

Psicossomática: Uma Visão Interdisciplinar no Contexto Hospitalar

Selma Barbosa de Oliveira

1. INTRODUÇÃO

A psicologia hospitalar está fundamentada em prática interdisciplinar, o psicólogo deve transpor os limites de seu consultório, mantendo contato obrigatório com outras profissões, o que determina multiplicidade de enfoques ao mesmo problema e em consequência, ações diversas. Entende-se atualmente que o que se pretende em relação à saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma prática interdisciplinar em que profissionais de áreas diversas, representantes de varias ciências agregar-se-iam em equipes de saúde, tendo como objetivos comuns estudar as interações somatopsicossociais.

O movimento da Psicossomática surgiu na década de sessenta no Brasil, no período em que se estabelecia a “Revolução dos corpos” na Psicologia e na Medicina. Buscavam-se respostas para entender melhor as doenças funcionais que não tinham explicação médica, numa tentativa de integrar o corpo e a mente.

Nesse contexto, a Psicossomática não é uma especialidade e sim uma contribuição de cada profissional para somar conhecimento e saberes, unindo o esforço da aprendizagem sobre o funcionamento do homem e suas relações com a construção de intervenções eficazes na manutenção e recuperação da saúde; de produzir um novo paradigma de conhecimentos que permitisse diagnosticar e intervir em quadros físicos e emocionais, quer sejam eles crônicos, recorrentes, cumulativos ou resistentes a tratamentos, de forma a promover a saúde e a qualidade de vida. (SPINELLI, 2007).

Sob esse olhar, o objetivo deste estudo é fazer uma perspectiva teórica da Medicina Psicossomática, da Psicologia Médica e da interdisciplinaridade, como vieram se desenvolvendo e travando discussões no decorrer dos tempos.

Desse modo, o trabalho caracteriza-se metodologicamente como uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratório-descritiva.

E, na busca de uma afinidade metodológica com o tema proposto, a abordagem escolhida é a qualitativa, pois de acordo com Minayo *et. al.* (2001, p. 80), a pesquisa qualitativa é definida como aquela que responde a questões muito particulares e que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado e sim trabalhado com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, as quais correspondem a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalidade de variáveis.

O estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer pesquisa científica, os quais respondem o como fazê-la de forma eficiente (...). Assim, a metodologia, mais do que uma descrição formal de técnicas e métodos a serem utilizados na pesquisa científica, indica a opção que o pesquisador fez do quadro teórico para determinada situação prática do problema objeto de pesquisa. (Teixeira, 2007).

Semelhante definição também se pode observar em Patton (1980) e Glazier (1992), quando se referem aos dados qualitativos como “descrições detalhadas de fenômenos, comportamentos; gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; interações entre indivíduos, grupos e organizações”.

Acrescenta Liesbscher (1998), os métodos qualitativos são apropriados quando o fenômeno em estudo é complexo e de natureza social. É preciso aprender a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas.

Nessa perspectiva, as abordagens e métodos mais usados são: estudo de caso, entrevista individual semi ou não estruturada e grupo focal.

Portanto, para explanar o objetivo desta monografia serão apresentados alguns relatos de casos clínicos registrados na literatura recente e o estudo de um caso específico de um paciente diagnosticado com Fibromialgia e Síndrome de Sjögren, atendido pela autora desta monografia em Hospital Público, na clínica psicológica, com uma visão interdisciplinar oriunda da Psicanálise e da Gestalt, bem como pela Psicologia médica Ekstermiana.

Sob essa perspectiva, a interdisciplinaridade vem de alguma forma propor o questionamento nas relações, no sentido de interagir e comunicar, reafirmando a importância das diferenças, da individualidade e especificidade nas relações profissionais de saúde, paciente e interprofissionais.

Apesar de não existirem trabalhos específicos sobre a evolução do pensamento psicossomático ao longo da história, encontram-se referências nos tratados da psiquiatria e da psicologia médica pelas naturais conexões que apresentam com o tema; bem como existem várias obras escritas sobre as ideias de concepção do homem e da mente, com a intrínseca relação das emoções (mente) com suas manifestações no corpo (soma).

A abordagem psicossomática é um procedimento multidisciplinar e atualmente há uma demanda acadêmica crescente por olhares não reducionistas ao complexo mundo da experiência. No campo da saúde o reducionismo mais visado é o do saber biomédico, que privilegia os determinantes biológicos em detrimento dos sociais na interpretação dos fenômenos da saúde e da doença. (ROZEMBERG & MINAYO, 2001).

A atual crise da atenção à saúde está ligada ao exercício cotidiano desse saber biomédico, cuja racionalidade procura “fatos” numa relação de causalidade linear e mecânica. Considera-se, pois que a biomedicina deslocou-se de tal modo do mundo real cotidiano, vivido pelos sujeitos doentes que, na atualidade, a maior parte dos relatos dos doentes é desconsiderado pelo profissional de saúde como constituinte de seu objeto de saber e prática. (TESSER *et al*, 1998).

A base do saber biomédico é no dizer de Queiroz (1986) “o paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna”. Segundo Luz (1998) a objetivação científica das doenças instaurou um novo objeto para a medicina ocidental: é a doença o que interessa ao médico, não mais os adoecimentos e a cura dos sujeitos doentes. No lugar disso, seria bom que se estimulasse o intercâmbio e se rompessem barreiras artificiais para se chegar à elaboração de uma espécie de “gramática psicossomática”, como incentivadora de conhecimentos comuns, partilhados e interdisciplinares. Uma vez que a natureza discursiva do conhecimento se faz *per partes*: da percepção sensorial à resposta cerebral, das simples imagens e ideias aos juízos, do encadeamento de juízos ao raciocínio, dos raciocínios aos discursos. É por etapas, fragmentado, parcial, quase sempre unidirecionado. Não é intuitivo nem global; é mais apreensivo do que compreensivo. (COIMBRA, 2007).

Situa-se aí a importância indiscutível da interdisciplinaridade que, longe de restringir-se a simples metodologia de ensino e aprendizagem, é também uma das molas propulsoras na reformulação do saber, do ser e do fazer.

Assim como não se pode separar impunemente leis da Física, teoremas da Matemática e teses de Biologia, dentre outras ciências e disciplinas das diferentes visões do mundo.

[...] Nem a ciência é uma fornecedora perene de “verdades” e nem as doutrinas filosóficas só têm valor de composições musicais que podem agradar a uns e não a todos. Ambas pretendem buscar a ‘verdade’, se bem que os cientistas sabem que o que realmente encontram é a verossimilhança. A filosofia não seria a sabedoria, ‘só digna dos deuses’, segundo Pitágoras (570-497), mas o ‘amor da sabedoria’ (filo-sofia); a ciência também o é em grande parte.

(Freire-Maia, 1997)

Essas reflexões destinam-se a corroborar o verdadeiro caráter de uma disciplina que, de si, não poderia ser improdutivo.

A partir desse cenário apresentado, considera-se pertinente e oportuno identificar e compreender o significado da prática psicossomática numa visão interdisciplinar em atendimento clínico.

A fim de atingir o objetivo proposto, o trabalho está organizado em seis capítulos. O primeiro incluindo esta introdução apresenta o contexto geral em que o trabalho está inserido, ou seja, o objetivo do estudo, a metodologia, e a relevância do tema.

O segundo capítulo relata o surgimento do Hospital, sua história funções e imagem institucional. Assim como o surgimento da Psicologia Hospitalar e as funções do psicólogo dentro desse contexto.

O terceiro capítulo refere-se a uma revisão bibliográfica sobre o desenvolvimento histórico da psicossomática. Já na antiga Grécia com Hipócrates, Platão e Aristóteles consideravam a unidade indivisível do ser humano sendo que atualmente, ela refere-se ao estudo da pessoa como ser histórico. Quando se fala em doenças psicossomáticas, normalmente refere-se a um conjunto de doenças cuja origem ou causa primeira ocorre no âmbito psicológico/emocional. Como o homem que vivencia o seu reumatismo e seus envolvimento laborais, sociais, dentre outros.

O quarto capítulo aborda a interdisciplinaridade como um desafio, pois sua conceituação não é unívoca. Ele também está sujeito ao conflito de

interpretações. Apesar do seu enorme desenvolvimento, ainda não se firmou como um novo paradigma. Inclusive porque, para alguns, a interdisciplinaridade não passa de uma atitude epistemológica. Apesar de não ser um novo paradigma, mas investe na formação de vínculos e laços sociais. Propõe-se a troca entre os profissionais para que na convivência surja o aprendizado e com isso, uma mudança de referencial teórico prático de cada categoria profissional.

O quinto capítulo trata da interdisciplinaridade não apenas como vínculo entre saberes, mas nos quadros de somatizações. Para compreender esse dinamismo utilizam-se conceitos tanto da Psicanálise quanto da Psicologia da Gestalt, sendo a primeira ocupar-se dos processos mentais inconscientes. A segunda, por meio do conceito “Figura e Fundo”, mostra como ambos se interrelacionam e um não existe sem o outro. Figura é aquilo que aparece e fundo aquilo que o embasa, embora não estando aparente. Com isso, pode-se inferir que todos os aspectos do ser estão sempre interrelacionados quer estejam eles visíveis ou invisíveis.

O sexto capítulo propõe refletir algumas ideias de princípios psicossomáticos na terapia, como o vínculo que se forma entre o paciente e o terapeuta. A construção do exercício, da técnica e do procedimento clínico da anamnese biográfica com proposta da psicologia Ekstermiana.

E, no sétimo capítulo, apresenta-se o desenvolvimento de um caso clínico de Fibromialgia e Síndrome de Sjögren (uma doença sistêmica). O diagnóstico necessita não apenas da demonstração de evidências objetivas como olhos e boca seca, mas também de uma prova da auto-imunidade. Paralelamente, o diagnóstico não pode ser baseado apenas nos sintomas, mas dentro da individualidade própria de cada doente, das peculiaridades desse ser humano particular, com suas características próprias de personalidade, de família e de relações sociais.

2. BREVE ESTUDO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

2.1. Nascimento do Hospital

O Hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do sé XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece em torno de 1780.

Ao examinamos a história da instituição hospitalar deparamos com um fato curioso: ela nem sempre foi uma instituição com fins lucrativos, tampouco uma instituição médica. Desde o final da Idade Média até meados do século XVIII, o hospital era na Europa, um espaço asilar de exclusão, para pobres, loucos, prostitutas. Os doentes que precisavam de assistência internavam-se para morrer. Os cuidados eram prestados por pessoas que faziam caridade visando à salvação espiritual do moribundo e a sua própria, não havia um objetivo terapêutico para internação.

Não se procurou medicalizar o hospital mas purificá-lo dos efeitos nocivos da desordem que acarretava. A desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade.

O ponto de partida da reforma hospitalar não foi o hospital civil mas o hospital marítimo era um lugar de desordem econômica. Através dele se fazia tráfego de mercadorias objetos preciosos, matérias raras e especiarias. O traficante fazia-se doente e era levado para o hospital no desembarque ia escondendo objetos que escapavam ao controle econômico da alfândega.

