em 27 de agosto de 1962, sendo estabelecidos e regulamentadas suas atribuições:

“O psicólogo clínico exerce suas funções em clínicas psicológicas, pertencentes a uma organização, algumas vezes universitárias, onde se configura o caso das clínicas – escola, ou constituindo-se em consultório particular. Trabalha também em organizações médicas e hospitalares, quer hospitais comuns, clínicas de repouso, enfermarias psiquiátricas ou comunidades terapêuticas e institutos de reabilitação, integrando equipe com assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e médicos em várias especialidades, visando um atendimento completo do paciente e sua recuperação”. (Van Kolck apud BelKiss, 1987, p. 25)

O psicólogo dentro do hospital é algo recente. Este profissional vem integrar a equipe do hospital, juntamente com outros profissionais, pela necessidade de tornar esse ambiente mais humanizado. Começa-se a perceber o paciente não somente como um corpo doente e sim a vê-lo de forma mais global. “Segundo Balint (apud Campos, 1995, p. 57) há necessidade de uma avaliação clínica do conjunto, em que as angústias, a depressão, as preocupações, as relações do paciente com o ambiente familiar e social são integradas ao exame geral”. Cria-se uma equipe multidisciplinar, na qual além de médicos, enfermeiros e assistentes de enfermagem, são integrados o psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional entre outros.

Esse período de mudança teve início em torno de 1980 com os trabalhos da pioneira em psicologia hospitalar Mathilde Neder. Existem ainda hospitais que não possuem uma equipe com diversos profissionais. Isso pode ocorrer por problemas financeiros da instituição de saúde ou ainda pela desvalorização e/ou não compreensão do papel de alguns profissionais, que não médicos e, de seu auxílio para com o doente.

Com a campanha de humanização nos hospitais iniciam-se algumas mudanças significativas, ou seja, procedimentos são revistos. Há permissão para que algumas crianças doentes possam internar-se com um acompanhante que, diferentemente de antes, fica no hospital junto a elas. Essa medida faz com que se sintam mais seguras, pois elas não criam fantasias de abandono e não se sentem sozinhas. Os pacientes são chamados pelo nome e não, pelo número do leito ou pela doença. Isso torna o ambiente menos opressor e menos desconhecido ao paciente, há também espaço para que pergunte sobre a sua doença, tirando dúvidas, ansiedades e fantasias existentes que podem até atrapalhar ou danificar o tratamento.

“Em estados de estresse ou de pressão, o organismo perde a capacidade de reconhecer e anular células malignas mutantes que passam a ser reproduzir livremente. Esse é um motivo pelos quais (...) quando o sentimento de culpa é muito intenso, (...) é necessário ajuda psicológica para evitar que o estado emocional impeça de responder positivamente ao tratamento”. (Freitas apud Campos, 1995, p.45).

É importante lembrar que corpo e mente estão em simbiose, influenciando-se mutuamente; ou seja não é possível querer separá-los ou fazer uma distinção entre ambos. Groddeck (apud D’Epinay apud Maciel, 2002, p.77) nunca estabeleceu diferença entre doença física e psíquica; para ele “toda doença física é igualmente psíquica e toda doença psíquica é igualmente física”. Sendo este o princípio da psicossomática.

Assim, um olhar holístico começa a ser lançado sobre o paciente e tenta-se, através da equipe multidisciplinar, relacionar-se com ele como um ser humano inteiro, e não como um quebra cabeça de várias partes. Os profissionais conversam entre si, trocando informações valiosas sobre o paciente, o que os auxiliam nas suas áreas específicas de atuação. Cada profissional contribui com diferentes informações para uma visão mais completa do doente, evitando contrariedades no tratamento e outros problemas que possam surgir pela falta de comunicação. O prontuário do paciente, muitas vezes é o local onde isso pode ocorrer pois, muitas vezes não é possível haver reuniões freqüentes no hospital, em função da rotina carregada dos profissionais da saúde.

O psicólogo participa dessa rede, auxiliando o paciente, de diversas formas. Quando a pessoa chega ao hospital e é internada ela pode receber essa notícia de várias maneiras: pode estar ciente do ocorrido e ter vindo preparada, pode estar ciente, mas temerosa com a internação ou pode não estar preparada e nem saber da internação por não ter sido avisado pelos familiares ou receber a notícia na hora, em função do resultado de exames que fez.

O diagnóstico de uma doença e/ou a necessidade da pessoa ficar internada podem ocasionar uma situação de crise na vida desta e de seus familiares, onde as alterações físicas, os períodos de certezas e dúvidas, de estabilidade e crise, incertezas quanto ao futuro, frustrações, adiamento de sonhos e projetos, sentir-se vulnerável, sem o controle da vida, pode acontecer de forma inesperada. Os pacientes bem como aos seus familiares, não estando assim preparados para enfrentar tal situação.

Em geral o diagnóstico de uma doença e a necessidade de internação requer o enfrentamento do paciente e seus familiares, onde ambos terão que aprender a lidar com o ambiente hospitalar, com o diagnóstico, com condutas terapêuticas, com a dor, com a incapacitação e outros sintomas, além de estabelecer e manter relacionamentos com a equipe de saúde.

Cabe ao psicólogo hospitalar ouvi-lo e tentar acalmá-lo, oferecendo condições para a expressão de possíveis dúvidas, fantasias, temores e falsos conceitos em relação à doença e ao tratamento; conversando sobre eles, auxiliando na compreensão dos aspectos emocionais, na adaptação do paciente às condições de hospitalização, dando suporte e apoio, respeitando os momentos vivenciados pela pessoa doente, pelos familiares e pela equipe envolvida no processo.

“O psicólogo tem por função entender e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma e na patologia, para ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente, para que possa auxiliá-lo no enfrentamento desse difícil processo, bem como dar à família e equipe de saúde subsídios para uma compreensão melhor do *momentum* de vida da pessoa enferma”.

(Angerami-Camon, 2001, p. 174).

