

## Luto e melancolia: o que se perde ao adoecer?

*Mourning and melancholy: what do you lose when you get sick?*

JOSIANE ROSA AMARAL  
CRISTIANNE SPIRANDELLI MARQUES

1. Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário de Patos de Minas  
– UNIPAM. e-mail: josianeramaral@yahoo.com.br

2. Psicóloga, mestre e docente do curso de psicologia no Centro Universitário de  
Patos de Minas – UNIPAM. e-mail: cristianne@unipam.edu.br

---

**Resumo:** Visando a analisar as representações produzidas em sua relação direta com a forma contemporânea de tomar em consideração a dor psíquica e suas repercussões sobre o que se perde ao adoecer, tanto para o paciente, quanto para a equipe médica, entrevistamos pacientes, equipe médica e psicólogos. Assim, procuramos utilizar o método psicanalítico por ruptura de campo de Fábio Hermann, que a princípio, permite que surja do discurso do sujeito algo merecedor de ser tomado em consideração, e num segundo momento toma pelo relato da entrevista o delineamento produzido por campos de tensão da identidade do sujeito em face ao tema discutido. Descobrimos, a partir desses discursos, a condição de estranhamento frente ao que se perde ao adoecer, acentuando a fragilidade e a mortalidade, que até então não estavam no campo da representação dos sujeitos.

**Palavras-chave:** adoecer físico, representações, luto, melancolia.

**Abstract:** Aiming at analyzing the representations made in a straight connection with the contemporary form of taking into consideration the psychic pain and its repercussions about what to lose when getting sick for both patient and the medical team, we interviewed patients, medical team and psychologists. Thus, we tried to use Fábio Hermann's field rupture psychoanalytical method, that firstly allows erupting something worth of consideration out of the person's speech, and secondly, in no moment the interview showed the declining produced by tension camps out of the person's age according to the theme discussed. We found out by those discussions, the condition of being surprised by losing something when the person gets sick, increasing the fragility and the mortality, that by now were not in the field of the representation of subjects.

**Keywords:** Physical disease, representations, mourning, melancholy.

## *Introdução*

Viver... não se limita ao simples fato de estar em vida, mas comporta também apelos que a vida nos lança a qualquer momento, apelos que nos pedem não somente para enfrentar e nos adaptar, mas nos convidam sempre a reconstruir esta vida humana, na medida do possível... (Minkowski, s/d apud POLITO, 2001, p. 33).

Este projeto nasceu, num primeiro momento, da intenção de estudar alguns casos clínicos presentes no Estágio Orientado Profissionalizante em Clínica Psicanalítica com Adultos, os quais tratavam da elaboração do luto. O estudo a princípio visava considerar as pontuações de Freud sobre o luto e a melancolia.

A partir do segundo Estágio Profissionalizante em Psicologia Hospitalar, a curiosidade de estudar esse tema continuou, no entanto, com o intuito de buscar nesse momento fazer uma ligação entre psicologia hospitalar e psicanálise, a fim de compreender o luto e a melancolia no processo de adoecer, visando a evidenciar formas subjetivas de relação com a perda.

Ao refletir que a doença pode ser um evento que se instala de forma tão central na vida de uma pessoa, que tudo o mais perde importância ou que a própria doença passa a girar em seu redor, observa-se que quando isso acontece toda a subjetividade humana é abalada. Neste sentido, Kübler-Ross (2005) aponta, por meio de uma pesquisa com pacientes terminais, que o indivíduo apresenta cinco fases distintas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Observa-se que os mecanismos de defesa do paciente caem por terra e o seu eu mostra-se na sua essência mais primitivo. Verifica-se talvez como sendo a primeira vez na vida em que ele se dê conta de sua condição de fragilidade ou até mesmo de mortalidade.

De acordo com Máximo (2005), essa falta de percepção humana de sua subjetividade se deve ao processo histórico-social que foi se desenvolvendo a respeito da maneira de pensar do sujeito sobre o mundo e as coisas, trazendo como consequências a fragmentação, a superficialidade e o imediatismo, atingindo tanto as relações afetivas quanto os processos de subjetivação. Desencadeia-se assim uma “dificuldade dos sujeitos em se conectar com seu próprio corpo através de uma íntima relação com sua subjetividade e seus afetos” (MÁXIMO, 2005, p.03).

Neste sentido os sujeitos são condenados a viver num mundo estratificado e falsificado, o que os impele às diversas modalidades de sofrimento e dor, considerando-se que

o bom funcionamento do corpo humano, tal como é concebido na contemporaneidade, implica aquilo que se denomina saúde, isto nada mais poderia ser do que um desejo de retorno a um estado nirvânico onde dor, depressão e angústia não existam, mas o humano também não existe (BERLINK apud MÁXIMO, 2005, p. 4).

Desta forma só há o humano quando o sujeito “sofre”, ou seja, rompe-se nele

algo a princípio pelas necessidades do corpo, para em seguida desejar (HERRMANN, 2001). Neste aspecto Angerami-Camon (1996) ressalta que o adoecimento tem o poder de levar cada paciente a um processo de revisão da própria vida, enfeixando valores existenciais como aqueles que implicam posses materiais. Dessa forma, segundo o autor, o processo de adoecer quase na totalidade dos casos traz uma configuração de total falta de sentido para o próprio significado existencial do paciente.

Em Psicanálise, Freud ousou estampar duas condições de entristecimento profundo, o luto e a melancolia, a fim de evidenciar formas subjetivas de relação com a perda. Levando em consideração o luto, que pode significar tanto o afeto da dor quanto sua manifestação externa, a partir dos estudos originados da psicanálise, Freud (1916) afirma que “o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (FREUD, 1996, p. 249).

Contudo, para o autor, o luto normal é um processo longo e doloroso, que acaba por resolver-se por si só, quando o enlutado encontra objetos de substituição para o que foi perdido. Nessa concepção, a elaboração do luto envolve a necessidade do indivíduo, durante o processo de dor e sofrimento, de recolher sua energia (cargas libidinais) e suas fantasias destrutivas que estavam dirigidas ao objeto, agora perdido.