Outro ponto estava relacionado à quarentena, isto é pessoas que vinham doentes das viagens e poderiam trazer doenças epidêmicas para a cidade.

Segundo Foucault (1986), dois fatores foram os principais responsáveis pela mudança: a reorganização do hospital a partir da disciplina e a transformação do saber e das práticas médicas.

A disciplina foi a técnica utilizada para reorganizar o espaço hospitalar. Foi utilizado para guiar homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo, majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-las.

A disciplina é antes de tudo, a análise do espaço, isto é individualização pelo espaço, inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório. A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-lo a uma perpetua pirâmide de olhares. Incluísse o registro contínuo. Anotação do indivíduo e transferência de informação de modo que, no cume da pirâmide disciplinar não escape nenhum saber.

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. As razões econômicas, a atenção atribuída ao indivíduo, o desejo de evitar as epidemias explicam a disciplina a que está submetida os hospitais.

Tudo no hospital deve ser instrumento de cura: a arquitetura, a água que bebem, a comida, o ar a temperatura do meio enfim. A partir do momento em que o hospital é concluído como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar

O saber médico que até início do séc. XVIII se localizava somente nos livros, começa a ter seu lugar no hospital, ou seja, a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, define-se também, como um lugar de formação de médicos. O grande médico de hospital aquele que será mais sábio, quanto maior for sua experiência hospitalar é uma invenção do final do século XVIII.

2.1.1 Psicologia no Hospital contextualização histórica.

Fundado em 1818 em Massachusetts, o Hospital McLean possibilitou a inserção do psicólogo na área hospitalar através da formação de uma equipe multiprofissional composta por patologista, fisiologistas, bioquímicos e psicólogos.

O processo da Psicologia Hospitalar surgiu pela iniciativa de profissionais, demanda da população e pelas próprias instituições. Atualmente os hospitais vêm se abrindo cada vez mais para a atuação dos psicólogos.

Segundo o Protocolo de assistência Psicológica da Unidade de Emergência Dr. Armando Lages, produzindo em Novembro de 2006, a profissão de psicólogo foi regulamentada no Brasil através de Lei nº4.119, de 27 de agosto 1962, sendo a Psicologia clínica da Saúde uma especialidade reconhecida pela *American Psychological Association* (APA). Esta surgiu na década de 1950, com objetivos e metodologias próprias.

No Brasil, nessa mesma década, a psicologia hospitalar surgia no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – USP, através da psicóloga Mathide Neder. A psicologia com o passar dos anos, vem ganhando espaço em todas as áreas da sociedade, estando hoje consolidada em todo país, em especial no hospital, em contexto onde, além, das questões físicas,

existem questões subjetivas ou psicológicas que permeiam a crise do adoecimento.

Quando a Psicologia entrou no hospital, grande parte dos profissionais não estava preparada para lidar com as demandas que os pacientes hospitalizados requeriam. O tempo da atuação, o constante lidar com o morrer e com a morte, a própria incompreensão das funções do psicólogo nesse ambiente, foram problemas que surgiram com o advento desse novo saber psicológico. Apesar dos percalços, essa inserção da Psicologia no Hospital foi importante para modificar a concepção de que ela fosse uma ciência pertencente unicamente ao campo acadêmico. Dessa forma, ela insere-se em uma prática aplicada à realidade social.

Um dos objetivos do psicólogo hospitalar é o de prestar assistência ao paciente, lidar com suas angústias, minimizar seu sofrimento e de seus familiares e trabalhar os aspectos emocionais decorrentes da doença da hospitalização ou de uma cirurgia. Entendemos que essas situações trazem implicações e, por isso, é necessário que profissionais atuem em equipe multidisciplinar, visando à compreensão dos processos sociais e psicológicos do paciente, além do reconhecimento de fatores psíquicos que interferem em seus quadros clínicos, de sua instalação ao seu desenvolvimento e aprendizado construindo um saber grupal, estando o psicólogo melhor instrumentalizado, para compreender os fenômenos subjetivos decorrentes que cercam seu papel

A vida no Hospital é uma vida de relação . Relação entre profissionais da equipe multidisciplinar, entre eles e os pacientes, entre eles e os familiares dos pacientes e entre estes e a administração do hospital.

Em seus estudos Moreno construiu uma teoria baseando-se no “homem em relação” e, fundamentalmente, na inter-relação que estabelece com as pessoas. A teoria da psicodramática, dos papéis “leva o conceito de papel a todas as dimensões da vida”.

Atualmente, a atuação do profissional em Psicologia Hospitalar está mais definida, encontrando-se entre suas atribuições lidar com demandas de suas instituições, atuar em uma equipe multiprofissional, lidar com demandas tanto do paciente como de sua família, da própria equipe, entre outras. As atribuições do psicólogo no hospital ultrapassam as denominações de atividades específicas. Apesar de bem definido, o campo proporciona ainda potencial de crescimento cada vez mais amplo na área.

2.2 A tarefa do Psicólogo na Instituição Hospitalar

Os médicos e os profissionais de saúde deram-se conta de que há um lado “obscuro, inconsciente” que gera conflitos, queixas, que complicam evoluções e reduzem a eficácia terapêutica prevista. Martins e Frenk (1980) referem que a presença do psicólogo no hospital se faz imprescindível a partir do momento em que houve aparecimento e registro de episódios psicóticos, ora relacionados com o uso da tecnologia avançada, ora com os procedimentos cirúrgicos e mesmo com os estados confusionais e depressivos decorrentes do uso de medicação.

Outro fator para mudança de atitude é a percepção que um médico mais sensível deve ter do processo de ajustamento e da morbidade psicológica do paciente. Os aspectos emocionais podem alterar as reações e habilidades modificando a aderência ao tratamento e possibilitando a tomada de decisões que influenciarão suas chances de sobreviver (FORD et al, 1994)

Então a incorporação e a necessidade do compartilhar do psicólogo passam de “parecer” para “encaminhamento”

Outra observação é a exigência crescente da humanização vinculada aos cuidados recebidos: Humanizar significa particularizar, atende às circunstância e necessidades individuais. Humanização é obrigação, é exigência do consumidor, é revitalização de preceitos éticos.

Dessa forma, o psicólogo chega ao hospital com um sem número de tarefas possíveis de serem realizadas. Cabe a ele como profissional responsável, saber a que veio e emprestar seu saber de modo eficiente e eficaz.

A atenção ao doente pode se conseguir de dois modos: por ação direta ou indireta, escolha que mais uma vez depende de opção. Por ação indireta podem ser nomeados a atuação por interconsulta, o consultor de ligação e os grupos Balint.

Na ótica da interconsulta, o importante é detectar os fatores iatrogênicos no funcionamento dos serviços hospitalares. É uma técnica utilizada em situações de conflitos não explicitadas envolvendo tanto a equipe quanto a instituição. Recolhem-se informações com todos os envolvidos: paciente, família e equipe. Realiza-se um diagnóstico da situação através de trocas com a equipe, alivia-se a crise e restabelece-se a relação equipe/paciente. (ROMANO, 1999).

O consultor de ligação também vem de fora da equipe para o diagnóstico e aconselhamento no manejo da conduta de paciente, a pedido de outro médico. Faz a mediação para manter a comunicação entre paciente e os que estão encarregados de assisti-lo.

Nos grupos Balint (1975), através da discussão de casos clínicos com a equipe, ensina-nos aos membros do grupo a praticar a relação médico/paciente. Portanto, o que se pode apreender é que este tipo de enfoque visa primordialmente a atuação direta com a equipe. O que deixa de ser um raciocínio lógico: refletindo-se sobre o nosso funcionamento dentro do grupo, é possível repensar a relação com o outro indivíduo (o doente)

A outra tarefa possível para o psicólogo desenvolver em um hospital é a assistência direta ao paciente e sua família. A visão médica de relacionar-se com o doente e a doença mudou.

E é justamente neste momento que se dá a grande ajuda psicanalítica. Mesmo que esta não seja a linha teórica de referência para os trabalhos desenvolvidos, não há como negar que a articulação desses conceitos constituem um referencial para nossa prática. Intervir do ponto de vista psicanalítico, é fazer com que o indivíduo aproprie-se de si mesmo, descubra-se, “cujo fim é o alargamento de suas possibilidades de compreensão de si e de auto-determinação”. É preciso que ele co-participe para atingir qualidade de vida, ao invés de quantidade de vida (Romanos, 1993). Além disso, a nova postura ética estimula a autonomia deste sujeito submetido a ações. Significa dizer que dele se espera participação na decisão, no apropriar-se de informações. (Ibidem)

O psicólogo hospitalar está lado a lado com seus pares profissionais. Todos olham o doente, dele e sobre ele falam e planejam suas ações. Um exemplo: um paciente acorda uma manhã em estado confusional; a equipe se desestabiliza porque não sabe como ele chegou a isto. Cabe ao psicólogo clínico hospitalar orientar a equipe sobre como lidar com esse doente, e junto com ela buscar a causa do quadro confusional.

Segundo LIMA (1994) existem três níveis essenciais para a atuação em hospitais: psicopedagógico, psicoprofilático e psicoterapêutico.

Na realidade, uma divisão quase didática, porque se mesclam nas atividades. Um grupo de preparo para cirurgia contém os três níveis simultaneamente: verifica distorções sobre rotinas e procura corrigi-las (ou encaminhá-las), previne reações indesejáveis, estabelece vínculos paciente/psicólogo, identifica resistências e diferenças socioculturais dos pacientes,

possibilitando interpretá-las para a equipe , atua no estado de fragilização e dependência em que se encontra o doente.

O nível psicoterapêutico talvez seja o que menos gere questionamento, porque o psicólogo está com este patamar de atuação já bem definido, inclusive em sua graduação.

Rodriquez-marin (2003) sintetiza as seis tarefas básicas do psicólogo que trabalha no hospital:

- Função de coordenação: relativa às atividades com os funcionários do hospital.
- Função de ajuda à adaptação: em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado.
- Função de Interconsulta: atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente.
- Função de enlace: intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes.
- Função de assistência direta: atua diretamente com o paciente.
- Função de gestão de recursos humanos: para aprimorar os serviços dos profissionais da organização.

Entre as atividades definidas pelo Conselho Federal de Psicologia (2003), para o psicólogo hospitalar estão:

- Atendimento psicoterapêutico
- Organizar e atuar em Psicoterapia de grupo
- Atendimento em Ambulatório
- Atendimento em Unidade de Terapia Intensiva
- Pronto Atendimento nas Enfermarias
- Avaliação diagnóstica
- Psicodiagnóstico
- Consultoria e Interconsultoria
- Atuação em equipe Multidisciplinar

As abordagens mais comuns na Psicologia Hospitalar são a psicologia cognitiva, a comportamental a psicologia sistêmica e a psicanálise.