Além disso, sendo este um momento de impasse e, muitas vezes gerador de crises, pode levar o doente a questionar-se, como demonstra Campos “muitas pessoas, através de seu adoecer

e de sua internação, têm a oportunidade de reflexão sobre seu modo de vida, suas necessidades, suas vontades, suas características”. (Campos, 1995, p. 49), assim, “como um profissional da saúde, o psicólogo poderia facilitar ao paciente a identificação e o reconhecimento do que está acontecendo com ele, ou seja, aclarando o que existe, o que está vivendo e o significado para ele”. (Campos, 1995, p. 90). “É necessário que o profissional da saúde crie condições, para que o paciente consiga refletir sobre o significado do adoecer”.(Campos, 1995, p. 60).

Cabe ao psicólogo hospitalar observar, ouvir, procurar compreender as palavras e o silêncio do paciente, uma vez que “o paciente em seu diálogo, transmite mensagens que ultrapassam as informações relativas ao mau funcionamento de seu corpo” (Campos, 1995, p. 57). Deve fazer uma análise, buscando uma visão ampla do que está acontecendo com ele, bem como somar esforços junto com a equipe de saúde, no sentido de promover o bem-estar e a melhora da saúde psicológica do paciente e seus familiares, procurando conscientizar e auxiliar a aceitação do diagnóstico e das medidas terapêuticas mais adequadas, com o intuito de torná-los membros ativos no tratamento, visando contribuir para a adaptação e retorno do paciente à rotina de vida mais próxima que possuía antes do processo de doença.

Como já foi dito, é função do psicólogo hospitalar promover a humanização do atendimento aos pacientes, melhorando sua qualidade de vida e de seus familiares, minimizando o sofrimento frente à situação de doença, hospitalização e óbito.

Esse profissional deve também procurar conscientizar e auxiliar o paciente e seus familiares frente ao momento vivido. Avaliar o grau de comprometimento emocional do paciente, causado pelo processo de doença, tratamento e internação, propiciando continuidade no desenvolvimento das capacidades e funções não prejudicadas pela doença. Lancetti:

“(…) aponta que o psicólogo, além de diagnosticar e classificar, tem de entender, compreender o que está envolvido na queixa e no sintoma, na patologia(…). (...) precisa ter sensibilidade para diferenciar o paciente apático-deprimido do ‘bonzinho’ que ‘não dá trabalho’ (...).”(Lancetti apud Campos, 1995, p. 67).

O psicólogo hospitalar deve, portanto favorecer a expressão de sentimentos e emoções sobre o recebimento do diagnóstico de uma doença crônica, sobre manutenção do tratamento,

trabalhando a relação emocional do paciente com a doença e necessidade de restrições (isto é, os aspectos inerentes da doença como limitação de atividades, perda de liberdade, perda de autonomia, etc), buscando enxergar as reações do paciente frente a novo momento de vida.

É necessário que o paciente compreenda é um agente modificador de sua própria existência, cabendo a ele lutar por seus direitos também no âmbito hospitalar, e isso inclui conhecer a doença na sua totalidade, participar da escolha de tratamentos e também reivindicar o direito de ser tratado com respeito e dignidade.

Pode também ser pedido ao psicólogo que faça uma avaliação psicológica do doente, quando os outros profissionais acharem necessário. Pode este se utilizar então de testes ou do exame psíquico, podendo detectar alguma alteração psicológica no paciente. Durante a internação esse profissional deve estar disposto a ouvir o doente, acolhe-lo frente seus temores, proporcionar momentos de reflexão frente a este momento pelo qual o paciente está passando, enfim mostrar ao doente que ele tem um espaço e alguém para ouvi-lo e estar junto a ele.

Apesar de todo o trabalho já desenvolvido e de cursos adequados, alguns profissionais podem ainda utilizar-se de seus conhecimentos clínicos, adaptando-os ao ambiente hospitalar. É necessário fazer-se algumas ressalvas. O setting psicoterapêutico em um hospital difere muito do da clínica. Assim é impossível querer prender-se rigidamente aos padrões clínicos.

“No hospital, ao contrário do paciente que procura pela psicoterapia após romper eventuais barreiras emocionais, a pessoa hospitalizada será abordada pelo psicólogo em seu próprio leito. E, em muito casos, com esse paciente sequer tendo claro qual o papel do psicólogo naquele momento de sua hospitalização e até mesmo da vida”. (Angerami-Camon, 1994, p. 25).

Deve assim haver um esclarecimento mínimo ao paciente sobre o papel desempenhado pelo psicólogo hospitalar, assim como todo o delineamento deste; sendo, portanto, importante que esse profissional saiba colocar-se dentro da instituição em que trabalha.

Primeiramente o psicólogo hospitalar deve manter uma postura flexível frente as adversidades que surgirão tal como refere-se Mello Filho “que este reconheça o fato de que seu trabalho sofrerá interrupções, adiantamentos e cancelamentos fora de sua esfera de controle e que

independam da vontade do paciente.” (Mello Filho apud Maciel, 2002, p.66). Assim, ele deve saber adaptar-se aos horários do hospital e as urgências dos exames que o paciente deve fazer.

No entanto, Mello Filho (Mello Filho apud Maciel, 2002, p.66) aponta para o conhecimento das hierarquias, ou seja, saber o que é prioridade a cada momento, quando deve ou não interromper um atendimento dependendo da intervenção que será feita.

Outro mecanismo diferente do que usado em consultório, é a periodicidade e a duração do atendimento psicológico no hospital. Os responsáveis por esses fatores são o hospital e o paciente, uma vez que existem horários pré-estabelecidos pela instituição de saúde, como refeições, exames e outros e, a disponibilidade psíquica e física do paciente no dia e horário em que o psicólogo vai atendê-lo. Ele pode não estar sentindo-se bem, com tontura, dores, dentre outros e, cabe ao profissional respeitar esses limites. Além disso, pode-se atender a um paciente e não mais tornar a vê-lo, por isso, cada atendimento deve ser feito como se fosse único, não esperando uma continuidade, mas cumprindo com todos os combinados que se faça com o doente. Um exemplo é dizer-lhe que virá em um determinado dia e horário e não o fazer.