Caso essa elaboração não ocorra, Freud (1916) destaca que a libido pode voltar-se para o sujeito em si mesmo. Nesses casos, o luto pode tornar-se mal-elaborado, podendo levar ao desenvolvimento da melancolia. Dessa forma, para algumas pessoas, ao passar pela mesma situação de perda, “as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto”, ou seja, permanecem em estado mórbido de tristeza e depressão (FREUD, 1996, p. 249). Isto provocou em Freud a suspeita de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Portanto, para justificar essa premissa, o autor fez uma série de comparações entre o luto e a melancolia, buscando demonstrar o que ocorre psicologicamente com o sujeito em ambos os casos.

No luto, há uma perda consciente e uma elaboração bem sucedida, e na melancolia, existe perda do objeto inconsciente, pois a pessoa sabe quem perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém. Em outras palavras, a “melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda” (FREUD, 1996, p. 251).

Portanto, para o autor, o melancólico vivencia sua perda, não do objeto como no luto, mas como uma perda relativa ao ego, uma vez que, “no luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego. O paciente representa seu ego para nós como se fosse desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível [...]” (FREUD, 1996, p.251). Assim, a perda do objeto querido aproxima o luto normal da melancolia patológica, os quais se separam pela consciência e inconsciência do processo, por meio do desconhecimento (*em si e de si*) da perda do objeto: *o que ocorre é o sentimento de como se tivesse perdido o próprio ego.*

A depressão, tão comum nos dias de hoje, tem sido uma forma particular de relação com a perda, não necessariamente de um ente querido, mas da estranheza dos pacientes frente ao corpo adoecido, sendo o sujeito apresentado como próximo de um corpo que pode não ter sido representado e que surge como um desconhecido.

Isto significa que o paciente nunca atentou para o próprio corpo? Não. Significa que ele não tem registro semelhante ao que lhe está sendo imposto, o que rompe com o que ele até então conhecia. Neste sentido, “é como se tudo que fosse preconcebido anteriormente desmoronasse e perdesse a configuração com o real pela possibilidade de adoecer e das implicações de sua ocorrência” (ANGERAMI-CALMON, 1996, p. 183).

Assim, o adoecimento como condição de proximidade ao corpo é com certeza uma vivência desprazerosa, que acaba por exigir do sujeito humano outro trabalho. Daí o questionamento: o que exatamente se perde ao adoecer?

Na visão de Coelho (2004), o diagnóstico de uma doença traz consigo a perda da condição de sadio e insere o sujeito numa nova condição, a de doente. Nessa situação, “não é a dor que a doença traz que incomoda, é algo mais subjetivo: é a dor de saber-se doente, de perder a condição de sadio” (COELHO, 2004, p. 70). Desta forma isto leva o paciente a ter de lidar com o risco eminente de adoecer, sofrer e morrer. Essa situação faz com que o indivíduo se sinta constantemente ameaçado, o que representa um ataque não somente ao corpo, mas também ao psiquismo.

Neste sentido, para Coelho (2004), em muitos casos, a não-elaboração do luto pela perda da saúde pode evoluir para um luto patológico, e transformar emocionalmente crônicos ou inválidos (forma sutil de o paciente recusar a viver). “Ao que parece, não entrar na cronicidade depende da capacidade emocional do paciente na elaboração do luto pela condição anterior de sadio e conseqüente adaptação à nova situação” (COELHO, 2004, p.70).

Em suma, Coelho (2004) afirma que o luto pela perda da saúde pode ser mais difícil para algumas pessoas do que a perda de um parente ou da própria vida. Daí a importância de profissionais da área de saúde terem a sensibilidade e as informações do quanto um diagnóstico pode afetar a saúde mental do paciente.

Assim se o próprio corpo, ainda hoje, mesmo com o advento de todo conhecimento científico é investido sem que o próprio sujeito o perceba (pela perda da representação do corpo ‘sadio’), o que vemos é que com o adoecimento algo acontece que pode gerar conseqüências dessa ruptura, inclusive para a equipe médica, assim como para outros (a família, por exemplo) sujeitos psíquicos que participam da cena.

Dessa forma, ouvir o discurso de pacientes e profissionais de saúde quanto ao que se perde quando se adoecer visa a esclarecer o que acontece com os sujeitos frente à condição de perda, assim como propomos a possibilidade de uma reflexão sobre como vêm sendo tratadas as questões psíquicas na campo da saúde. A compreensão do funcionamento psíquico do indivíduo frente à doença, a seus mecanismos adaptativos ou a sua regressão e desestruturação, poderá servir para a compreensão do indivíduo sadio e fornecer subsídios para que os profissionais da saúde possam ajudar o homem contemporâneo a suportar suas adversidades inerentes à condição humana.

### *Um caminho para a investigação do adoecer*

Com o objetivo de investigar as representações produzidas em sua relação direta com a forma contemporânea de tomar a dor psíquica em consideração e suas re-

percussões sobre o que se perde ao adoecer, tanto para o paciente, quanto para a equipe de saúde, foi realizada uma busca ativa dos sujeitos em áreas de saúde, tanto no que se refere à pacientes, quanto à equipe médica.

Este estudo exploratório com caráter qualitativo visa a proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de tornar os sentidos contidos no discurso dos entrevistados mais explícitos ao se descobrir suas especificidades. Desta forma, a pesquisa foi realizada por meio de entrevista semidirigida e gravada com o consentimento dos entrevistados.

O objetivo, neste caso, foi dar uma maior elasticidade quanto à duração da entrevista, permitindo uma cobertura mais profunda sobre aspectos ligados ao tema. Assim sendo, foram as exigências próprias às informações recebidas que definiram a condição de construção do conhecimento e não o número de participantes da pesquisa (GONZALEZ REY, 2005, p. 110).

Para esta pesquisa foram entrevistados quatro pacientes. Por sua vez, também entrevistados quatro profissionais da área da saúde, com variação de 4 a 37 anos de profissão. Por fim, foram entrevistadas três psicólogas hospitalares, cujo tempo de experiência variou de 11 meses a 4 anos.