Mas, assim como em todas as outras áreas, essas abordagens aparecem sendo difícil diferenciá-las na prática.

3. BREVE ESTUDO DA PSICOSSOMÁTICA

O termo “psicossomático” deve ser usado apenas para indicar um método de abordagem, tanto em pesquisa quanto em terapia, ou seja, o uso simultâneo e coordenado de métodos e conceitos somáticos, isto é, fisiológicos, anatômicos, farmacológicos, cirúrgicos e dietéticos – de um lado, e métodos e conceitos psicológicos por outro lado. (ALEXANDER, 1989, P. 42)

Exemplificando para tornar o conceito mais concreto, o estudo da secreção gástrica pode limitar-se aos métodos fisiológicos, por meio dos quais o processo local é estudado. Já na investigação psicossomática da secreção gástrica é abordado não apenas uma parte deste processo complexo, como sua totalidade. Incluem-se os estímulos corticais centrais, que influenciam a secreção gástrica e que não podem ser descritos ou investigados a não ser por meio de métodos psicológicos. Por exemplo, os anseios nostálgicos e o desejo de receber ajuda e afeto também estimulam a secreção gástrica. Eles representam determinados processos cerebrais; no entanto, só podem ser descritos significativamente em termos psicológicos, porque os anseios receptivos não podem, neste momento, ser identificados de técnicas bioquímicas, elétricas ou por qualquer outra técnica não psicológica. 1989, (IDEM, pg.43)

Talvez, a abordagem psicossomática deva ser considerada como um método transitório, que será abandonado assim que se estiver capacitado, por meio da eletroencefalografia aperfeiçoada e de outras técnicas fisiológicas, como a ressonância computadorizada, a estudar aqueles processos cerebrais que hoje se submetem aos métodos psicológicos.

Uma fórmula bioquímica descrevendo um anseio receptivo em algum lugar no córtex nunca explicará as circunstâncias interpessoais sob as quais este anseio surgiu ou tornou-se mais intenso, nem indicará as mudanças nas relações interpessoais, por meio das quais sua intensidade possa ser reduzida, e deste modo, possa ser aliviado o seu efeito nocivo sobre a atividade do estômago. (*Ibidem*).

Outra questão polêmica é o conceito de classificação e diagnóstico de “doença psicossomática”, proposto por Halliday (1943, 1945, 1946, 1948, *in*: Alexander, 1989, p.43). Tais doenças incluiriam a úlcera péptica, a artrite reumatóide, o hipertireoidismo, a hipertensão essencial e muitas outras. Este ponto de vista baseia-se na suposição de que nestas doenças o fator etiológico proeminente é psicológico. Já não satisfaz dizer que a tuberculose é causada pela exposição ao bacilo de Koch, mas sim reconhecer que a imunidade específica e inespecífica, a resistência do organismo à infecção, é um fenômeno complexo, que pode depender parcialmente de fatores emocionais. Consequentemente, a tuberculose é uma doença psicossomática. (*Ibidem*, p.43).

A multiplicidade de causas e a distribuição variável dos fatores psicológicos e não psicológicos de caso para caso invalida o conceito de “doença psicossomática” como um grupo de diagnóstico específico. Teoricamente, cada doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas e humorais. (*Ibidem*, p.44).

Para Alexander (*Ibidem*), os fatores abaixo podem ser de importância etiológica na doença:

- Natureza do cuidado da criança na primeira infância (hábitos de desmame, educação esfinteriana, preparativos para o adormecer etc.);
- Experiências traumáticas físicas acidentais da primeira infância e das demais fases da infância;
- Clima emocional da família e traços específicos da personalidade dos pais e dos irmãos;
- Experiências emocionais tardias nas relações pessoais íntimas e nas relações ocupacionais.

O ponto de vista psicossomático adicionou esses fatores a outros (traumas do nascimento; doenças orgânicas da primeira infância que aumentam a vulnerabilidade de determinados órgãos); que, há muito tempo, têm recebido atenção da medicina.

Nesta conexão, a investigação psicossomática requer uma descrição precisa e detalhada das sequências psicológicas, assim como requer uma observação precisa dos processos fisiológicos correlatos.

3.1. Princípios norteadores da psicossomática

Os fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo e são meramente dois aspectos do mesmo processo. No caso da elevação da pressão sanguínea de origem emocional, a psicogênese não significa que a contração dos vasos sanguíneos seja executada por algum mecanismo não somático. A raiva compreende processos fisiológicos que ocorrem em algum lugar no sistema nervoso central. A comunicação verbal é um dos instrumentos mais poderosos da psicologia e, justamente por isso, da pesquisa psicossomática. (*Ibidem*)

A pesquisa psicossomática lida com processos nos quais certos elos na cadeia causal prestam-se, no atual estágio do conhecimento, mais prontamente ao estudo por métodos psicológicos do que fisiológicos, já que a investigação detalhada das emoções como processos cerebrais não está suficientemente avançada. (*Ibidem*)

É difícil conceber que os diferentes movimentos de dois jogadores de xadrez viessem a ser compreendidos com mais clareza em termos bioquímicos ou neurofisiológicos, do que em termos psicológicos.

3.1.1. Funções fisiológicas afetadas por influências psicológicas

Segundo Alexander (1989), as funções fisiológicas podem ser divididas em três categorias principais:

- a. Comportamento voluntário;
- b. Inerções expressivas;
- c. Respostas vegetativas aos estados emocionais.

O **comportamento voluntário** é executado sob a influência de motivações psicológicas. Por exemplo, no momento da percepção da fome são executados certos movimentos coordenados que servem para obter o alimento e aliviar a fome. Cada passo é efetuado sob a influência de determinados processos psicológicos. A pessoa lembra-se, por exemplo, onde está guardado o alimento ou onde fica o restaurante e assim por diante. Estes elos psicológicos intermediários podem ser simples, como lembrar que há alimento no refrigerador.

Vale ressaltar que o comportamento não verbal altera o meio, através de uma ação mecânica direta, e suas propriedades (ou dimensões), relacionam-se frequentemente, de uma forma simples, com os efeitos produzidos. Exemplifica Skinner, B. F. (1978, p 15-16):

Quando um homem caminha em direção a um objeto, ele se vê mais próximo deste; quando procura alcançá-lo, é provável que se siga um contato físico; se ele o segura, levanta, empurra ou puxa, o objeto costuma mudar de posição, de acordo com as direções apropriadas. Tudo isso decorre de simples princípios geométricos e mecânicos. Muitas vezes, porém, um homem age apenas indiretamente sobre o meio do qual emergem as consequências últimas de seu comportamento. Seu primeiro efeito é sobre outros homens. Um homem sedento, por exemplo, em vez de dirigir-se a uma fonte, pode simplesmente pedir um copo d'água, isto é, pode produzir um comportamento constituído por certo padrão sonoro, o qual por sua vez, induz alguém a lhe dar um copo d'água.

O caráter especial do comportamento verbal deriva-se do fato de que ele é afetado pelos seus efeitos nas pessoas - primeiramente em outras pessoas, mas eventualmente na própria que o emite. Consequentemente, o comportamento verbal é livre das relações espaciais, temporais e mecânicas que prevalecem entre os outros comportamentos operantes e suas consequências não-sociais.

Assim, a história da vida de cada um pode ser considerada, um processo psicossomático complexo, o comportamento objetivo-direcionado, executado sob a direção de determinadas influências psicológicas (motivações).

Ineruações expressivas – são processos fisiológicos, tais como chorar, suspirar, rir, enrubescer, gesticular e fazer caretas, que ocorrem sob a influência de tensões emocionais específicas. Estas ineruações expressivas não buscam objetivos utilitários; elas não satisfazem nenhuma necessidade biológica básica; sua única função é o alívio de uma tensão emocional. O riso, por exemplo, ocorre sob influência de certas situações emocionais, que têm um efeito cômico. (*Ibidem*, p.48).

Da mesma forma, o modo de enfrentar cada situação é peculiar e particular de cada indivíduo, conforme sua história, circunstância, aptidões e personalidade. Quando não é possível encarar a situação objetivamente, seja porque o problema não está sendo consciente, seja porque faltam re-

curios disponíveis à personalidade, a tendência será lançar mão de outras formas mais atípicas de enfrentamento.

Numa sala de aula, uma mosca pousa na cabeça calva do professor. Por um instante os garotos controlam seu impulso de rir. Então, um deles começa a dar uma risadinha e no momento seguinte toda a classe explode numa gargalhada incontrolável. Obviamente, os impulsos agressivos contra o professor, reprimidos em cada aluno, encontram uma liberdade súbita e explosiva. (Ibidem, p.48-49).

Do ponto de vista da fisiologia, os fenômenos sexuais pertencem a esta categoria. Eles também são fenômenos liberadores, servindo para aliviar tensões instintivas específicas.

Alterações patológicas envolvendo tais processos expressivos usualmente pertencem ao campo da psiquiatria, pois emoções que são reprimidas, por estarem em conflito com os padrões da personalidade, não podem ser liberadas através dos canais habituais das inervações expressivas.

Para Haynal, *et. al.*, (2001); Melo Filho (1992); Volich, (2000), esses pontos de vista propostos por Alexander baseiam-se no que foi denominado teoria da especificidade, na qual as respostas fisiológicas aos estímulos emocionais, normais ao indivíduo, variam de acordo com a natureza do estado emocional que as desencadeia. Mas até que ponto essas respostas aos estímulos são específicas? É uma questão em aberto.

Algumas vezes, a descarga ocorre através dos processos expressivos apropriados usuais, como no caso do choro e do riso histéricos. Nestas situações, as emoções subjacentes estão reprimidas e o paciente não sabe por que ri ou chora. Por estarem dissociados das emoções subjacentes, os movimentos expressivos não conseguem aliviar a tensão. (*Ibidem*, p.49).

Das **respostas vegetativas aos estados emocionais**, a abordagem psicossomática na medicina originou-se no estudo dos distúrbios vegetativos que se desenvolvem em certos estados emocionais. Antes de descrever as respostas corporais normais às emoções; estas fornecem as bases fisiológicas dos vários distúrbios que afetam os diferentes órgãos vegetativos.

O funcionamento global do sistema nervoso pode ser compreendido como visando a manter as condições do organismo num estado constante (homeostase). O sistema nervoso consegue realizar esta tarefa por meio do princípio de divisão de trabalho. Ao passo que o sistema nervoso central encarrega-se da regulação das relações com o mundo externo, o sistema nervoso autônomo controla as condições internas do organismo, isto é, os processos vegetativos internos. A divisão parassimpática do sistema nervoso autônomo ocupa-se mais explicitamente com a conservação e com a formação, isto é, com processos anabólicos. Sua influência anabólica manifesta-se em funções tais como a estimulação da atividade digestiva gastrointestinal e o armazenamento de açúcar no fígado. Sua função de conservação e de proteção expressa-se, por exemplo, nas contrações da pupila como proteção contra a luz, ou no espasmo dos bronquíolos como proteção contra substâncias irritantes. (ALEXANDER, 1989, p.49).