Outro aspecto do setting hospitalar é a falta de um espaço reservado para que haja o atendimento. Usualmente este é feito no leito, com outros pacientes em volta. Mesmo em um ambiente que dificulte a privacidade, é possível que o paciente se expresse e possa trabalhar questões que o incomodam. Cabe ao terapeuta procurar disposições no ambiente que auxiliem o paciente a sentir-se mais seguro para falar, além de criar uma relação de confiança.

Quando o profissional de saúde registra no prontuário do paciente sua evolução, deve-se explicar a ele o que está fazendo e até informá-lo do conteúdo; isso fortalece o vínculo entre ambos, pois o doente crê no sigilo da conversa.

“O psicólogo hospitalar procurará nesse sentido investigar a vivência do doente, identificando o que se passa na consciência deste a partir do momento em que vivência uma doença, através de uma relação envolvente, empática e flexível, visando um encontro real e se afastando a questão impessoal que permeia o atendimento clínico tradicional”. (Angerami-Camon, 2001, p. 173).

O trabalho do psicólogo hospitalar deve ser focal, sem expectativa de continuidade, pois muitas vezes só alguns poucos atendimentos serão possíveis, antes

que o paciente tenha alta. Além disso, para Campos “Às vezes, o paciente necessita de uma atitude mais diretiva, funcionando como um auxílio moral, um apoio, ou de troca de idéias, levando a um alívio imediato com efeito catártico, ou clarificando conflitos”. (Campos, 1995, p.60) Assim, entra-se no campo da terapia breve, a qual apresenta peculiaridades:

“Psicoterapia dinâmica breve não é meramente uma terapia mais curta, é uma forma específica de psicoterapia. O que melhor a caracteriza não é o fato de ser curta, mas que seus limites e objetivos são bem definidos. (...) Suporte, ab-reação, direcionamento e reeducação estão presentes, como em todo procedimento terapêutico, mas o foco do tratamento reside no desenvolvimento do auto conhecimento”. (Lester apud Trinca, 2002, p. 21).

Busca-se, portanto, em um curto espaço de tempo (o tempo de internação) que o paciente entre em contato com os seus conflitos e possa trabalhá-los, de forma que posteriormente estes não venham a atrapalhar o decorrer de sua vida. Isso fica evidente pela fala de Angerami-Camon:

“O processo de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, e principalmente, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e suas implicações na vida do paciente”. (Angerami-Camon, 1994, p. 24).

O problema não se inicia e acaba dentro do hospital, é preciso pensá-lo a longo prazo. Assim, deve-se trabalhar nesse curto espaço de tempo de forma organizada, sensível e guiando-se pela “pistas” que o paciente lhe fornece.

“Em 1952, Arthur (...) descreveu o papel ativo e a inventividade do terapeuta bem como a importância das hipóteses para guiar as intervenções, na ausência de dados que somente uma análise prolongada poderia fornecer”. (Arthur apud Proskauer, 1969 apud Trinca, 2002, p.20).

Sendo o contato do psicólogo hospitalar com seu paciente, normalmente muito curto o processo de conhecimento de seu paciente deve ser rápido. Segundo Neder (1995) o terapeuta deve atuar valorizando nele seus aspectos positivos desenvolvendo e suas capacidades de construção, de auto avaliação e mobilização para mudança. É preciso aproveitar oportunidade, talvez única, do paciente de ter sua experiência emocional corretiva, em função de sua auto valorização, auto descoberta, mobilizando forças nesse contexto terapêutico, interrelacional e participativo e positivamente valorativo. Através desse processo de aceitação vivenciada, o paciente fortifica-se e procede com mais segurança ao enfrentamento da situação problemática, antes intolerável e/ou assustadora.

Para Rosenthal e Levine (apud Trinca, 2002), é importante que no atendimento breve de crianças, o terapeuta seja diretivo, incluindo em suas intervenções as observações, as reflexões, as interpretações, os reassuramentos, os aconselhamentos e os direcionamentos.

Racusin (apud Trinca, 2002) também cita alguns pontos que dão suporte à técnica de psicologia breve com crianças: primeiramente é essencial estabelecer uma relação empática com a criança conseguindo criar uma aliança com ela para o tratamento. Deve-se utilizar materiais que a envolvam no trabalho, por exemplo: bonecas, animais, brinquedos através dos quais ela possa exemplificar os seus conflitos, brinquedos que representem os conteúdos relativos ao hospital (luvas, seringas, mala de médico, etc.), além de papel, lápis, giz de cera, tinta e outros recursos artísticos.

As intervenções podem ser tanto verbais quanto não verbais, as quais o autor divide em quatro categorias: classificação/reflexão do afeto, classificação/reflexão dos conteúdos mentais pré-conscientes ou inconscientes, conexão dos sentimentos/desejos com a formação do sintoma e planejamento de estratégias alternativas adaptadas a criança.

Deve-se entender classificação/reflexão, como a nomeação dos conteúdos que aparecem. E por último, fazer uso da transferência e da experiência emocional corretiva, privilegiando a aceitação da criança pelo terapeuta e a atitude positiva deste como elementos importantes para a superação dos problemas.

No atendimento hospitalar, como já foi citado, muitas vezes o psicólogo atenderá algumas poucas vezes o paciente e nunca mais o verá. Tourinho mostra como mesmo essa breve intervenção faz diferença ao paciente:

“Quer dizer, há uma análise iniciada em que num curto espaço de tempo é interrompida, o que não deixa de ter efeito analítico no paciente, no sentido do que Lacan chamou de retificação subjetiva, feita nas entrevistas preliminares à entrada em análise, e que significa o processo em que se promove a modificação da relação do sujeito com o Real, a implicação dele nas desordens das quais se queixa”. (Tourinho, 1994, p. 82).