Portanto, esta pesquisa está sob o fundamento metodológico psicanalítico da Teoria dos Campos: a interpretação por ruptura de campo. Tal método psicanalítico alicerça-se na ideia de “ruptura de campo”, ou seja, desde o momento em que o pesquisador/analista abre um espaço de escuta ao seu entrevistado, ele irá assim tomar com muito valor o discurso do sujeito pelo seu poder heurístico (de ruptura para novos sentidos) pela simples presença que o pesquisador/analista passa a ter para o sujeito, à medida que se dispõe a falar sobre o tema.

Neste sentido, Hermann (2004) define essa postura de escuta como “desatenção heurística”. O pesquisador/analista a princípio deixará com que surja do discurso do sujeito algo merecedor de ser tomado em consideração, no sentido de que aponta para o caminho temático da entrevista, e num segundo momento ele tomará pelo relato da entrevista o delineamento produzido por campos de tensão da identidade do sujeito em face ao tema discutido.

Esse processo já é por si o método em ação: trata-se da interpretação psicanalítica que se faz presente a todo tempo na situação de entrevista, desde que haja tal postura do analista. O efeito deste processo interpretativo da dupla é a “ruptura de campo”, é quando o sujeito já não consegue mais se sustentar no campo ao qual estava comumente habituado, ou seja, sobre as representações costumeiras, podendo revelar assim o desenho da lógica inconsciente, ou das regras fundamentais do campo que sustentava suas representações e condição de relação, como também possibilita a abertura ou construção de novas formas de ser (Hermann, 2004).

### *A investigação do adoecer por meio da ruptura de campo*

#### **Os pacientes**

Visando a compreender as representações da dor psíquica e suas repercussões

sobre o que se perde ao adoecer, a investigação do adoecer se deu em três grupos distintos: pacientes que haviam sido internados recentemente, enfermeiros e psicólogos, tendo por objetivo tomar em consideração o discurso dos entrevistados.

Com o grupo de pacientes, num primeiro momento, por meio do instrumento criado para realização de entrevista semi-estruturada, partimos de questionamentos acerca da necessidade de atendimento psicológico a fim de ouvi-los quanto às representações sobre seu próprio adoecimento.

Descobrimos algumas tentativas de representação acerca do adoecimento, que os entrevistados denominaram como sendo uma situação que causa desespero e confusão mental. Como exemplo, temos a entrevistada A. que mencionou: “(...) pensei que ia morrer, porque não tinha outro jeito; (...) eu estava muito machucada, muita fratura”.

Foi possível observar por meio do discurso da entrevistada um depoimento importante sobre o *desdobramento* deste momento de adoecimento e perda das representações, pois nos disse ela: “(...) acho que ninguém devia ter passado junto comigo o que eu passei, mas ter todo mundo do meu lado foi bom (...)”; e nos revelou “(...) quero passar o que eu aprendi lá dentro”.

Na questão seguinte da entrevista, cujo objetivo foi investigar com quem o paciente dividiria seu sofrimento, a entrevistada nos revela: “(...) tive uma infecção urinária; (...) tive que voltar; (...) Quando eu voltei, eu conheci uma moça, que chama K; (...) Eu saí numa sexta-feira, ela entrou no sábado na mesma cama que eu estava. Aí ela estava muito ruim, e tá lá até hoje, ela tá mal e tudo. Mas eu falo assim, de tudo que eu mais aprendi foi com ela lá”.

Observamos que o pensar primeiramente que iria morrer por não haver outro jeito (outra saída), que era o que os sentidos lhe permitiam perceber, revelou-nos também a ruptura pela condição de identificação (mesma cama, e ela, a nova paciente também estava muito ruim) que fez aprender – vendo-se no outro, e a ‘ensinar’, a ajudar alguém: “(...) E eu acho assim, pelo que os médicos falaram, eu ajudei ela muito, porque brincava, eu conversava o tempo todo que eu fiquei lá, que foi mais umas duas semanas e meia. O tempo que eu passei com ela vale mais que os dois meses que eu passei com todo mundo. Acho que eu ajudei ela, e ela me ajudou também”.

De acordo com Simonetti (2004), o ser humano confere sentido a tudo que ele vivência, não sendo diferente com o adoecimento, já que o mesmo pode ser considerado como uma situação de perdas, pois, “perde-se a saúde, perde-se a autonomia, perde-se tempo e dinheiro, e muitas outras coisas, isso quando não se perde mesmo a própria vida” (SIMONETTI, 2004, p.17-18).

Assim, Perez (2008) enfatiza que a vivência dessa situação “traz para o sujeito uma experiência de ruptura, de descontinuidade do ser, do não saber sobre si e sobre o próprio corpo, do se defrontar com a perda da condição de saudável e a possibilidade de morte” (PEREZ, 2008, p. 63).

Dessa forma, Simonetti (2004) destaca que o conjunto de sentidos que o sujeito confere a sua doença, ou seja, as manifestações da subjetividade humana diante da doença (sentimentos, desejos, fala, pensamentos, comportamentos, fantasias, lembranças, crenças, sonhos, conflitos, estilo de vida e estilo de adoecer), constitui o campo de aspectos psicológicos. Contudo, para o autor,

esses aspectos estão por toda parte, como uma atmosfera a envolver a doença, transmutando-a em adoecimento, e, dependendo do caso, podem aparecer como causa da doença, como desencadeador do processo patogênico, como agravamento do quadro clínico, como fator de manutenção do adoecimento, ou ainda como consequência desse adoecimento (SIMONETTI 2004, p. 16).

Vale mencionar ao nosso leitor uma questão de relevância: você recebeu recentemente a visita de um psicólogo? Como foi? Eis que responde nossa entrevistada: "(...) Foi diferente, porque no momento que eu estava precisando eu não queria falar com a família, porque estava todo mundo abalado. Então, falar com uma pessoa diferente foi melhor para mim". Em seguida revela: "(...) Eu acho que pelo meu estado ela foi me acompanhando desde que eu estava no CTI. Ela ficou o tempo todo. Tanto que quando eu acordei ela foi uma das primeiras pessoas que conversou comigo. Ela ficava lá me acompanhando. Quando eu passei para o quarto ela foi também".

Para esta entrevistada/paciente coube por bem que pessoas "diferentes" (não familiares) lhe permitissem uma proximidade com a ruptura accidental entre o corpo e a psique, gerando, neste sentido, uma espécie de *aprendizado*. Este se deu numa forma particular de acompanhamento, primeiramente com a psicóloga para a paciente, assim como desta paciente/ entrevistada com sua colega de quarto na enfermaria.