Como postulado por Cannon, segundo Alexander (Ibidem), a principal função das porções simpáticas do sistema nervoso autônomo é a regulação das funções vegetativas internas com relação às atividades externas, particularmente em situações de emergência.

Mais adiante ressalta o autor, a economia interna do organismo durante o esforço e o relaxamento comporta-se como uma nação na guerra ou na paz. A economia de guerra significa prioridade para o arsenal de guerra e proibição de certas produções do período de paz. São produzidos tanques ao invés de carros de passageiros, munições ao invés de artigos de luxo. No organismo, o estado emocional de prontidão corresponde à economia de guerra e o relaxamento à economia do período de paz, já que determinados sistemas orgânicos, necessários na emergência, tornam-se estimulados enquanto os outros são inibidos. (Ibidem, p.50).

Acrescenta Marty (1993, pg 43), “quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e dos sistemas de comportamento se encontra ultrapassada, prejudicada por uma nova situação, é o aparelho somático que responde”.

Do ponto de vista econômico, quaisquer que sejam as origens aparentes (acontecimentos externos ou novas disposições fisiológicas ou patológicas externas), as situações traumatizantes provocam ou um afluxo de excitações instintuais (pulsionais no nível do aparelho mental) ou uma

queda do índice das excitações ou uma composição dos dois fenômenos. É assim que os traumatismos correm o risco de desorganizar os aparelhos funcionais que atingem, já que a desorganização tem tendência a se propagar (em um sentido globalmente inverso àquele do desenvolvimento) enquanto não encontrar um sistema que possa contê-la. Normalmente, os traumatismos atingem em primeiro lugar o aparelho mental, que procura então negociar em si mesmo a variação das excitações que eles provocam. Desta maneira, o aparelho mental bloqueia, obstrui e modera ou não, os movimentos de desorganização, antes de sua chegada no domínio somático. (MARTY, 1993, p.30).

Nos distúrbios emocionais das funções vegetativas, a harmonia entre a situação externa e os processos vegetativos internos estão perturbados. O distúrbio pode assumir diferentes formas.

De um modo geral, os distúrbios neuróticos das funções vegetativas podem ser divididos em duas categorias principais: 1) preparação para a luta, ou para fuga, nas emergências; 2) retirada da atividade dirigida para o exterior. (ALEXANDER, 1989)

O primeiro grupo resulta da inibição ou repressão dos impulsos hostis de auto-afirmação. Por estarem os impulsos reprimidos ou inibidos, o comportamento correspondente (luta ou fuga) nunca se realiza. Em outras palavras, embora os processos vegetativos tenham sido mobilizados para a atividade agressiva concentrada, eles não causam o pleno desenvolvimento da ação.

Após a luta ou a fuga, ou sempre que a tarefa que exige esforço é realizada, o organismo repousa e os processos fisiológicos voltam ao normal. Isto não acontece, porém, quando após a ativação dos processos vegetativos envolvidos na preparação para a ação, não se dá nenhuma ação.

O segundo grupo (de pessoas neuróticas) reage à necessidade de um comportamento centrado na auto-afirmação, retirando-se da ação, passando a um estado de dependência. Um exemplo comum deste fenômeno é o de um homem que desenvolve diarreia quando diante de uma situação de perigo, ao invés de agir de uma maneira apropriada, ele “não tem coragem”. Ao invés de agir confrontando com a emergência, ele realiza uma resposta vegetativa, pela qual era elogiado por sua mãe, quando criança. (ALEXANDER, 1989, 51-52).

3.2. *Desenvolvimento da psicossomática*

3.2.1. *Considerações históricas*

Questões psicossomáticas vinculadas ao cérebro já são mencionadas no Papiro de “Ebbbers”, cerca de 2500 a.C., onde se descreve uma incapacidade para falar depois de um traumatismo no crânio sem lesão na língua. No papiro de “Edwin Simith”, da mesma época, considerado o mais velho tratado médico do mundo, são mencionados quarenta e oito casos de lesão de crânio seguidos de paralisias musculares e perda da fala.

Passando pelos gregos, romanos e os principais médicos pós-renascentistas, observações clínicas sobre as relações do cérebro com disfunções físicas, sejam elas motoras, sensoriais ou vegetativas tornam-se muito frequentes.

Seguindo essa tendência, no século XIX a razão iluminista estabeleceu o cérebro como o lugar da mente e a Psicologia (por conseguinte a nascente Psiquiatria) tornaram-se dependentes funcionais do cérebro e ganharam prestígio científico por conta desse vínculo material. (EKSTERMAN, 2003).

A expressão psicossomática foi cunhada pelo psiquiatra alemão Heinroth, em 1908, para tentar explicar a insônia. Esse autor acreditava na influência das paixões sexuais sobre algumas doenças, como tuberculose, epilepsia e câncer. Desde então, um novo campo positivo para a medicina clínica abriu-se e deu espaço para a psicossomática.

Todavia, somente com os trabalhos de Freud, nova luz veio despertar o interesse da mente-corpo, no final do século XIX, com os estudos da histeria de conversão, seguidos das contribuições de Ferenczi a este respeito (organo-neuroses), de Jellife, Groddeck e Alexander (o grande líder do movimento, para quem a psicossomática torna-se uma entidade física, nas décadas de 50 e 60), todos psicanalistas.

Mello Filho (2007), no artigo “*Passado e presente da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática: Reflexões*”, no que se refere ao movimento, cita Lipowisky que divide a história da psicossomática em três fases:

- 1^a) psicanalítica ou psicodinâmica, desde os trabalhos de Freud até a década de 60.

- 2^a) behaviorista, na década de 70 até fins da década de 80, caracterizada pelas pesquisas comportamentais e pelos trabalhos sobre estresse.
- 3^a) fase atual ou interdisciplinar, caracterizada pela participação de profissionais de várias áreas do campo da saúde, correspondendo a uma penetração maior do movimento.

Assim, o movimento inicial foi todo calcado na Psicanálise. E, realmente, aquela altura, só mesmo a Psicanálise possuía as bases para uma compreensão global da doença, além de fornecer ferramentas da psicoterapia para a prática clínica.

A Psicanálise continua brilhando como estrela maior no campo da psicossomática institucional, como é o caso da Escola de Psicossomática de Paris (IPSO), sem dúvida a maior entidade clínica, de pesquisa e divulgação de psicossomática atualmente.

As várias origens da psicossomática moderna tendem para uma progressiva humanização da prática médica, já advertida por Viktor Von Weizsäcker em sua Antropologia Médica, assim como por George Engel com sua proposta de uma sociopsicossomática e, com Danilo Perestrello com a Medicina da Pessoa. Humanização facilitada pelo estudo psicodinâmico e social da relação médico-paciente (incluindo-se nesse conceito toda equipe de saúde), o que deverá otimizar e racionalizar o ato médico excessivamente comprometido na atualidade com o diagnóstico de doenças. (EKSTERMAN, 2003).

3.2.2. A teoria atual da psicossomática

Danilo Perestrello evoca a importância do Freud clínico para a Medicina como prática antropológica e como substrato mais legítimo para o futuro da Medicina Psicossomática. Em *Training in Psychosomatic Medicine*, Danilo Perestrello, em simpósio internacional, escrevia: “*Não há doenças psicossomáticas; todas as doenças são psicossomáticas*”. (EKSTERMAN, 2003).

Ao longo do século XX várias teorias foram construídas tentando compreender e explicar os fenômenos corporais chamados de psicossomática.

Em 1944, Weiss e English publicaram um tratado, buscando articular a compreensão psicodinâmica para os problemas clínicos da medicina. Na Inglaterra, Glover compara as perturbações de etiologia orgânica com os sintomas conversivos da histeria e escreve:

À primeira vista, todos os sintomas de conversão histérica podem concernir a qualquer órgão ou a qualquer tipo de função orgânica, o que torna o sintoma histérico semelhante a qualquer perturbação da função orgânica. (ÁVILA, 2002, p.85).

A emoção “converte-se” em uma resposta fisiológica, passando a perturbar o organismo. É Trillat (1991, p.276-277), segundo Ávila (2002, p.85) quem discute isso:

O conflito, na medicina psicossomática, não é específico. O que é específico é a resposta fornecida por cada indivíduo em função de seu caráter, de suas tendências: a agressividade que não encontra meios de se descarregar no sistema de relação vai tomar emprestada a via neurovegetativa e provocar perturbações cardiovasculares. Noutros casos, a necessidade de dependência ou de proteção, senão satisfeitas, vão se traduzir em perturbações da esfera digestiva (úlcera, constipação, colite).

Sem fazer algo realmente para si, o homem se perde na procura de respostas externas para seus conflitos.

É trabalhando com a noção da conversão, ampliando-a para uma “conversão simbólica”, e não apenas histérica, que Angel Garma começa a produzir seus artigos. Para Ávila (2002, p.86), Garma remete as doenças para os determinismos de regressão e fixação. Privilegia a castração, como o organizador psíquico dos processos do adoecer.

Para Lewis & Lewis *apud* Ávila (*ibidem*) importantes desenvolvimentos em medicina psicossomática surgiram a partir de estudos sobre a adrenalina e o sistema autônomo, através do modelo de Luta e Fuga, apresentado pelo Dr. Walter B. Cannon, sob o nome de Teoria da Emergência.

Cannon é o autor que introduziu o conceito de “homeostase” na medicina, o definiu como o estado de equilíbrio que o organismo sempre busca manter. Para este cientista, qualquer situação que ponha em risco a “homeostase” do organismo, incluindo medo, raiva, dor e estados de desconforto, coloca em ação o sistema de emergência.

Bastenie, segundo Ávila (2002, p.87), demonstrou que durante a ocupação alemã, na Segunda Guerra Mundial, a incidência do hipertireoidismo sextuplicou.

A partir dos estudos de Hans Selye, em 1936, sobre a Síndrome Geral de Adaptação, que ampliava as formulações de Cannon e propunha um modelo da reação do organismo às tensões e perigos, subdivididos em três fases: alarme, resistência e exaustão, inúmeros estudos se dirigiram à pesquisa do *stress*, tema que rapidamente se popularizou. (*Ibidem*).

Os trabalhos de Lewis & Lewis, segundo Ávila (2002, p.88), clamam pela necessidade de uma reformulação completa do ensino médico atual que dividiu a globalidade do homem em especialidades distintas:

A medicina só poderá desenvolver-se completamente no dia em que a profissão médica levar em consideração a natureza integrada do ser humano, aprendendo a tratar a psique e o soma como fenômenos inseparáveis, como realmente o são. (ÁVILA, 2002, p.88).

Nesse particular, a medicina psicossomática não interrompeu seu desenvolvimento. Três trabalhos tratam dos desdobramentos da pesquisa atual com o *stress*, com o câncer e com o novo campo de investigação intensiva denominado psico-neuro-imunologia. (SANTOS, 2007).