Fica assim expresso o valor da intervenção do psicólogo junto ao paciente, mesmo esta sendo breve.

12-O Hospital do Rim e Hipertensão

Fundado em 1998, depois de anos de projetos liderados pelos professores Oswaldo Ramos e Horácio Ajzen, o Hospital do Rim e Hipertensão dedica-se principalmente aos cuidados de doenças renais, hipertensão, diabetes e suas conseqüências no sistema cardiocirculatório. Sua concepção é fundamentada na assistência à saúde, ensino de graduação, pós-graduação e pesquisa clínica.

Dirigida pela Fundação Oswaldo Ramos, a instituição é um órgão suplementar da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) e conta com uma equipe de profissionais formada, principalmente, por professores, médicos e enfermeiros graduados na própria UNIFESP.

90% do atendimento do Hospital do Rim e Hipertensão é dirigido a pacientes do Sistema Público de Saúde (SUS); e pacientes de diferentes níveis sociais têm acesso ao mesmo padrão de tratamento.

Em apenas seis anos, o Hospital já é referência internacional nas áreas de pesquisa clínica, assistência nefrológica, urológica e cardiovascular. Ao todo conta com 650 funcionários, incluindo as equipes médicas e profissionais, entre professores, auxiliares de ensino, pesquisadores, pós-graduandos, estagiários, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e técnicos.

O Hospital realiza cerca de 500 transplantes renais por ano. Para tanto, conta com um sistema efetivo de captação de órgãos, disponibilidade permanente de centro cirúrgico, terapia intensiva e corpo técnico especializado. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos atendem diariamente entre 150 e 200 pacientes ambulatoriais pós-transplante.

A eficiência destes setores conferiu ao Hospital a liderança mundial em transplantes pelo sexto ano consecutivo.

O prédio do Hospital do Rim e Hipertensão tem onze andares. Nos pisos inferiores estão localizadas as garagens e o Ambulatório. No primeiro andar é a Recepção e Informações, no segundo o Laboratório, a Farmácia e o Centro Diagnóstico Cardiovascular (CDC). No terceiro encontra-se o Centro de Diagnóstico por Imagem e a Urologia. O quarto andar é destinado à Hemodiálise e no quinto há o Centro Cirúrgico e a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

O sexto e o sétimo andares estão reservados para os leitos (que atendem os pacientes do SUS), e no oitavo e nono andar estão localizados os apartamentos (que atendem os pacientes de convênios). É no sétimo andar que se localiza também a Oficina de Arteterapia. No décimo andar encontra-se a Administração e o Anfiteatro, e o décimo primeiro andar é reservado para os Transplantes Renais.

Movimento de 2003:

- 4.511 internações
- 4.701 cirurgias
- 71.000 consultas
- 36.000 sessões diálises/ano
- 533.000 exames laboratoriais
- 31.000 exames radiológicos

13-A oficina do Hospital

A oficina de arte do Hospital do Rim surgiu como uma iniciativa da atual psicóloga dessa instituição, Cristiane Mohallem. Ao finalizar seu estágio curricular nesta entidade sugeriu, com projeto de intervenção, a criação de um espaço onde os paciente pudessem praticar alguma atividade que os distraísse e os fizesse esquecer um pouco da doença.

Inicialmente a oficina oferecia como recurso artístico os palitos de sorvete, com os quais os pacientes montavam diversos objetos, dentre eles: casas, caixas, enfeites, dentre outros. Hoje são oferecidos na oficina jogos, brinquedos, fantasias, tintas, lápis de cor, giz de cera, argila, bijuteria, papel crepon e palitos para a facção de flores, lã para fazer crochê e tricô além dos recursos utilizados criativamente para outros fins. Há também trabalhos de imaginação ativa, relaxamento e massagem, os quais são oferecidos aos pacientes que não podem deixar leitos.

Além do Hospital do Rim e Hipertensão, outras instituições de saúde também oferecem esta possibilidade, sendo algumas: HC (Hospital de Clínicas) da Unicamp, Hospital Celso Pierro (PUC), Centro Boldrini, Centro Corsini, Instituto da Criança do HC-SP (Hospital das Clínicas), HC (Hospital das Clínicas) de Porto Alegre. O trabalho com arte, nesses ambientes, visa ser, além de uma distração para o doente, que por vezes pode passar muito tempo internado, um momento no qual ele possa exprimir e trabalhar suas angústias e conflitos.

14-Atendimento psicológico ao paciente renal utilizando recursos artísticos

Paciente: T.	Data da internação: 30/08/04
Idade: 11 anos	Causa da internação: complicações pós-transplante
Residente em Santos	Tempo de tratamento dialítico: 2 anos

A paciente perdeu o rim transplantado (doado por cadáver) após 10 dias da operação e foi submetida a uma cirurgia para sua retirada. Teve algumas intercorrências, com infecção e febre e por isso foi internada.

1.º atendimento da paciente

Convidei a paciente para jogar dominó juntamente com mais dois pacientes adultos. Havia decidido que gostaria de estar com ela, pois, ela se mostrava muito infeliz e desmotivada. Jogamos algumas partidas e em meio a uma delas uma das estagiárias de psicologia me perguntou sobre onde estavam os brinquedos. Respondi a ela, aproveitando para ressaltar que havia alguns para brincar de médico. A paciente me perguntou se poderia brincar com eles e eu respondi afirmativamente.

Logo que terminou o jogo de dominó, nós fomos pegar os brinquedos. Estendi um tecido no chão para que pudéssemos sentar e colocar os brinquedos sobre ele. Ela pegou uma boneca e disse que ela teria que fazer um transplante de rim. Perguntei o porquê e ela me disse que ela estava com insuficiência renal. Arrumamos então o local onde ela faria a operação e providenciamos um rim que ela modelou em massa de modelar marron e vermelha. Decidiu que eu seria a médica e ela a anestesista. Deitamos a boneca, que se chamou “Beatriz”, a paciente mediu sua pressão que estava 10/8, dizendo que estava normal e lhe deu uma injeção de anestesia. Colocamos um soro ligado ao seu pescoço e T. fez uma incisão na “Beatriz” para que pudesse colocar o rim. Demos os “pontos no rim”, amarrando-o com um barbante em volta do corpo da boneca. Em seguida ela tirou-o de lá dizendo que ele já estava dentro da boneca e por isso não dava para vê-lo.