De acordo com Coelho (2004), a extensão e a forma com que uma enfermidade pode afetar a vida de uma pessoa dependem das características da enfermidade, de sua intensidade, da história, do grau de limitação associado à mesma, do funcionamento emocional anterior à doença, da psicodinâmica da família e da rede de apoio e financeiro.

Outra paciente/entrevistada, também com uma situação desconfortável, descreve que "não queria fazer", referindo-se ao tratamento de hemodiálise, por ser algo "ruim, horrível". Neste momento a paciente nos revela a tentativa de elaboração da perda destacando certa relevância sobre como a doença corporal pode revelar algumas complicações psíquicas, já que para Ramos (2006),

um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal pode afetar a psique; pois a psique e o corpo não estão separados, mas são animados por uma mesma vida. Assim sendo, é rara a doença corporal que não revele complicações psíquicas; mesmo quando não seja psicologicamente causada (JUNG, apud RAMOS, 2006, p. 5).

Com o decorrer do tempo, a literatura enfatiza que, com a elaboração da perda da saúde, estes pacientes passam a observar outras pessoas na mesma situação. Disse-nos a entrevistada C.: "mas com os dias a gente vai passando, vai vendo outras pessoas e vai compreendendo que a gente em cada fase tem que passar por alguma coisa".

Após esse novo entendimento, os entrevistados percebem esse adoecimento não com revolta ou desconforto, mas como algo que deve ser encarado: 'amadureci bastante enquanto eu estava lá (...)'" (entrevistada A); "(...) cada um tem sua cruz para carrear

gar, ninguém carrega ela para ninguém. Então o que você tiver que passar, é seu mesmo, você tem que passar, mas que eu passe com cabeça erguida, poder olhar para trás e falar: eu venci” (Entrevistada B).

Adoecer gera no paciente uma situação de crise, de intensa mobilização psíquica, por implicar, como ressalta Angerani-Camon (1996), uma mudança que envolve até mesmo a reflexão sobre a mesmice do cotidiano, a superficialidade das condições de inerência da própria vida. Para este autor, a dor psíquica revela a mudança de estar

numa sociedade consumista e tornar-se alguém que deixará de produzir e até mesmo de participar das intercorrências sociais. A maneira como o paciente concebe sua inserção social e, por assim dizer, o seu pragmatismo e deliberação frente à sua condição existencial será o marco que mostrará os pontos onde seus conceitos irão interferir e circundar o delineamento de suas condições vitais (ANGERANI-CAMON, 1996, p. 191).

Dessa forma, para Angerani-Camon (1996), a compreensão de como uma patologia provoca reações em um paciente partirá primeiramente de conceitos, de como esse paciente se percebe em sua relação com o mundo e com o outro; a maneira que percebe o olhar do outro sobre si mesmo e como reage a essa interação. Além do “modo como olha o seu próprio ser, em sua inserção existencial e a configuração da patologia em sua vida; o dimensionamento imprimindo a sua vida a partir do surgimento da doença e como lidar com a nova realidade e perspectiva existencial” (ANGERANI-CAMON, 1996, p. 191).

Voltando às entrevistas, assistimos que diante do questionamento sobre o atendimento psicológico, é unânime a visão de que esses profissionais são os responsáveis pela conversa e desabafo de seus sentimentos: “eu acho que eles trabalham muito o seu íntimo o seu interior, para que você possa estar desabafando, colocando para fora aqueles sentimentos seus retraídos, que você às vezes não tem coragem de falar com ninguém” (entrevistada B). Quanto à importância desse atendimento, ressaltam que diante de suas vivências com o adoecimento, “você conversando, abrindo seu coração, você melhora” (entrevistada C).

Partindo desse princípio, Simonetti (2004) enfatiza que a psicologia pode fazer muito pouco em relação à doença, sendo este o trabalho da medicina, mas por outro lado, a psicologia pode fazer muito no âmbito da relação do paciente com seu sintoma. A esse respeito, o autor ressalta que o ser humano é caracterizado pela palavra, estando dessa forma o trabalho do psicólogo em contato com o que é mais específico no ser humano, o que corresponde à linguagem, à palavra, à conversa.

Portanto,

Psicólogo e paciente conversam, e essa tal conversa é a porta de entrada para um mundo de significados e sentidos. O que interessa à psicologia hospitalar não é a doença em si, mas a relação que o doente tem com o seu sintoma ou, em outras palavras, o que nos interessa primordialmente é o destino do sintoma, o que o paciente faz com sua doença, o significado que lhe confere, e a isso só chegamos pela linguagem, pela palavra (SIMONETTI, 2004, p. 23-24).



## *Os enfermeiros*

O segundo grupo, também por meio do instrumento criado para a realização de entrevista semi-estruturada, viu-se diante do que pensam sobre sua própria formação profissional, como equipe de saúde, considerando a função mais importante no exercício de suas atividades. Descobrimos o valor da ética profissional (“por meio do sigilo, respeito e responsabilidade”) a fim de garantir o bom desempenho profissional em função de uma capacitação técnica adequada para as funções exercidas. Descobrimos também que diante de questões como “como lidam os profissionais e pacientes com o adoecimento?”, os primeiros partem de experiências com o estranhamento frente à perda e ao adoecimento.

Neste sentido, Torres e Guedes (1987, apud KOVÁCS, 1992) descrevem que ao “trabalhar com o sofrimento ou a perda de significados da existência pelo paciente, pode despertar no profissional as mesmas vivências, ferindo o seu narcisismo e sua onipotência, colocando-o diante do incompleto e não-terminado” (KOVÁCS, 1992, p. 242). Assim, de acordo com as autoras, estes podem re-experimentar medos infantis de separação, abandono e o medo da sua própria mortalidade.

Com base nessa concepção, ao refletirem sobre como eles próprios lidam com o adoecimento, verificamos que não são mais um profissional diante de um paciente, mas alguém que se imagina vivendo a situação tal qual aquela que o paciente vive. Segundo a autora Kübler-Ross (2005), a dificuldade que os membros das equipes de saúde experimentam no relacionamento com doentes próximos da morte deve-se, em boa parte, a sua incapacidade de lidar com os seus próprios temores da morte.