Psiconeuroimunologia — Psiquismo + Neurologia + Imunologia. Essa integração do psiquismo no Sistema Nervoso exerce grande influência sobre a imunidade e a saúde de uma forma geral.

Para compreender essa integração, não é preciso grandes elaborações mentais, só é necessário lembrar da última vez que uma pessoa adoeceu: Ao conhecer os fatos que antecederam a doença sempre se encontram situações de muito desgaste emocional, preocupações, choques, tristeza, etc. Ou seja, pode aparecer uma gripe, pneumonia, ataque de asma, úlcera e assim por diante. Todos esses sintomas aparecem porque ocorre no período de tensão, estresse, um desgaste no organismo que fragiliza a

imunidade, fazendo com que as defesas imunológicas falhem. (SANTOS, 2007).

A partir da Psiconeuroimunologia, numerosos pesquisadores descobriram diversas conexões fisiológicas entre o cérebro e o sistema imunológico. Eles mostraram que as células do sistema imunológico podem reagir às substâncias químicas e que as células nervosas reagem a mensageiros químicos secretados pelo sistema imunológico, estabelecendo uma comunicação plausível entre os dois sistemas.

A Psiconeuroimunologia propõe-se, portanto, a religação da mente com o corpo, na medida em que estuda a relação existente entre eles, sobre a perspectiva do Paradigma da Integração. (SANTOS, 2007).

O campo de estudo da psiconeuroimunologia tem suas origens no pensamento psicossomático e tem evoluído no sentido da realização de investigações de complexas interações entre a psique e os sistemas nervoso, imunológico e endócrino.

Uma concepção ainda mais abrangente é a de doença socio-somática, isto é, a visão da doença como uma conjugação de fatores originados do corpo, da mente, da sua interação e da interação também com o ambiente e o meio social. Hinkle e Mirsky (*in*: Nemiah, 2000) adicionaram uma dimensão ecológica e social aos fatores que podem promover a doença.

Para Fava (2000), o estudo de Kissen, em 1963, pressupõe que qualquer doença deve levar em consideração o indivíduo, seu corpo e o ambiente no qual está inserido. As variáveis sociais incluem desde o *status* socioeconômico até a exposição a substâncias tóxicas ambientais. Esclarece ainda que a influência dos fatores psicossociais varia de um indivíduo para outro dentro de uma mesma patologia. Esse autor sugere perguntar para quais pacientes, dentro de uma população de doentes, as variáveis psicossociais são de significância primária, ao invés de perguntar quais fatores psicológicos aumentam o risco para quais doenças.

4. BREVE ESTUDO DA INTERDISCIPLINARIDADE

4.1. Fundamentos históricos da interdisciplinaridade

Ocorre com a interdisciplinaridade o mesmo que com outros sistemas de conhecimento e de organização social da espécie humana: passam

por alguns epicentros ao longo da história, alternam fase de ebulição com outras de repouso. Segundo Coimbra (2007), há, contudo, algo de comum entre eles: é o seu ponto de partida, situado em períodos recentes ou em épocas imemoriais, hoje revestidos de roupagem contemporânea, porém resgatados da Antigüidade Clássica. Seria a interdisciplinaridade um processo recente, uma necessidade característica dos dias de hoje, uma conquista da ciência moderna? Na verdade, ela tem uma longa trajetória, com manifestações variadas através dos tempos, desde os primeiros sistemas de pensamento organizado.

Na Antigüidade Clássica, que, por extensão, pode alcançar os primeiros filósofos do Ocidente reconhecidos como tais, vale dizer, os pré-socráticos, o empenho em conhecer e interpretar o mundo natural revelava preocupações holísticas.

No início, toda a terapêutica foi psicossomática. Em um tempo onde o homem fazia parte do cosmos, a forma de pensar e de compreender qualquer manifestação em si ou no mundo se constituía a partir de uma apreensão global do todo, onde cada parte se interligava em completa e necessária participação. [...] O homem, em sua experiência com o mundo, modelou-o de acordo com suas crenças. O universo simbólico que ele constrói inclui a totalidade de suas vivências e, neste processo, este universo simbólico constrói, por sua vez, o caráter e a qualidade dessas vivências. [...] Desta forma, o corpo do homem, com suas funções, seus usos, suas perturbações, é plasmado juntamente com as funções mentais, no mesmo universo simbólico onde se modela o homem. (ÁVILA, 2002, p. 42).

Mais adiante o mesmo autor comenta (*Ibidem*)), que a pré-história da medicina até Hipócrates apresenta incontáveis exemplos das formas em que se tentava auxiliar os homens em seus sofrimentos, recorrendo-se a procedimentos onde as crenças, a sugestão e o recurso ao universo representacional compartilhado pelo médico e pelo paciente, eram o principal instrumento terapêutico.

A Filosofia, nesta época, correspondia ao complexo dos conhecimentos lentamente elaborados. Platão (429-347 a.C), ao fundar a sua Aca-

demia, e Aristóteles (384-322 a.C), ao criar o seu Liceu, tiveram crescente preocupação em dar unidade ao saber e foram, inegavelmente, “interdisciplinares” e “transdisciplinares” em suas magníficas sínteses, notadamente, o segundo.

O Renascimento, apesar de toda a impressionante explosão de preocupações humanísticas não deixou de elaborar sua síntese. O iluminismo foi à base dessa síntese, que se difundiu com os grandes descobrimentos. (BECKER, 1973, p.313-335).

Comenius (Jan Ams, 1592-1670) foi típico representante da sua época quanto ao naturalismo e enciclopedismo, impregnado de uma preocupação unificadora em suas numerosas obras, particularmente na *Didactica Magna*, obra de permanente interesse. Comenius, com sua *Pansophia* enfatizou a unidade do saber, pois considerava, sempre, o conjunto de coisas e mostrava suas relações recíprocas. Entre essas ideias estavam a necessidade da interdisciplinaridade, da afetividade do educador e de um ambiente escolar arejado, bonito, com espaço livre e ecológico.

Trazendo essa discussão à era industrial, o papel do Positivismo foi conferir um novo estatuto ao saber, acentuando enfaticamente a “ordem e progresso” através das ciências positivas, privilegiando o absolutismo das Ciências Exatas. Mais para os tempos de hoje, o Círculo de Viena propôs-se a revisitar o Positivismo, juntando ideias e procedimentos empíricos com formulações lógicas. (COIMBRA, 2007).

Mais adiante destaca esse mesmo autor, dois nomes de repercussão intervieram na procura da interdisciplinaridade como necessidade científica. São eles Jean Piaget (filósofo e pedagogo suíço, 1896-1980) e Ludwig von Bertalanffy (criador da Teoria Geral dos Sistemas, cientista, biólogo e naturalista austríaco). Cada qual, a partir da visão interdisciplinar forjada por suas respectivas disciplinas no contato com tantos diferentes ramos do saber, ofereceu sólidos elementos para a construção da interdisciplinaridade dos dias de hoje. De acordo com educador Piage, segundo Coimbra, 2007:

[...] não temos mais que dividir a realidade em compartimentos impermeáveis ou plataformas correspondentes às fronteiras aparentes de nossas disciplinas científicas; pelo contrário, vemo-nos compelidos a buscar interações e mecanismos comuns.

Assim, Piaget buscava estruturas comuns a todas as disciplinas, no sentido de integrá-las no processo educativo.

Já, o cientista, biólogo e naturalista, com sua *Teoria Geral dos Sistemas*, assentou novas bases para a interdisciplinaridade e reforçou as antigas, tornando-a obrigatória no universo dos conhecimentos e da Ciência. Referindo-se aos progressos havidos na sua “Ciência da Integridade”, Bertalanffy resume:

Estas construções teóricas ampliadas e generalizadas, estes modelos são interdisciplinares, transcendem os compartimentos ordinários da ciência, e são aplicáveis a fenômenos em diferentes campos. Isto conduz ao isomorfismo entre modelos, princípios gerais e mesmo leis especiais que aparecem em vários campos. (COIMBRA, 2007).

Entre os conceitos-chave da sua teoria encontram-se *feedback* ou retroalimentação, homeostasia, entropia, isomorfismo, simetria e outros mais. O interessante nessa caminhada é observar a construção científica sistêmica de Bertalanffy que se espelha nos processos do mundo natural, no qual se encontra profundamente impressa uma racionalidade que o rege. Embrionariamente, era assim que o pré-socrático Anaxágoras (500-428 a.C.) declarava:

O que se mostra é um aspecto do invisível. Nesse tempo o homem estava integrado no sobrenatural. As suas tentativas de compreender o universo, numa forma de pensamento mítico-mágica, levavam-no a conceber as diferentes formas e forças que percebia como pertencentes a um sistema global, universal. (ÁVILA, 2002, p.42).

Feito este resumo histórico, é necessário investigar, ainda que sumariamente, a estrutura conceitual da interdisciplinaridade, sabendo de antemão que não é uma empreitada fácil, nem mesmo para grandes teóricos da Epistemologia, como o inglês Popper (1902-1994) e os franceses Gaston Bachelard (1884-1962) e Morin (1921-).

4.2. O surgimento da interdisciplinaridade

Toma-se como ponto de partida a gênese da palavra, na sua conceituação etimológica. Sua formação deu-se efetivamente pela união da preposição latina *inter* ao substantivo *disciplinaridade*, resultando num conceito que é gráfica, fonética e semanticamente diferente de outros afins, como a multidisciplinaridade, a transdisciplinaridade e a intradisciplinaridade.

A preposição latina *inter*, se isolada, significa: 1. *Entre; no meio de; no número de; junto de*. 2. *Durante; no espaço de, dentro de*. 3. *Etim. Entre (fal. de duas coisas ou pessoas)*. (COIMBRA, 2007). No latim, assim como em outras línguas, as preposições e outras palavras invariáveis, como as conjunções, admitem múltiplos significados, dependendo do contexto da oração.

Desse modo, o sentido da palavra resulta modificado por conotação de oposição, intensidade, comprometimento e outros. Por outro lado, o uso cotidiano do vernáculo, em linguagem corrente, marginaliza no processo mental grande parte do rico e profundo significado das palavras. É o que acontece com *interdisciplinaridade*.

A interdisciplinaridade é uma vocação necessária para a Ciência. Durante o século XIX, o desenvolvimento de métodos científicos resultara no acúmulo de dados; a descoberta de fatos novos tornara-se o objetivo máximo. Mas a interpretação e correlação destes fatos fora considerada com desconfiança. Apesar disso, esta nova tendência impregnou a psicologia não médica. (ALEXANDER, 1989, p.32).

Segundo Alexander (*Ibidem*), a tradição do século XIX fora a abordagem analítica. Depois que o método experimental foi introduzido na psicologia por Fechner e Weber, surgiram laboratórios psicológicos, nos quais a mente humana era dissecada em suas partes. Nestes, desenvolveram-se a psicologia da visão, da audição, do tato, da memória e da vontade. (*Ibidem*).