Levamos a boneca para a UTI, para que aguardasse sua estabilização. T. pediu-me que medisse novamente a pressão de “Beatriz” e que checasse o seu nível de anemia. Disse que a pressão estava 12/8 e que a taxa de anemia era 10. T. me disse então que ela não estava com anemia, pois só era considerado anemia níveis abaixo de 5. Em seguida, uma outra paciente que estava acompanhando a operação, disse que era a mãe de “Beatriz” e que queria visitá-la levando-lhe comida. T. disse que ela não poderia visitá-la já, pois ela estava sob efeito da anestesia e, portanto sonolenta.

Pegamos alguns brinquedos em forma de diferentes alimentos e começamos a separar o que ela poderia e não poderia comer. Fizemos dois grupos: os de derivados do leite, como bolachas, achocolatado e leite, que ela não poderia consumir e outro grupo de frutas, como maçã e banana, além de pepino, ovo e suco de uva que ela poderia ingerir. T. explicou-me que os alimentos do primeiro grupo não deveriam ser consumidos pois, aumentariam a taxa de fósforo no sangue, no entanto isso eram recomendações para o paciente antes do transplante. Como “Beatriz” já fora transplantada poderia ingerir todos os alimentos, mas com alguma moderação.

Levamos a boneca para o quarto de T. para que ela pudesse continuar os cuidados com “Beatriz”, pois o horário da oficina havia se encerrado. Chegando ao quarto, T. teve uma discussão com sua mãe sobre onde deixar a boneca, pois ela precisava repousar e, na mesinha, onde ela pensava em deixá-la havia objetos de sua mãe. Após decidirmos que deixaríamos “Beatriz” aos pés da cama, T. disse que não queria comer, pois haviam lhe trazido carne novamente. A mãe lhe disse que ela precisava comer e a paciente então gritou com ela, respondendo-lhe que não comeria nada. Perguntei-lhe se ela já havia dito à nutricionista que não gostava de bife e ela me disse que não. Avisei-lhe que falaria eu mesma com a nutricionista, pedindo que não lhe dessem mais bifês de carne, mas que ela se esforçasse em comer. Em seguida, disse-lhe que enquanto ela almoçava, eu daria uma sopa de ervilha para “Beatriz”, e que ela havia me dito que não gostava muito de ervilhas, mas como sabia que precisava se alimentar, estava tomando-a. A paciente me disse que também tentaria comer e começou a dar garfadas na comida e leva-la à boca. Despedi-me dela então, dizendo para que ela tomasse conta de “Beatriz”.

Entre o primeiro e o terceiro atendimento ocorreram alguns fatos importantes:

A paciente fez seu aniversário de 12 anos, internada no hospital e, teve sua menarca na mesma ocasião. Foi submetida a uma outra cirurgia para retirada de (hematoma) na qual houve

uma intercorrência. A paciente vomitou logo que lhe deram a anestesia e aspirou um pouco de líquido.

A mãe quando soube disso entrou em desespero e eu a atendi. Ela me contou que o anestesista havia lhe dito que ela havia vomitado e aspirado muito líquido, questionando se a paciente não havia tomado água escondido. A mãe sentiu-se assim questionada quanto ao seu papel de cuidadora, além de sentir que duvidavam da lealdade e do auto cuidado de sua filha. Ela então me disse que a única maneira de T. ter ingerido líquidos seria através do enfermeiro que havia vindo pela manhã lhe dar os medicamentos, e que este poderia ter lhe dado mais água do que o permitido.

Tentei mostrar-lhe o quanto era mais importante importar-se com o futuro de sua filha do que encontrar culpados. A médica responsável pelo caso chegou neste momento e me auxiliou a acalmá-la repassando junto com ela algumas vezes tudo o que havia ocorrido e procurando desmistificar as fantasias. A mãe então se acalmou, mas me disse que temia ver a filha entubada. Conversamos mais um pouco sobre esse medo e, de repente, ela se levantou e disse que iria almoçar porque precisaria estar pronta para quando a filha chegasse na UTI, para que pudesse vê-la. Despedi-me dela.

Na sessão seguinte, T. mostrou-se muito desanimada e apática, mas apesar da dificuldade em motivá-la para alguma atividade, ela após algum tempo de conversa desenhou alguns prédios e uma quadra de futebol, sobre a qual colamos bonequinhos de papel (ficando estes em segunda dimensão), os quais ela levou para o quarto para terminar.

3º atendimento da paciente

Aproximo-me da paciente e ela está pintando de azul uma caixinha que foi construída com palitos de sorvete por sua mãe. Percebo que ela já está um pouco mais animada e motivada do que da última vez que a havia visto, mas, mesmo assim, ainda apresenta traços de desânimo.

Chego próxima a ela e ajudo a pintar a caixa, segurando-a para que não encoste as partes úmidas na mesa. Logo que ela acaba de pintá-la, pergunto se vai enfeitá-la e ela diz que sim, mas não sabe como. Pego purpurina e lantejoulas de diversas cores e levo para ela. Ela diz que quer fazer florzinhas com as lantejoulas na tampa da caixa e pergunta a minha opinião. Digo que aprecio a idéia. Ela começa a colar as lantejoulas, mas logo desiste dizendo que está feio.

Pergunta então o que ela pode fazer. Penso e lhe dou várias idéias, mas todas são negadas com uma torcida de nariz ou um certo desânimo ao ouvir a idéia. Ela então se irrita dizendo que não sabe o que fazer. Após esgotarem-se as minhas idéias fico quieta, assim como ela, observando a caixa azul.