Dessa forma, os profissionais são movidos em sua maioria pelo que sentem e acreditam à medida que atendem. Assim, denominam o adoecimento como um sofrimento, que representa mudança radical, o contato com o inesperado/repentino, que desequilibra: ‘(...) ninguém está preparado para ‘isto’, – perder de si, daquilo que até então acredita ser e poder (ter mãos e pés, saúde, etc)’. Portanto, Kovács (1992) enfatiza que “esse processo pode vir acompanhado de muito sofrimento, pois representa a perda de um ponto conhecido e o lançamento em direção a uma etapa nova, na qual o desconhecido se faz presente, surgindo ansiedade, medo ou dor” (KOVÁCS, 1992, p. 240).

A própria equipe de saúde passa por esse processo inesperado e presente de ruptura. Desse modo, a formação profissional lhes invoca a condição ética, e o sofrimento por sua vez invoca tudo que estiver à mão: “conversar, acalmar, apresentar crenças, afastar por medo (pacientes muito jovens ou idosos), aproximar por dedicação” (expressões dos entrevistados).

Como ressalta Lopes (2004), “a forma como o profissional de saúde entende o processo de adoecimento e enfrentamento da doença, por que passa o indivíduo portador de uma patologia, é também um diferencial na atuação com o paciente hospitalizado” (LOPES, 2004, p. 2). Dessa maneira, a formação cede espaço e outros sentidos entram em cena como: “(...) a morte pode vir como alívio”; “(...) Deus pode desejar que assim seja”; “(...) o sofrimento de idosos, crianças e jovens comove muito” (expressões dos entrevistados C, A, D).

No que se refere a lidar diretamente com esse processo, alguns profissionais descrevem uma dificuldade dos pacientes e familiares em lidar com o desconhecido: “(...) a maioria tem dificuldade de se adaptar com o processo de adoecimento”, “(...) ninguém está preparado, acontece de uma hora para outra, é uma negação do que está acontecendo” (entrevistados D, A).

Esta situação, de acordo com Angerani-Camon (1996), está relacionada com a representação corporal. Assim,

a representação que cada pessoa tem de si mesma está vinculada à sua imagem corporal. Como a identidade constrói-se a partir de um corpo íntegro e completo, a situação de uma doença ameaça o senso de sentir-se íntegro, constituindo-se em algo que põe em risco a existência dessa pessoa. Quando o corpo se modifica significa modificações na identidade pessoal e, conseqüentemente, são situações que geram conflitos emocionais. A representação de uma pessoa é criação do imaginário que elabora uma auto-imagem a partir de como eu me percebo e de como percebo que o outro me percebe. A fusão da minha própria percepção de mim mesmo da maneira como percebo a percepção do outro em relação à construção da auto-imagem é o determinante da conceituação que faço do meu esquema corporal; é o sentimento que nutre a própria conceituação de estima para o significado de algo gratificante ou, ao contrário, deteriorado (RUSCHEL, apud ANGERANI-CAMON, 1996, p. 189).

Partindo desse princípio, é unânime a crença sobre o profissional de psicologia ter condições de trabalhar a dor da perda, por exemplo, auxiliando os pacientes emocionalmente a enfrentar a realidade do processo de adoecimento, nas palavras dos entrevistados: “fazer os pacientes aceitarem seus destinos” (entrevistados A, B, C, D).

Para Coelho (2004), cabe ao profissional de psicologia, inserido no contexto hospitalar, compreender os processos de reação emocional ao adoecer e a interpretação destes para a equipe. É em consequência dessa atuação que Kovács (1992) considera a presença de psicólogos nos hospitais indispensável para uma abordagem total do indivíduo.

(...) quem está doente vivencia, nesta situação de debilidade física, uma nova e traumatizante experiência que é a internação hospitalar. Sem considerar o sofrimento físico provocado pela disfunção orgânica, a internação hospitalar já significa, em si, uma quebra na rotina cotidiana do paciente e na acomodação ao estilo de vida que escolheu para si. Há uma mudança de hábitos, uma série de intervenções e exames que o magoam, machucam e invadem a sua privacidade e nem sempre respeitam a sua dignidade... Isto pode gerar uma sensação de dependência, limitação e impotência, levando a conflitos psicológicos intensos, que somente um profissional especializado pode prever, diagnosticar, indicar terapia adequada, com reais possibilidades de transformar o trauma hospitalar numa experiência positiva de reflexão sobre a vida e de equilíbrio íntimo em relação às agressões externas, permitindo ao indivíduo a assimilação de seu estado em sua atual circunstância de doente (KOVÁCS, 1992, p. 241).

## **Profissionais de Psicologia**

Por fim, para o terceiro grupo, também por meio do instrumento criado para realização de entrevista semi-estruturada, partimos da percepção destes sobre a demanda de pacientes que foram encaminhados pela equipe médica ao psicólogo. Neste sentido os psicólogos foram ouvidos quanto à atuação da psicologia dentro do contexto hospitalar.

Descobrimos que existe demanda de pacientes encaminhados para a equipe de psicologia dentro dos hospitais, por parte da equipe da enfermagem, técnicos em enfermagem, da equipe médica, dos familiares, e até do próprio paciente. Descobrimos também que os reais motivos dessas solicitações, por parte da equipe de saúde, são pela dificuldade desses profissionais em lidar com as angústias desses pacientes em relação ao seu adoecimento, o que conseqüentemente acaba provocando certo afastamento desses profissionais do contato com os pacientes: “(...) a equipe de saúde não consegue lidar com o paciente, principalmente quando este está deprimido, está muito choroso. Assim, a equipe busca a psicologia como forma de socorro” (entrevistada A).

Para Perez (2008), a maioria das solicitações de atendimento psicológico surge

em função de quadros reativos a essa situação, tais como: depressão, estados confusivos, alteração dos estados de agressividade, não colaboração com o tratamento, não aceitação de cirurgia ou de exames invasivos [...] um outro tipo de solicitação chama a atenção. São solicitações que têm latente um pedido da equipe, da continência das suas próprias angústias, uma necessidade de compartilhamento da sua realidade (PEREZ, 2008, p. 71).