Somente com os psicólogos da *Gestalt*, foi possível a clareza da tese de que o todo não é o resultado da soma de suas partes, mas sim que, o sistema como um todo, nunca pode ser compreendido a partir do estudo de suas partes isoladas. Ou seja, as partes só podem ser inteiramente compreendidas após ter sido descoberto o significado do todo. (*Ibidem*).

Avanços no campo da neurologia abrem caminho para uma compreensão mais abrangente do relacionamento entre as diferentes partes do

corpo. Essas estão direta ou indiretamente vinculadas a um sistema de comando central e funcionam sob o controle deste órgão central.

A partir de então, a interdisciplinaridade surge pela necessidade de dar uma resposta à fragmentação causada por uma epistemologia de cunho positivista. As ciências haviam-se dividido em muitos ramos e a interdisciplinaridade restabelecia, pelo menos, um diálogo entre elas, embora não resgatasse ainda a unidade e a totalidade. (ÁVILA, 2004, p.44).

4.3. A contextualização da interdisciplinaridade

Hoje, com a teoria de sistemas, pode-se dividir a interseção de dois sistemas, o simbólico e o físico. O primeiro em crise manifestando angústia; o segundo mostrando estresse com o desequilíbrio da homeostase. Ambos interferindo um sobre o outro, como numa unidade psicofísica, permitindo pensar efetivamente essa totalidade que os primeiros inspirados médicos, como von Weizsäcker, propuseram. Será esse o futuro da psicossomática? (EKSTERMAN, 2003).

Baseado no artigo “*Medicina Psicossomática: perspectivas para o futuro*”, Eksterman (2003) apresenta o seguinte questionamento para reflexão: Poder-se-ia considerar chorar uma hipersecreção das glândulas lacrimais? Considerar o riso uma contração espasmódica dos músculos da face? A dor uma hiperestimulação dos nociceptores?

A questão é que se está falando de dois sistemas diferentes. O primeiro faz parte de um sistema anímico que se expressa através de funções mentais, funções essas que são mediadas pelo sistema nervoso central. O segundo mostra um sistema biológico. Se um médico utiliza um ou outro, entende coisas diferentes e age com recursos diferentes. Veja a tabela 1.

Para Eksterman (2003), a confusão resulta em reducionismos perigosos. Um deles é confundir vida mental com atividade do sistema nervoso central. Vida mental se processa na relação humana, mesmo que não haja um outro ser físico como interlocutor, eles existem na intimidade da experiência como interlocutores mentais, que são percebidos quando se entra na cena dos pensamentos dos pacientes, ou por introspecção, na própria cena mental do médico.

Faz-se imprescindível fazer algumas colocações acerca do reducionismo, destacando-se para isso, a experiência vivenciada por

	Percepção Biológica	Percepção Psicológica
Vê	O Corpo	O Símbolo
Ouve	O Sintoma	O Texto
Entende	O Diagnóstico	A História
Atua	Na Causa	Na Relação

Tabela 1 - Contraste entre percepção biológica e psicológica.

Rozemberg & Minayo (2001), conforme artigo “*A experiência complexa e os olhares reducionistas*”, em uma comunidade agrícola do interior de Nova Friburgo, Rio de Janeiro. Ela traz um relato que permite entrever significados existenciais, social, cultural, psicológico, biológico e simbólico tanto para a paciente quanto para sua comunidade e na relação com essa última.

Segundo Rozemberg & Minayo (2001), o reducionismo a partir de uma leitura psicologizante pode operar na experiência em numerosos casos, dentre eles o de “depressão” diagnosticada que, às vezes, relaciona-se *também* com a carência de determinados nutrientes na dieta. Assim como um olhar menos cuidadoso com as demais ordens de determinação (em especial com a tão visada biomedicina) pode deixar de lado o tratamento da privação de ferro, por exemplo, em favor de longas sessões de terapia analítica.

Uma depressão não é menos depressão por ter um fundo nutricional associado, mas se a leitura da experiência for apenas psicológica a anemia não diagnosticada pode trazer mais problemas e reforçar a própria depressão. (ROZEMBERG & MINAYO, 2001).

A relação humana não pode ser compreendida como se compreende a relação entre os tecidos do corpo, da mesma forma não se pode compreender a sociedade humana como se compreende a relação entre duas pessoas.

Do mesmo modo é a interdisciplinaridade, por virtude da etimologia, a palavra traduz o vínculo não apenas *entre* saberes, mas, principalmente, de um saber *com* outro saber, ou dos saberes entre si, numa sorte de complementaridade, de cumplicidade solidária, em função da realidade estudada e conhecida. Não poderia ser de outra forma, portanto qualquer conhecimento, o mais abrangente que seja, será sempre parcial, jamais expressando plenamente a verdade do objeto conhecido, muito menos a sua inteireza, amplitude e totalidade.

Sob essa perspectiva, Rozemberg & Minayo (*Ibidem*), propõem a superação da dicotomia entre corpo e mente, por ser esta uma questão central na crise da atenção à saúde. No artigo *A experiência complexa e os olhares reducionistas*, elas mostram a surpresa que tiveram ao testemunhar um atendimento, onde a visão não redutora e a atenção ao relato da história de vida da paciente prevaleceu e ampliou a questão da saúde para outros campos.

[...] relato despretenso de uma experiência de adoecimento e cura, em um vilarejo agrícola do interior do município de Nova Friburgo. [...] A pessoa doente acabou permitindo que assistíssemos sua consulta médica em hospital público e acompanhássemos o desfecho inusitado do caso. Depois de alguns meses de familiaridade com a comunidade agrícola tomamos conhecimento da doença de Délia. Aos poucos os vizinhos iam nos fornecendo um quadro bastante preocupante que incluía emagrecimento, desmaios, fraqueza, queda de pressão, feridas pelo corpo, “queimação” na urina, inapetência, crises de choro, crises de nervos etc. Todos comentavam que Délia estava com AIDS [...]. (ROZEMBERG & MANYO, 2001).

No entanto, para Marty (1993, p.33), na eclosão de uma doença psicossomática, os processos de pensamentos procuram esvaziar a palavra de sua significação psíquica. O corpo enlouquece, hiperfunciona ou inibe funções somáticas normais.

McDougall (1996, p.34), considera como fenômeno psicossomático tudo aquilo que atinge a saúde ou a integridade física sempre que os fatores psicológicos desempenham algum papel.

Os comentários sempre incluíam referências ao período que Délia passou “descasada” quando bebia e saía com vários homens diferentes e de fora da comunidade. Incluía também críticas ao seu fracasso como esposa no primeiro casamento (com um rapaz da comunidade).[...] Délia foi uma das primeiras mulheres da comunidade, se não a única na época, a se separar por desejo próprio. [...] Os comentários dos vizinhos estendiam-se sobre a família de Délia, uma das mais pobres da comunidade cujos membros estavam sempre doentes e “sofriam dos nervos”. Os vizinhos penalizados com a doença de Délia se quotizaram para a compra dos remédios caríssimos dos quais ela necessitava. (ROZEMBERG & MINAYO, 2001).

Qualquer sujeito é capaz de somatizar dores mentais se, em algum momento, suas defesas habituais falharem diante de algum sofrimento psíquico. McDougall (1996) aponta dois modos distintos de somatizantes. No primeiro estão todos os indivíduos que somatizam quando algum acontecimento ultrapassa a capacidade de tolerância habitual. No outro grupo, estão aqueles que reagem através de fenômenos psicossomáticos a quase todas as situações capazes de mobilizar situações fortes.

Conhecendo melhor Délia e seu atual marido, um rapaz fora da comunidade, confirmamos quase todos os comentários ouvidos da comunidade. A informação nova obtida no contato com Delia, veio por escrito: o rótulo dos remédios caros esclarecia que ela tomava medicação apenas para herpes e infecção urinária [...]. Desconfiando de um falso negativo para AIDS, o casal e a comunidade nos pediram para levar Délia a um médico e a um laboratório “bom” no Rio de Janeiro, para refazer o exame e descobrir afinal “o que ela tem, antes que seja tarde demais.” (ROZEMBERG & MINAYO, 2001, p.119).

Certos significantes ficam bloqueados e não podem se ligar a outros significantes, entrando o efeito de afânise do sujeito. Há uma espécie de bloqueio, de congelamento do significante no corpo do sujeito, um curto-

circuito que será responsável pelas manifestações lesionais. (MCDOUGALL,1996, p.39).

Rozemberg & Minayo (2001) prosseguem na consulta médica no Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas.

Nessa fase intermediária nos impressionamos com seu estado geral. O rosto estava ainda mais pálido, as olheiras mais profundas, a pressão baixava bruscamente ocasionando desmaios, a queimação na urina se acentuou apesar de toda a medicação que ela já utilizava, e seu peso era 45 kg incompatível com sua altura resultando em aparência cadavérica. [...] Nosso primeiro pedido à médica que nos atendeu foi um novo teste para HIV. A surpresa que tivemos com o atendimento recebido e suas decorrências motivou a redação deste relato. A médica “descobriu” que Délia estava magérrima porque não comia. [...]. O motivo dos desmaios era exatamente esse. Não influenciada pela comunidade, a médica foi a primeira que “acreditou” no resultado negativo do teste de HIV. [...] sua preocupação era saber por que a moça queria se matar por inanição. [...] Ela não se deteve nos dados “clínicos” e o foco da consulta não foi à objetivação científica de uma doença. Sua consulta focalizava a doente e não a doença. [...] Perguntou então há quanto tempo esses sintomas estavam ocorrendo. [...] “O que mudou na sua vida há um ano atrás?”, perguntou a médica. [...] Soubemos que foi por ocasião do casamento do pai de sua filha com uma mulher da comunidade que “assumiu” a educação da criança, restringindo em muito o contato entre Délia e a filha. [...] “Antes disso, eu podia vê-la quando quisesse na casa da avó”. As visitas passaram a ser restritas a uma parte dos fins de semana, porém a madrasta sempre inventava algum outro compromisso para a filha de Délia justo no horário de deixá-la com a mãe. Dentre as coisas ditas pela médica, muitas frases ficaram marcadas: “De que vai valer para a menina ter a mãe morta?” “Você

não precisa de remédios e sim de sua filha”; “Cuide-se, alimente-se e fique forte para lutar pelos teus direitos como mãe”. (Ibidem).

Ainda na consulta as autoras ficaram sabendo o que deflagrou uma das crises na saúde de Délia. “A criança por sua vez tinha medo de expressar seu amor pela mãe na frente do pai e de sua família, pois ouvia dizer que a mãe “não prestava”. (Ibidem).

Depois dessa consulta, a paciente começa a reagir de forma surpreendente.

Com a ajuda do marido, se alimentava regularmente, recuperou peso, não fez mais o quadro de sintomas graves e não mais desmaiou... Sempre repete as frases da médica que ficaram como um marco em sua história de vida. Quanto à médica, apenas comentou ter sido esse um caso típico de psicossomática. (Ibidem).