Ela então me pergunta o que eu acho de ela fazer "ondinhas" com purpurina. Digo que acho uma boa idéia e pergunto-lhe de que cor quer fazê-las. Ela escolhe uma cor alaranjada. Começa assim a passar cola na tampa. Colocamos uma folha embaixo desta para que possamos aproveitar o restante da purpurina que não se fixasse. Faz então muitas ondinhas na tampa e quando termina diz que vai mostrá-la à sua mãe que estava próxima, fazendo bijuterias.

Quando ela volta, ela me pergunta o que mais pode fazer e eu digo que podemos enfeitar também a caixa. Pergunto o que está na caixa vai conter e ela me diz que serão jóias. Digo então que podemos fazer algo que demonstre que essa é uma caixa de jóias. Ela gosta da idéia e escolhe a purpurina rosa. Diz que fará um colar e eu lhe pergunto como. Ela então pensa e diz que não será uma boa idéia. Sugiro que façamos uma jóia de purpurina com lantejoulas em volta. Ela fica quieta. Pergunto se ela não gostou da idéia e ela após algum silêncio diz que preferiria fazer ondinhas também na caixa. Sorrio e digo-lhe que ficará bonito.

Recomeçamos então o processo de passar cola e jogar purpurina em cima. Enquanto ela jogava purpurina sobre a cola, algumas vezes quase não caia nada e outras vezes ela jogava quase todo o conteúdo do pote. Mostrei-lhe um jeito de inclinar o pote e ir dando tapinhas com o dedo indicador. Ela aceitou a sugestão sorrindo. Em seguida, quando ela praticava a "nova técnica de jogar purpurina" ela mostrou alguma ansiedade dizendo "vai logo", "depressa" e eu perguntei porque ela estava com pressa. Ela me disse que às vezes não caia quase nada de purpurina e ela queria que caísse logo. Perguntei em que outras situações ela tinha pressa e ela me respondeu que tinha pressa de ir embora para casa. Mostrei a ela que algumas vezes quando ela estava com pressa e jogava a purpurina muito rápido caia quase tudo e "dava errado", portanto, nem sempre quando se tinha pressa o resultado era bom. Apontei que isso valia também para sua internação. Que apesar de ela querer ir embora logo, seria melhor para ela que esperasse que o seu quadro clínico se estabilizasse, para aí então ir embora realmente boa, voltando apenas para o transplante. Ela respondeu acertivamente com a cabeça e depois me disse que isso era verdade.

Continuamos com a colagem da purpurina e em um determinado momento ela me disse que ficava com medo da purpurina cair toda do potinho. Eu disse para ela que ela não precisava

temer, pois tínhamos colocado justamente uma folha embaixo para reaproveitarmos a purpurina que caía. Perguntei se ela tinha medo de mais alguma coisa e ela me respondeu que tinha medo de quando a machucavam. Disse-me que estava fazendo hemodiálise pelo catéter que estava no seu pescoço, mas que logo faria uma fístula e que tinha muito medo de que ela doesse. Nesse momento uma enfermeira solicitou a presença da mãe da paciente. A paciente perguntou se ela poderia ir junto e, a enfermeira disse que não precisaria, pois era algum recado que os médicos iam dar à sua mãe. A paciente então, começou a chorar e ficou muito nervosa. Perguntei o porquê de estar assim e ela me disse que estava com medo do que poderia ser. Tentei investigar qual a fantasia que ela estava tendo perguntando do que ela estava com medo e ela me disse que tinha medo de ser algo ruim. Tentei mostrar que não havia nada de ruim que pudesse ocorrer, que todas as coisas ruins já haviam passado e perguntei porque pelo contrário, não poderia ser uma boa notícia e ela me disse que tinha medo de que não fosse.

Já havia acabado o horário da oficina e a paciente continuava querendo decorar a caixa, como ela tremia um pouco pediu para que eu colasse os adornos que ela estava colando e que ela passaria a cola. Deixei que terminássemos a caixa para depois descermos, mas antes disso perguntei se ela gostaria que eu fosse com ela até o seu quarto para esperar sua mãe com a notícia e ela prontamente disse que sim. Nesse instante a mãe dela chegou e perguntou porque ela estava com “essa cara” (sic) e ela disse que estava com medo, pois não sabia porque a haviam chamado. A mãe então disse que os médicos queriam avisar que haviam liberado uma vaga na “casinha” (local onde ela poderia fazer a hemodiálise fora do hospital). Seu rosto então se modificou: ela ficou mais calma e abriu um sorriso. Reforcei o quanto a notícia era boa e que não precisava temer as novidades.

Fomos caminhando juntas para o seu quarto e chegando lá ela falou novamente sobre o seu medo de fazer a fístula. Tinha medo da dor que poderia sentir. Tentei explicar o procedimento dizendo que ela não sentiria dor devido à anestesia local, mas como ela não se mostrou convencida, disse-lhe que na próxima vez que eu viesse, poderíamos conversar com um médico para que ela tirasse todas as suas dúvidas e temores. Apontei que ela deveria sempre perguntar tudo o que quisesse aos médicos e enfermeiros não deixando questões sem respostas para que estas não dessem vazão às fantasias. Terminei assim esse atendimento.

15-Análise

1.º Atendimento

Foi possível, como demonstrado anteriormente, estabelecer um contato com a paciente através do jogo de dominó. Mesmo sentindo-se indisposta ela aceitou participar do jogo, pois fora atraída pela oferta. Dentro daquele ambiente estranho e opressor, ela encontrou algo que lhe era familiar, o brincar. Os nossos laços começaram a se estreitar a partir do transplante de rim que fizemos na boneca e ela demonstrou confiança em mim, deixando que eu fizesse juntamente com ela a operação. Além disso, ela pode, através da brincadeira, repassar os procedimentos cirúrgicos aos quais fora submetida quando fizera o seu transplante. Pode falar um pouco sobre sua dieta alimentar e demonstrar que tinha conhecimento sobre vários dados como: porque é possível comer alguns alimentos e outros não, quanto mede uma pressão sanguínea com um nível normal, qual é a taxa para se estar anêmico, efeito da anestesia, etc.