Nesta concepção, Kovács (1992) destaca que o psicólogo tem que desenvolver o seu poder de escuta, para perceber as necessidades do outro, além de tornar-se disponível para esse contato tão íntimo. Observa-se que os médicos se escoram nos exames, nos instrumentos, na tecnologia e na farmacologia, e o psicólogo se escora na sua “tecnologia”, nas suas interpretações psicológicas sobre o viver do outro.

Diante desse impasse, uma das dificuldades de uma das psicólogas entrevistadas é fazer com que a equipe compreenda as emoções/reações do paciente diante dessa ruptura: “(...) nós não vamos fazer o paciente se calar, parar de chorar”. Esta entrevistada acredita que pelo fato de a equipe desconhecer o real motivo da escuta, existiria certa desvalorização desse trabalho diante dos profissionais da saúde: “(...) não adianta chamar a psicologia. Se for pensar, realmente não adianta para o que eles querem”. Ou mesmo por meio do pouco diálogo entre a psicologia e a medicina: “(...) na maioria das vezes a gente não encontra com o médico que solicitou o atendimento”, “(...) deveria também ter mais diálogo, no meu caso, por exemplo, tenho pouco contato com os médicos, eu acho que faz falta”.

Sobre essa ambivalência da relação dos profissionais de saúde com a psicologia, Perez (2008) pontua que

por um lado, a equipe solicita a intervenção do psicólogo esperando compartilhamento,

continência e reconhece a ajuda. Por outro, como uma reação às excessivas pressões, torna-se extremamente exigente, demandando resultados mais rápidos e eficientes do que a situação permite, algumas vezes desqualificando o trabalho do psicólogo (PEREZ, 2008, p. 72).

As entrevistadas B e C têm procurado trabalhar diretamente com a equipe médica, assim como com os pacientes e apontam:

Nós temos uma paciente aqui que tem agora um ano que está na hemodiálise. E ela chegou muito triste, muito depressiva, né.

Eu comecei a atendê-la a pedido da enfermeira responsável pelo turno e hoje ela relata que ela era muito vaidosa antes de adoecer: muito esmalte, batom, brinco, sempre foi muito vaidosa. E quando ela adoeceu, ela parou com tudo: parou de sair, não queria sair porque tinha vergonha, vergonha do braço, porque eles têm uma fistula artéria venosa, que às vezes deixa a veia bem calibrosa, aparente no braço, então parou.

Eu comecei a fazer intervenções com ela semanalmente, e hoje ela consegue, ela é até de outra cidade, e conseguiu ir à festa da cidade, voltou com a vaidade que ela tinha perdido, né. E junto com a nutricionista, porque nós fizemos intervenções juntas, para adequar a dieta também, para ela perder peso e se achar mais bonita, também.

- Resgatar o que ficou perdido? Pergunta a pesquisadora.

Resgatando, porque ela veio para cá e teve um ganho de peso muito grande, os pacientes chegam muito inchados, né. E fica aquela alimentação descontrolada, e a gente conseguiu resgatar esse corpo dela que estava, para ela não era aquele corpo, esse corpo aqui não é meu. Eu não sou assim. Então, a gente junto, eu e a nutricionista, conseguimos resgatar essa autoestima dela (entrevista C).

Como instrumento facilitador na abordagem dos pacientes, em sua complexidade, possibilitando uma atuação mais dinâmica e multidimensional, Macedo (2003) propõe uma integração entre as áreas hospitalares. Assim, torna-se necessário que todos os profissionais estejam conscientes do seu papel e da importância de seu comportamento dentro da Instituição.

É lícito pensar que na medida em que a equipe de profissionais promotores de saúde realiza constante intercâmbio de experiências e conhecimentos, vividos e adquiridos na tarefa assistencial, eles poderão desenvolver um trabalho mais integral, mais gratificante, e também propiciador de crescimento profissional e desenvolvimento pessoal (MACEDO, 2003, p. 147).

A condição de resgate da autoestima, do que havia sido perdido, segue a linha do corpo, por vezes o corpo pelo corpo: “e a gente conseguiu resgatar esse corpo dela que estava (...)”, mesmo de posse da escuta: “para ela não era aquele corpo, esse corpo aqui não é meu (dizia a paciente)” (entrevista C).

Diante da questão “Como você acredita que os pacientes percebem seus sofrimentos frente ao adoecimento?”, observamos a escuta atenta ao discurso da paciente e

uma tentativa de reflexão da profissional frente ao que a paciente passava. Ela nos diz:

Cada sujeito dá um significado diferente para esse momento de hospitalização. Mas é muito comum: Deus está me punindo, se eu não tivesse feito aquilo. A culpa deles em primeiro momento é muito grande.

Minha prioridade no hospital é no neonatal, e lá você percebe essa culpa, e o sentimento de não ser boa suficiente, por não conseguir ter uma gestação completa durante os nove meses, ainda mais que a sociedade prega essa idealização que as mulheres já nascem preparadas para terem essa função maternal (entrevistada B).

Segundo Angerani-Camon (1996), cada vez mais é notável a diferença das reações existentes em cada paciente, configurando a especificidade individual de cada um: “é o indício de que uma doença nunca é a mesma para diferentes pacientes; uma doença é única em suas manifestações e igualmente provoca reações singulares em cada paciente” (ANGERANI-CAMON, 1996, p. 191).

Diante das queixas apresentadas pelos pacientes, uma das psicólogas ressaltou que em diversos momentos os pacientes e familiares reclamam da falta de informação que existe dentro dos hospitais, em relação ao seu quadro clínico, tratamento e evoluções. De acordo com a mesma, isto leva a uma constante ansiedade desses pacientes: ‘(...) além de quê, como esses pacientes e familiares iriam se armar, ou seja, juntar forças para lutar, se não sabe contra o quê?!’ (entrevista B) Assim para a entrevistada, se houvesse uma comunicação eficiente na relação paciente e equipe de saúde, a ansiedade do paciente poderia ser diminuída.

Realmente o paciente estava desse jeito e dizia: eu estou aqui, ninguém sabe o que eu tenho, eu faço um monte de exames e ninguém fala nada comigo, e eu quero ir embora. O que eu estou fazendo no hospital? Vou embora, vou embora, vou embora.