Diante de uma filosofia de trabalho, a atividade interdisciplinar, mesmo que não houvesse tanto dos condicionamentos de ordem psicossomática, ainda que não fosse tão forte o “império dos sentidos”, a construção da interdisciplinaridade seria sempre um processo difícil pela própria natureza. O conhecimento, haurido do senso comum, das elaborações científicas, das elucubrações filosóficas, das ingerências míticas, da sensibilidade artística, de arquétipos e inconscientes coletivos, está longe de ser uma realidade simples, ou mesmo um simples processo. (COIMBRA, 2007, p.32)

5. A RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR ENTRE O PSÍQUICO E O SOMÁTICO

Pensar na interdisciplinaridade no sentido de que o sujeito, o doente, não é constituído somente do seu corpo no sentido biológico, orgânico, fisiológico, de uma maneira linear, que funciona numa relação de causa e efeito. Para pensar no desenvolvimento do indivíduo começa-se no início: um corpo, sendo que a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro.

A íntima relação entre o psíquico e o somático foi percebida, por Winnicott, desde os primeiros momentos de sua prática clínica, quando pôde detectar dificuldades de natureza emocional na origem de alguns distúrbios orgânicos que examinava. Em seu primeiro livro *Clinical notes on disorders of childhood*, de 1931, escreveu sobre as crises de artrite da paciente *Eleanor*, e identificou a existência de distúrbios emocionais na etiologia do transtorno.

Desde então Winnicott (1988, p.29) estuda a *pessoa total* e afirma que ela é composta de *soma* e *psique* que se inter-relacionam em complexidade crescente. A *psique* tem a função de *elaboração de partes, sentimentos e funções somáticas*, isto é, da vivência física, estando intimamente interligada ao *soma*.

A *elaboração* a que se refere Winnicott diz respeito ao funcionamento do corpo, que inclui as sensações provocadas pela respiração, temperatura, movimento, e também as funções fisiológicas da ingestão, digestão, excreção, mas que são primeiramente *vividas*, antes de poderem ser representadas e simbolizadas. As sensações físicas vão se tornar experiências na medida em que a elaboração imaginativa forneça um sentido. Por exemplo, o papel da mãe, identificada com seu bebê. Ela é capaz de saber o que ele está sentindo. Isso é fundamental nesse período em que a *psique* e o *soma* ainda não se soldaram em uma unidade.

(...) o bebê não tem de saber que é constituído de uma coleção de partes separadas. O bebê é uma barriga unida a um dorso, tem membros soltos e, particularmente, uma cabeça solta: todas estas partes são reunidas pela mãe que segura a criança e, em suas mãos, elas se tornam uma só. (WINNICOTT, 1989, p. 432).

Na análise de Loparic (2000), Winnicott sinalizou para uma diferença operacional entre funções corpóreas e funções psíquicas, e, assim, substitui a questão da união entre a mente e o corpo pelo “problema da integração das funções corpóreas pelas funções psíquicas, sendo cada um desses dois grupos de funções tratado como irreduzível ao outro”.

Para exemplificar, a descrição da natureza das emoções e dos sentimentos:

Se imaginarmos uma emoção forte e depois tentarmos abstrair da consciência que temos dela todos os sentimentos dos seus sintomas corporais, veremos que nada resta nenhum substrato mental com que constituir a emoção, e que tudo o que fica é um estado frio e neutro de percepção intelectual (Damásio,1996,p. 158).

Assim, o corpo é considerado como a referência de base para a construção da identidade e da subjetividade humana. Não existe um processo puramente racional, com uma razão separada da emoção. A razão, ligada às áreas evolutivamente mais recentes do cérebro humano (neocórtex), não funciona adequadamente sem a qualidade gerada pelas emoções emergentes das estruturas evolutivamente mais antigas, subcorticais.

Em sua hipótese de um marcador somático para as emoções Damásio (1996) sugere que,

se escolhermos uma opção e obtivermos uma resposta seguida de um estado corporal desagradável, nossos sentimentos fazem com que este estado negativo proveniente da sensação somática desagradável marque esta imagem negativamente também. (DAMÁSIO, 1996, p.158).

Assim, quando se pensa sobre determinada situação, a mente tende a descartar as imagens ligadas às situações desagradáveis, otimizando o processo de raciocínio e reduzindo o número de opções. Somente após este processo é que se pode realizar uma análise racional do tipo custo-benefício tradicional, aumentando assim a eficiência dessa mesma razão.

Já Winnicott (1978, p.88) repertoriou uma série de doenças infantis que podiam se explicadas por um aumento no nível de ansiedade, vivido em um momento particular, e chegou a considerar que, em certas circunstâncias, uma enfermidade pode ser considerada “normal” (*Ibidem.*, p.71), quando seu surgimento, ou manutenção, expressa uma tentativa da criança para lidar com a existência de um conflito emocional de pouca intensidade.

Tendo essa realidade cotidianamente à sua frente, o autor se propôs conhecer como se articula o funcionamento do psiquismo com o corpo físico, ou soma, começando pelo estudo da criança, mas admitiu ter encontrado limitações na psicologia acadêmica de sua época, que tendia a respon-

sabilizar tudo o que ocorria na infância como decorrência de “fatores externos ou da hereditariedade”. (Winnicott, 1998, p.27).

Concluiu, então, não ser necessário adotar “um método único e exclusivo” (*Ibidem*, p.25) para abordar o desenvolvimento do ser humano, e, sem abrir mão de seus conhecimentos como médico, e do diálogo com outras disciplinas, ou seja, estudar a mente de um indivíduo enquanto especialização da parte psíquica do psicossoma. A mente, então, será apenas um caso especial do funcionamento do psicossoma. A mente será frequentemente percebida como desenvolvimento de uma *falsa entidade*, e uma *falsa localização*.

Quando elaborou a *Teoria da mente*, Winnicott (1978, p.411), estabeleceu que só existe significado no uso da palavra *mente* quando em referência a uma forma de especialização da parte psíquica do psique-soma. No período de dependência absoluta, se a mãe realiza uma adaptação ativa, a mente do bebê ainda não precisa entrar em funcionamento, só o fazendo no período de dependência relativa subsequente, quando a mãe pode falhar gradativamente na adaptação e a atividade mental do bebê transforma o relativo fracasso adaptativo em um sucesso adaptativo, de forma que “o que livra a mãe da necessidade de ser quase perfeita é a compreensão do bebê” (*Ibidem*, p.413).

Por outro lado, se o ambiente materno não consegue uma adaptação *suficientemente boa* no início, as falhas ocorridas antes que o bebê esteja amadurecido para suportá-las são vividas como uma *invasão*, provocando no bebê a necessidade de reagir, e o funcionamento mental passa a funcionar autonomamente na tentativa de substituir a mãe boa, perturbando a continuidade do ser e debilitando a associação da psique com o soma.

Partindo do princípio de que o desenvolvimento inicial do indivíduo implica num *continuar a ser* ou em outras palavras, para que ocorra o desenvolvimento saudável do psicossoma inicial é necessário um ambiente *perfeito*. (WINNICOTT, 1988, p.333-334).

O ambiente perfeito é aquele que se *adapta ativamente* às necessidades do recém-criado psicossoma. No início, o bom ambiente (psicológico) é na verdade físico, com a criança ainda no útero ou então sendo segura e cuidada de um modo geral. Somente no decorrer do tempo, o ambiente virá a desenvolver novas características que precisarão de outros termos para descrevê-las, tais como emocionais ou psicológicas ou sociais. (*Ibidem*).

Nesse contexto emerge a mãe devotada comum, com sua capacidade de adaptar-se ativamente às necessidades de seu bebê, proveniente de sua devoção, tomada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas memórias, que a capacitam a saber através da identificação quais são as necessidades do bebê. (*Ibidem*, p.335).

Prosseguindo com a explicação, Winnicott (*Ibidem*) diz que o bebê virá a dar conta de suas falhas através da atividade mental. Isto se aplica não só à satisfação dos impulsos instintivos, mas igualmente a todos os tipos de necessidades primitivas do ego, incluindo até mesmo a necessidade de um cuidado negativo, ou de uma negligência ativa.

Uma das raízes da mente é o funcionamento variável do psicossoma. Talvez, seria possível demonstrar que as mães são liberadas lentamente por bebês nos quais se encontra um baixo QI e, por outro lado, os bebês possuidores de um tecido cerebral excepcionalmente bom, que eventualmente dão um alto QI, liberam suas mães mais cedo.

De fato, na obra de Winnicott (1983) “*A família e o desenvolvimento individual*”, observa-se que a capacidade das mães em dedicar a seus filhos toda a atenção de que precisam, atendendo suas necessidades de alimentação, higiene, acalento ou no simples contato sem atividades, cria condições para a manifestação do sentimento de unidade entre duas pessoas. Da relação saudável que ocorre entre a mãe e o bebê, emergem os fundamentos da constituição da pessoa e do desenvolvimento emocional-afetivo da criança.

Assim, na saúde, a mente não usurpa as funções do ambiente. O *funcionamento mental passa a existir por si mesmo*. Isto pode acontecer em concomitância com uma dependência da mãe real, e um falso crescimento pessoal com base na submissão. Por exemplo, é possível observar uma tendência à identificação muito fácil com aspectos ambientais de todos os relacionamentos que implicam em dependência e uma dificuldade em identificar-se com o indivíduo dependente. (*Ibidem*, p.336).

Ressalta o autor (*Ibidem*, p.337), porque o indivíduo precisa permanentemente *encontrar alguém* que tornará real o seu conceito de ‘bom ambiente’, para que esse possa retornar ao estágio do psicossoma dependente. Mas a psique-mente será colocada por ele em algum lugar, ou dentro da cabeça ou em alguma relação especial com a cabeça, e isto pode vir a constituir-se numa causa importante para a dor de cabeça enquanto sintoma.

Mesmo os casos em que não existe nenhuma representação psíquica ligada ao sintoma psicossomático. O que se realiza é um curto-circuito entre o corpo e o ambiente. Uma dissociação entre o corpo enquanto entidade biológica. Por exemplo, um paciente quando declara: *O “nervoso” faz a gente pular o sentido. É assim: a gente vê, pensa, sente e age. Mas quando vem o “nervoso” a gente vê age.* (ÁVILA, 2002, p.191).

Prossegue o mesmo autor, o corpo, o mesmo corpo que os gregos da época homérica chamavam de “soma”, significando o corpo enquanto cadáver, o homem já não pode *atribuir sentido*, é então apenas um autômato, totalmente “paciente”, inerte.

Dessa forma, não há como reintegrar corpo biológico – ambiente natural; o homem está no ambiente cultural como eu seu único *habitat*. A existência de um sintoma de doença, seja ela qual for: enfarte, AIDS, ou alteração cromossômica que não seja “trabalhada” culturalmente, revestida de conotações, permeada por mitos e conceitos, em suma, significada. Esta significação afetará o modo como cada sociedade, cada grupo humano, considerará a doença, definindo de forma singular seu prognóstico, diagnóstico e tratamento. (ÁVILA, 2002, p.192).