Apesar de ter me elegido como a médica que faria a cirurgia, demonstrando confiança, é possível se notar que ela teve necessidade de conduzir a operação, realizando todos os procedimentos.

Percebi que a relação entre mãe e filha estava um pouco tensa e que por qualquer motivo T. brigava com a mãe. Isso ocorria provavelmente pela irritação e insegurança que a paciente sentia, em relação ao ambiente hospitalar e aos procedimentos. Ela podia projetar na mãe tais sentimentos uma vez que ela se sentia segura quanto ao amor e afeição de sua mãe, não tendo que se preocupar em “perde-la”.

Quanto à comida, T. pode entender através da boneca o quanto era importante se alimentar mesmo não apreciando muito a refeição, identificando-se com a boneca.

3.º atendimento

É possível notar uma diferença na relação de mãe e filha logo no início do atendimento. T. está pintando uma caixa feita por sua mãe com palitos de sorvete, ela mostra à mãe posteriormente seu trabalho, esperando sua aprovação. Além disso, nota-se também alguma mudança na minha relação com ela, uma vez que ela me questiona sobre o que fazer para enfeitar

a caixinha e mesmo negando muitas de minhas sugestões, aceita outras e permite que criemos um mecanismo de enfeitarmos a caixa juntas, com ela passando cola e jogando a purpurina (do modo como a ensinei) e eu recolhendo a folha de sulfite e despejando o restante da purpurina no pote.

T. questiona minha opinião sobre o que ela está fazendo por diversas vezes e eu a reforço positivamente, demonstrando que seus feitos me agradam, ou seja, que eu a aceito do modo como ela é.

T. demonstra muita ansiedade ao jogar a purpurina e exclamar “vai logo”, “rápido”. Ao investigar posso ver que essa ansiedade, demonstrada através do recurso artístico, surge da sua pressa para deixar o hospital. Penso que o trabalho artístico possibilitou essa constatação, além de permitir também uma devolutiva à paciente, também através dele. Falar por metáforas, ou através da brincadeira torna mais fácil a expressão e a captação de conteúdos. Isso pôde ser aplicado também ao conteúdo que ela expressa logo em seguida, de medo. Apesar de não trabalhar-lo através do recurso artístico, este viabilizou sua expressão, o que auxiliou posteriormente a conversa que tivemos sobre o medo de sentir dor ao fazer a fístula.

Ao final da decoração da caixa, ela me incumbe da função de enfeitar a sua caixa, demonstrando confiança em um momento em que se sentia frágil; sendo esta confiança reforçada quando T. permite que eu vá com ela descobrir a notícia que foi dada à sua mãe e, posso notar que ela se sente acolhida pelo fato de acompanhá-la e estar junto dela. Quando a mãe retorna com a notícia e T. se alegra com ela, procuro mostrar que sua mãe voltou o mais rápido possível para avisá-la, demonstrando sua preocupação e sua afetividade para com ela. Penso que T. continuou com intenção de decorar a caixa, mesmo não querendo fazer por si mesma, provavelmente por medo de voltar ao quarto e ter que encarar a notícia.

16-Conclusão

É possível concluir através desta obra o quão significativo é o trabalho do psicólogo hospitalar junto ao paciente e, o quanto a utilização de recursos artísticos e lúdicos facilita a aproximação deste profissional ao doente que pode se sentir fragilizado neste contexto, em meio a tantos procedimentos invasivos, permitindo, que o psicólogo não seja visto como mais um destes.

Além disso, através da utilização dos recursos lúdicos, permite-se a exteriorização de conflitos e conteúdos que poderiam demorar mais a aparecer em uma intervenção mais tradicional. Como já demonstrado anteriormente, o trabalho do psicólogo hospitalar, muitas vezes é correr contra o tempo, além de todas as outras preocupações que envolvem o doente e sua família.

Os recursos artísticos tornam-se uma ponte entre o psicólogo hospitalar e o doente, quando a relação entre ambos está dificultada por algum motivo. O paciente pode estar deprimido, cansado, aborrecido, ou ainda não possuir um vínculo de confiança com o profissional de psicologia. Em todas essas circunstâncias, a utilização de recursos lúdicos auxilia no contato, permitindo que este ocorra de forma menos intrusiva na formação do vínculo, mantendo paciente e psicólogo trabalhando juntos em alguma atividade como também na exteriorização do conflito e das fantasias que podem surgir através da situação de hospitalização e do momento após o transplante. Sendo este momento (pós-cirúrgico) muito importante e delicado, pela infinidade de projeções que podem haver e, reforça-se a contribuição da utilização dos recursos citados para auxiliar o doente a compreender esta nova fase de sua vida e proporcionar um meio pelo qual ele possa iniciar um contato com seu corpo e suas sensações, que agora serão diferentes.

Além da importância de um trabalho de acompanhamento psicológico após o transplante, percebe-se também, a necessidade de um auxílio semelhante ao paciente na situação precedente à cirurgia, fazendo que fale sobre ela e sobre todas as angústias referentes a esta. Quando o paciente opta pelo transplante ele pode criar muitas idealizações e, frustrar-se posteriormente além de revoltar-se com a equipe de saúde. Além disso, o paciente tem muito medo de submeter-se a cirurgia, podendo até mesmo, rejeitar o novo órgão se não puder sentir-se seguro com sua escolha.

É de extrema importância que haja um apoio psicológico aos familiares do doente renal internado ou ambulatorial, para esclarecer todas as dúvidas e proporcionar um espaço de reflexão e exteriorização de sentimentos e idéias.

A família do doente e principalmente o acompanhante se houver, são depositários de todas as aflições do paciente e de todos os sentimentos que não podem ser expressos para a equipe hospitalar. Assim, faz-se necessário que este familiar possa encontrar apoio e conforto em alguma atividade oferecida pelo serviço de psicologia para que possa, por sua vez, oferecer o mesmo ao doente.