Aí eu procurei a enfermagem, e a enfermagem falou que eles estavam desconfiando de um câncer, no gânglio linfático que a gente tem aqui na virilha, alguma coisa ali que a perna inchou demais, e foram investigar e chegou a esse diagnóstico. Aí eu falei: mas ele já sabe disso? Não, ele não sabe. Uai, é por isso que ele quer ir embora.

E aí nós fomos no médico, aí eu achei interessante o seguinte, que o médico, quando eu falei isso para ele, ele falou: Ah! Então você acha que a gente tem que contar? Eu falei assim, eu acho que tem que contar, porque o paciente tem que fazer parte do tratamento. Isso foi a primeira coisa que me veio na cabeça. Que enquanto o tratamento for uma coisa externa a ele, porque que ele tem que fazer?

E o médico disse: então vamos lá contar, vamos lá comigo para a gente contar. O médico fez isso, aí quando o médico contou tudo, o que os exames estavam dando, o que eles estavam suspeitando, o paciente falou assim: ah não! Então tá, então vamos para outro hospital. Que é um hospital em Uberaba. E acho que o paciente nem residia aqui em Patos, era outra cidade. Ah não! Então tá!

Então isso, achei muito interessante, que se a gente fosse pensar só na agressividade do paciente e chegar lá e falar, não, não fica assim; a gente não iria conseguir escutar o que ele estava querendo dizer com essa agressividade e nem fazer essa interlocução com a equipe para a equipe perceber o que era importante.

Que os médicos acham que se falar para o paciente, o paciente vai deprimir. Ele pode até deprimir, mas ele vai ter que passar por um tratamento deprimido ou não (entrevistado B).

De acordo com Lopes (2004), uma boa relação entre médico e paciente é fundamental para o paciente se sentir seguro e apoiado, e para aderir ao tratamento. Já que por meio dessa relação, o “paciente busca auxílio e compreensão do que está acontecendo com o seu corpo. Busca uma resposta e ao mesmo tempo um alívio do seu sintoma físico” (LOPES, 2004, p. 10). Portanto, é importante elucidar que, para a autora, associados à patologia orgânica estão presentes também sintomas de ordem emocional e psicológicos, muitas vezes escamoteados pelos sintomas físicos.

Partindo desse princípio, diversos autores da área da saúde destacam a necessidade da informação correta aos pacientes e seus familiares. Com base nesta comunicação, Marco (2003) ressalta ser fundamental que os profissionais de psicologia trabalhem pela disponibilização da informação.

A informação, mesmo portadora de más notícias, é sempre mais benéfica que a desinformação no que diz respeito à continuidade dos cuidados, pois a informação adequada permite posicionamento e escolhas compartilhadas, o que sem dúvida representa uma contribuição essencial para uma adesão ampla às ações necessárias e sua continuidade (MARCO, 2003, p. 167).

No que diz respeito a como os pacientes lidam com o adoecimento, algumas psicólogas (entrevista C) descrevem sentimentos de revolta “(...) vou embora e não vou voltar aqui nunca mais”; de culpa própria: “(...) Se eu não tivesse feito aquilo”; ou mesmo até responsabilizando o outro pelo adoecimento: “(...) Deus está me punindo”. Contudo, independentemente desses sentimentos, o choro é constante em relação ao adoecimento, à hospitalização.

Kübler-Ross (2005) descreve cinco fases reguladoras do morrer: negação/ isolamento, raiva, barganha/ negociação, depressão/ tristeza, e finalmente a aceitação. Contudo, esta sequência é confirmada para perdas em geral: dissolução amorosa, desemprego, perdas de partes e formas do nosso corpo, incluindo também a substituição da imagem que temos de nós mesmos ao longo da vida, para a qual é imprescindível a cada vez elaborar o luto.

Para Nigro (2004), o atendimento a pacientes internados nos confronta com o sujeito doente e com o lugar onde ele se encontra, o hospital. Assim, esse ambiente possibilita aos profissionais de saúde, incluindo a psicologia, a concepção da descoberta da fragilidade humana: “invade-nos a possibilidade de estar no lugar do outro e na situação em que esse outro se encontra no momento, tornando presente um futuro assustador” (NIGRO, 2004, p. 104).

Portanto, esses profissionais buscam proporcionar alívio a esse momento, nas palavras das entrevistadas C: “(...) perceber o que e como a pessoa está vivenciando aquele momento”.

Ao trabalhar com os pacientes, as psicólogas acreditam que se deve propiciar alívio ao momento de hospitalização aos pacientes e seus familiares. Contudo,

o psicólogo no contexto hospitalar aprende que terá de aprender aprendendo, como os pacientes, sua dor, angústia e realidade. E o paciente, de modo peculiar, ensina ao psicólogo sobre a doença e sobre como lidar com a própria dor diante do sofrimento (ANGERANI-CAMON, 2010, p. 10).

### *Considerações finais*

Partindo dos pressupostos acima, no que se refere aos pacientes, é observável que cada um durante seu processo de adoecimento traz consigo suas representações, sua própria subjetividade, o que é, num primeiro momento, descrito pelos entrevistados como uma situação de desespero, e que causa confusão, pois “o adoecer é mais que um sintoma somático, é deixar de viver, é sofrer, é um conflito existencial, é um isolamento, é sentir dor, é ter medo, é até morrer” (LOPES, 2004, p. 22).

Dessa forma, é conveniente lembrar que não estamos tratando de uma doença, mas de um ser humano que tem uma personalidade, desejos e expectativas. Assim, “não existem doenças, existem doentes” (PERESTRELLO, apud SIMONETTI, 2004, p. 29). Portanto, faz-se necessário compreender o adoecimento como uma experiência de transformação do próprio indivíduo, pois este passa por uma situação de crise, de intensa mobilização psíquica.

Assim, “instala-se um padrão regredido de funcionamento psíquico, com demanda de acolhimento e de continência da angústia mobilizada” (PEREZ, 2008, p. 72). No entanto, de acordo com a autora, a equipe que deveria estar preparada para atender esta necessidade também está submetida a uma situação de tensão.