Para que esse trabalho junto aos pacientes do Hospital do Rim e Hipertensão e seus familiares possa ocorrer de forma mais efetiva, pensei ao longo da facção desta obra e do estágio que realizei nesta instituição em oferecer uma sugestão.

No Hospital existem estagiários de 4.º e 5.º ano de psicologia, sendo que os primeiros, têm como função ajudar os pacientes na oficina de artes e, os seguintes, atender aos pacientes que demonstram ter alguma demanda psicológica. O que se vê, na maioria das vezes é que os alunos de 5.º ano não conseguem exercer a função para a qual são solicitados pois, não há um número suficiente de alunos do ano anterior, de forma que possam cuidar da oficina sem auxílio dos alunos de 5.º ano, ficando estes últimos presos a ela. Penso que se houvesse mais estagiários de 4.º ano que pudessem cuidar da oficina, auxiliando os pacientes em seus trabalhos artísticos, os alunos de 5.º ano poderiam ter mais tempo para os atendimentos individuais, ou em grupo, aos pacientes e às suas famílias.

17-Bibliografia

ALMEIDA, Ana Cristina de Oliveira. Considerações psicológicas acerca do transplante renal. **Revista de Psicologia**. São Paulo. Ano 4, n.º 1, pp.3-6, 1994.

ANDRADE, Liomar Quinto de. **Terapias expressivas: uma pesquisa de referências teórico-práticas**. São Paulo, 1993. 175p. Dissertação (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto, CHIATTONE, Heloísa Benevides Carvalho, SEBASTIANI, Ricardo Werner, FONGARO, Maria Lúcia Hares, CLÁUDIA, Tavares dos Santos. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto, TRUCHARTE, Fernanda Alves Rodrigues, KNIJNIK, Rosa Berger, SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Psicologia hospitalar - teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1994.

BELKISS, Wilma Romano Lamosa. **O psicólogo clínico em hospitais – contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil**. São Paulo, 1987. 201p. Dissertação (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de São Paulo.

BERNARDO, Patrícia Pinna. **O processo criativo como veículo de transmutação do arco-íris em ponte-mandala**. São Paulo, 1994. 231p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar - a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: E.P.U, 1995.

CARVALHO, Maria Margarida M. J., ANDRADE, Liomar Quinto de, ELIEZER, Joya, LIGETI, Marianne, SERRA, Monica Allende, CIORNAI, Selma, KENZLER, Wilhelm. **A arte cura? Recursos Artísticos em psicoterapia**. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

CASE, Caroline, DALLEY, Tessa. **Working with children in art therapy**. London and New York: Routledge, 1994.

DÁVILA, Marcos. Explorar capacidade de realização das mãos pode trazer benefícios. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 19 ago.2004.

FREITAS, Neli Klix. O psicólogo no hospital diante das doenças crônicas graves: enfrentamento, vida e morte. **Revista de Psicologia**. São Paulo. Ano 6, n.º 2, pp.15-18, 1996.

JUNG, Carl Gustav. **Memórias, sonhos, reflexões**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1996.

JUNG, Carl Gustav. **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

LIVRAMENTO, Maria Lucia. O psicólogo na unidade de transplante renal. **Revista de Psicologia**. São Paulo. Ano 5, n.º 1, pp.38-39, 1995.

MACIEL, Silvana Carneiro, ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto, PÉREZ-RAMOS, Aidyl M. de Queiroz, MAIA, Eulália Maria Chaves, ROTH, Maria Cecília, CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Novos rumos da psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MACHADO, Erika Alexandrino. **A importância do brincar no desenvolvimento – O que a Psicologia Analítica tem a dizer**. São Paulo, 2001. 81p. Trabalho de Conclusão de Curso - Pontifícia Universidade Católica.

MANNA, Roberta Elias. **Experiência de Arte Terapia Psicopedagógica no ambulatório de saúde mental – Uma construção em grupo**. São Paulo, 2002. 83p. Monografia (Especialização em Psicopedagogia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MOTA, Sonia Márcia. **A importância da psicologia no processo de hospitalização do paciente.** São Paulo, 2000. 25p. Monografia (Especialização em Psicologia e saúde: psicologia hospitalar) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NEDER, Mathilde. Psicoterapias breves: uma ação contínua dos psicólogos em hospitais. **Revista de Psicologia.** São Paulo. Ano 5, n.º 1, pp.2-3, 1995.

PATAH, Deborah Francis. Transplante de fígado em crianças: relato de uma experiência. **Revista de Psicologia.** São Paulo. Ano 1, n.º 1, pp.38-41, 1991.

PEREIRA, Regina de Castro Chagas. **A espiral do símbolo: a arte como terapia.** São Paulo: Ed. Vozes Ltda, 1976.

SATRAPA, Andréa. **A utilização de histórias no manejo terapêutico de pacientes hospitalizados.** São Paulo, 2001. 24p. Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Sedes Sapientiae.

Semana de Psicologia. **Psicologia hospitalar.** Brasil, Videoteca PUC-SP 1999.

SILVEIRA, Nise da. **Nise da Silveria.** Brasil, COGEAE/PUC-SP 1992.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente.** Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens.** São Paulo: Ática, 1992.

TOURINHO, Maria Livia. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo, 1994. 196p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

TRINCA, Ana Maria Trapé. **O procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica na pré-cirurgia: um estudo qualitativo.** São Paulo, 2002. 254p. Dissertação (Doutorado em Psicologia Clínica)- Universidade de São Paulo

VIOLA, Maria Angela. **A utilização terapêutica da arte numa abordagem Junguiana.** São Paulo, 1994. Trabalho de Conclusão de Curso - Pontifícia Universidade Católica.

(2003) Arte Terapia. <http://www.arteterapia.org.br/>.

(2004) Patricia Pinna http://patriciapinna.psc.br/arte_crianca.htm