Esta experiência foi verificada por meio deste estudo, em que os profissionais da saúde tiveram que refletir sobre o “outro” que perde. Observa-se que o adoecimento, para estes, representa uma mudança radical, por representar o contato com o inesperado e o repentino na vida do ser humano, que conseqüentemente desequilibra. Diante desse impacto, a própria equipe de saúde passa por esse processo inesperado e presente de ruptura.

Perez (2008) afirma que o contato com o inesperado, e principalmente com a fragilidade humana, a dor, o sofrimento e a morte do paciente, produz na equipe de saúde “a reedição e a mobilização de situações e ansiedades primitivas tais como o medo da própria morte, o medo do sofrimento” (PEREZ, 2008, p. 66).

Neste sentido observa-se em alguns profissionais o que é próprio da condição humana: buscar uma saída para tal situação. Dessa forma, em suas falas aparece a compreensão do adoecimento e até da própria morte como um alívio ou situação desejada por forças divinas. Por outro lado, também aparecem outros sujeitos que têm disponibilidade de se sustentar ouvinte a partir de seu lugar profissional (sua identidade particular dependendo do momento).

Essa contraposição diante do jeito de enfrentar o processo de adoecimento, do

qual a equipe de saúde tem de lidar todos os dias, e que foi destacado pela psicóloga entrevistada como um desafio a psicologia, é de certa forma, resultado da própria fragilidade desses profissionais, enquanto seres humanos.

Contudo, essa mobilização psíquica, tão intensa e contínua, dos profissionais de saúde acaba por exigir “ajustes e adequações de estratégias defensivas que proporcionam a integração destas tensões, de condições necessárias para o existir dentro deste ambiente de trabalho” (PEREZ, 2008, p. 66).

Daí surge um novo campo de trabalho que está se abrindo para o psicólogo dentro dos hospitais não só na área da psiquiatria, mas também em outras, fazendo parte das equipes multidisciplinares de saúde, com o objetivo de prestar assistência ao paciente, lidar com suas angústias, minimizar seu sofrimento e o de seus familiares, trabalhando os aspectos da doença e da hospitalização, além da possibilidade de orientação e apoio à equipe médica.

Mas especificamente, de acordo com Perez (2008), a intervenção da psicologia neste contexto visa a fortalecer os recursos internos de cada indivíduo para lidar com a situação adversa, denominada de adoecer, além de flexibilizar as relações para que a equipe possa cuidar das necessidades do paciente e de seus familiares, bem como estes também possam cuidar das necessidades da equipe.

Assim, de acordo com Simonetti (2004), a psicologia no contexto hospitalar não tem como objeto de trabalho só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe de saúde e a angústia geralmente negada dos médicos. “Além de considerar essas pessoas individualmente a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos” (SIMONETTI, 2004, p. 18).

Portanto, cabe à psicologia ter uma visão abrangente, além dos sintomas desencadeados pela doença, ou seja, é buscar que todos (pacientes, familiares e equipe de saúde) tenham “um olhar para a pessoa do paciente e não apenas para um órgão doente. É a possibilidade de uma visão global do processo de adoecer, procurando ressaltar todos os fatores que estão envolvidos no adoecer” (LOPES, 2004, p. 22).

Em síntese, por meio deste estudo foi possível à pesquisadora a descoberta fundamental sobre a necessidade da escuta diante do processo de adoecer, o que torna imprescindível questionar-se sobre o que pode ser feito para auxiliar esse indivíduo a resgatar a consciência de suas potencialidades e limites, a fim de que reencontre um novo sentido para sua vida.

Por fim, aqui deixo exposta a importância de outros profissionais da Psicologia compreender também esta necessidade e buscar realizar dentro do contexto hospitalar reflexões sobre a postura constante que possibilite ao paciente, aos familiares e à equipe de saúde o despertar da sensibilização e a escuta dos processos internos perante o adoecimento.



### Referências bibliográficas

ANGERAMI-CALMON, Valdemar Augusto. O imaginário e o adoecer. Um esboço de pequenas grandes dúvidas, in: *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1996.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O Psicólogo no Hospital, in: Trucharte, F. A. R., et. al. *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática*. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010, cap. 1, p. 1-14.

COELHO, Marilda Oliveira. A dor da perda da saúde, in: ANGERAMI-CALMON, Valdemar Augusto. *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira, 2004.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia, in: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: A história do movimento psicanalítica, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV (1914-1916), cap. 8, p. 243-263.

GONZALEZ REY, Fernando. Diferentes Momentos do Processo de Pesquisa Qualitativa e suas Exigências Metodológicas, in: *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. Tradução Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005, p. 79-113.

HERRMANN, F. *Introdução a Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

HERRMANN, Fábio. *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 211p.

KOVÁCS, Maria Júlia. Profissionais de Saúde diante da Morte, in: *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, cap. 13, pp. 235-253.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes, 2005, 295p.

LOPES, Vânia Reis. *O Processo de Humanização da Equipe de Saúde*. 2004. Monografia apresentada no curso de Especialização em Psicologia Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, julho de 2004.

Disponível em: <<[www.vaniareis.psc.br/douc/humanizacao.pdf](http://www.vaniareis.psc.br/douc/humanizacao.pdf)>

Acesso em: 19 de março de 2011.

MACEDO, Paula Costa Mosca. O trabalho em equipe multidisciplinar, in: MARCO, Mario Alfredo de. *A Face Humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, pp. 147-149.

MARCO, Mario Alfredo de. Continuidade dos cuidados, in: *A Face Humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003,

pp. 163-168.

MÁXIMO, Heloisa dos Reis Malheiro. *Vicissitudes da dor*. Cadernos de Psicanálise: vol. XXI, nº. 24, 2005.

NIGRO, Magdalena. O Psicólogo Hospitalar e a Doença do Outro, in: *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, cap. 4, pp. 99-119.

PEREZ, Glória Heloise. A Unidade de Emergência, in: ROMANO, B. W. *Manual de psicologia clínica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, pp. 63-74.

POLITO, Fabíola Mansur. *A Polaridade Saudável no Processo do Adoecer*. Boletim de Gestalt-terapia: vol I, nº 9, pp. 30-36, 2001.

RAMOS, Denise Gimenez. *A Psique do Corpo: A dimensão simbólica da doença*. 3. ed. ver. e ampl. São Paulo: Summus, 2006.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.