5.1. As visões conceituais da Psicanálise e da Gestalt

5.1.1. Psicanálise

A Psicanálise é uma teoria psicológica que se ocupa dos processos mentais inconscientes; uma teoria da estrutura e funcionamento da mente humana e um método de análise dos motivos do comportamento; uma doutrina filosófica e um método terapêutico de doenças de natureza psicológica supostamente sem motivação orgânica.

Originou-se na prática clínica do médico e fisiologista J. Breuer, devendo-se a S. Freud (1856-1939) a valorização e aperfeiçoamento da técnica e a formulação dos conceitos nos desdobramentos posteriores do método e da doutrina, o que ele fez valendo-se do pensamento de alguns filósofos e de sua própria experiência profissional.

Sua formulação representou basicamente a consolidação em um corpo doutrinário de conhecimentos existentes, com a estrutura tripartite da mente, suas funções e correspondentes tipos de personalidade, a teoria do inconsciente, o método terapêutico da catarse, e toda a filosofia pessimista

da natureza humana difundida à época em que foi concebida. Além de alicerçar-se, como método terapêutico, nas descobertas do médico austríaco J. Breuer, como doutrina tem em seus fundamentos muito do pensamento filosófico de Platão e do filósofo alemão A. Schopenhauer.

No entanto, ao serem esses conhecimentos incorporados na Psicanálise, foi aberto o caminho para um número grande de conceitos subordinados que eram novos, como os de atos sintomáticos, sublimação, perversão, tipos de personalidade, recalque, transferência, narcisismo, projeção, introjeção, etc. A Psicanálise constituiu-se, por isso, em um modo novo de abordar as condições psíquicas correspondentes a estados de infelicidade e a comportamentos anti-sociais, e deu nascimento ao tratamento clínico psicológico e psiquiátrico moderno.

O pré-consciente - É uma estrutura que faz parte do inconsciente, mas que pode tornar-se consciente facilmente. São lembranças de fatos corriqueiros como: o que comi no café-da-manhã; as ruas nas quais eu já morei; com quem foi o meu primeiro beijo, etc (FADIMAN e FRAGER, 1986).

É uma parte do material que não está no consciente no momento, que depende somente de algum esforço para se elevar ao nível consciente (CLONINGER, 1999).

O inconsciente – com as notáveis contribuições de Freud e, mais tarde, de Jung, entre outros, o inconsciente passou a ser a parte da atividade mental que inclui os desejos e aspirações primitivas ou reprimidas, em razão de não alcançarem a consciência espontaneamente, graças à censura psíquica que bloqueia o conhecimento do ser, mas somente através dos métodos psicoterápicos – revelação dos sonhos, redescobrimto dos fatores conflitivos, dos atos perturbadores e outros – ou dos traumas profundos que afetam o sistema nervoso emocional. (MELLO FILHO, 1986, p.21-33).

Freud acreditava que as pessoas são conscientes de apenas uma parte da vida mental, pois a maioria é inconsciente (DAVIDOFF, 2001).

Além dos materiais que foram reprimidos e excluídos do consciente, no inconsciente também existem materiais e elementos instintivos que nunca foram conscientes, além de que, Freud dizia que lá se encontram os principais determinantes da personalidade, assim como as pulsões e todos os nossos instintos (FADIMAN e FRAGER, 1986).

Apesar desses conteúdos reprimidos ficarem no inconsciente, isso não significa que o indivíduo os esqueceu ou eles simplesmente sumiram.

Esse material inconsciente continua a agir e tenta inúmeras vezes emergir para o consciente, e na maioria dessas vezes, é bloqueado pelos mecanismos de defesa do ego, permanecendo reprimido.

É desses conteúdos inconscientes que surgem as várias psicopatologias, que são nada mais, nada menos, que um material reprimido que emerge em forma de sintomas.

No decorrer dos seus estudos, Freud notou que precisava desenvolver um outro modelo da dinâmica psíquica e funcionamento mental, que pudesse complementar os seus postulados descritos na 1ª tópica, portanto ele desenvolve a **2ª Tópica**, que se baseia no Id, Ego e Superego.

5.1.2. Gestalt

Embora não haja equivalente preciso em português para a palavra alemã *gestalt*, o sentido mais geral que se pode dar ao termo seria uma espécie de disposição ou configuração de uma organização específica das partes que constituiria um todo particular. O princípio mais importante da abordagem gestáltica é a afirmação de que a análise das partes nunca pode proporcionar uma compreensão do todo, uma vez que o todo será definido pelas interações e interdependências das partes, conforme descreve Rodrigues (2000, p.184):

Um exemplo do que a psicologia da Gestalt tentava dizer poderia ser ilustrado com o fenômeno ilusório do movimento aparente das lâmpadas em série. Ao colocarmos várias lâmpadas uma ao lado da outra e as acendermos uma de cada vez, apagando a anterior, dentro de uma determinada frequência mínima e máxima, temos a impressão que a luz “corre” pelas lâmpadas. Ou seja, surge das “partes” (cada lâmpada) uma forma nova, que dá um outro sentido ao “todo”.

As partes de uma *gestalt* não mantêm sua identidade quando estão separadas de sua função e lugar no todo. Assim sendo, a teoria da *Gestalt* foi inicialmente formulada no final do século XIX na Alemanha e Áustria.

Em 1912, Max Wertheimer (1859/1932) publicou um trabalho considerado o fundamento da escola gestáltica, onde descrevia um experimen-

to executado por Wertheimer e seus colegas, planejado para explorar certos aspectos da percepção do movimento.

Os resultados deste experimento levaram a algumas reformulações fundamentais no estudo da percepção e, durante as décadas de vinte, trinta e quarenta do século XX, a teoria da *Gestalt* foi aplicada ao estudo da aprendizagem, resolução de problemas, motivação, psicologia social e, até certo ponto, à teoria da personalidade.

A teoria da *Gestalt* ofereceu algumas sugestões a respeito dos modos pelos quais os organismos se adaptam para alcançar sua organização e equilíbrio ótimos. Um aspecto desta adaptação envolve a forma pela qual um organismo torna suas percepções significativas, a maneira pela qual distingue figura do fundo.

Quando você está andando na rua, como você olha para as coisas a sua volta? (...) seus olhos passarão pelas fachadas das lojas, farmácias, livrarias etc., até que finalmente percebem, no meio de tantos estímulos diferentes, aquilo que você procura: um lugar para comer. Digamos que, na mesma hora, quando você ainda estava procurando o restaurante e ainda não o havia achado, aquela livraria foi vista mas – assim como todo o resto do que você viu – não lhe chamou muita atenção, já que você estava em um momento no qual tudo o que era percebido estava classificado em apenas duas categorias: como “restaurante”, ou como “não-restaurante”. Você até precisaria comprar alguma coisa na livraria, só que, naquele momento, você, com fome, nem queria saber da livraria mas, sim, do restaurante. (...) Eventualmente, quando alguma necessidade orgânica destas não é saciada, temos então uma situação na qual esta necessidade passa a ser prioritária. (...) Por exemplo, a figura que a pessoa tinha em seu campo era a fome. (...) o restaurante é a figura, e o contexto é a própria rua, onde o restaurante deveria estar. A este contexto de onde a figura emerge, a psicologia da Gestalt chama de “fundo” (Rodrigues,2000, p.111-112).

A escola gestáltica estendeu o fenômeno figura-fundo para descrever a maneira pela qual um organismo seleciona o que é ou não é de seu interesse num dado momento.

Por essa razão a *Gestalt* não considera o comportamento da pessoa isoladamente. Ela procura explorar a situação em que se deu, sua importância e significado naquele momento e situação. Considera o homem como um ser em relação, seu organismo é um sistema em equilíbrio, ou em constante busca de equilíbrio e auto-regulação em sua relação com o meio.

A *Gestalt* tem o pensamento sistêmico e fenomenológico como bases conceituais para compreender e descrever o homem da atualidade. Pode-se dizer que esse pensamento se alinha às escolas psicológicas sistêmicas e também às psicoterapias de base fenomenológico-existencial dentro do panorama da diversidade de linhas em psicoterapia.

Um dos aspectos mais relevantes do trabalho psicoterápico consiste em propiciar condições da pessoa considerar a si mesma como um todo: o que está além da doença: sua saúde, sua força, sua determinação, sua esperança, etc. Mas sobre este fundo podem emergir também figuras que não serão em função da necessidade de “coisas”. As pessoas precisam de afeto, de aprovação, de receber tratamento justo, ter alguma noção de sentido para a vida... Enfim, as necessidades podem variar muito e de acordo com a vida de cada um. (*Ibidem*, p.113).

Destaca Rodrigues (*Ibidem*, p.115), um dos principais trabalhos do terapeuta será fazer com que o cliente perceba que ele mesmo pode suprir-se, fechar suas próprias situações inacabadas. Entra então a questão da responsabilidade que se volta para o próprio cliente: a responsabilidade para com ele mesmo, no sentido de perceber se escolhe e como se percebe escolhendo a utilização do tempo na sessão terapêutica, etc. O apoio do terapeuta é no sentido de estar junto à pessoa para que ela mesma descubra o que precisa para fechar suas situações inacabadas.

5.2. As relações do indivíduo com o meio

Em fins do século XIX, trabalhos como os de Darwin publicados no livro “Origem das espécies”, de Fechner em “Die Psychophysik” e de Sechenov em “Reflexos do cérebro”, se apresentavam como a essência do pensamento acerca da psicologia (Vygotsky, 1984). Darwin argumentava em favor da continuidade essencial entre homens e animais; Fechner apre-

sentava, através da matemática, a relação entre as variações de eventos físicos determináveis e as respostas psíquicas expressas verbalmente; e Sechnov, através de observações em animais, propunha uma teoria fisiológica de processos mentais em seres humanos.

Surge então a Psicanálise, em 1886, questionando a suficiência de se estudar apenas a dimensão consciente da conduta humana e enfatizando a importância dos determinantes inconscientes do comportamento.

À época da Primeira Guerra Mundial, tanto nos Estados Unidos quanto na União Soviética, houve uma maior atenção em relação aos estudos sobre comportamento. Explorando o potencial sugerido pelo estudo de Pavlov dos reflexos condicionados e pelas teorias de Darwin sobre a continuidade evolutiva entre os animais e o homem, várias correntes psicológicas e sociológicas abriram caminhos para o estudo científico do comportamento humano. Uma dessas correntes foi o behaviorismo, que surgiu nos Estados Unidos ao mesmo tempo que na Alemanha se iniciavam alguns estudos que vieram a constituir os fundamentos da teoria da *Gestalt*.

O movimento behaviorista, de inspiração positivista e evolucionista, acreditava que o paradigma do comportamento descoberto por Pavlov era suficiente para explicar todas as formas de aprendizado e comportamento. Segundo Rodrigues (1986), com os trabalhos de Watson, o behaviorismo adquiriu um lado naturalista, atribuindo uma importante influência do meio sobre o comportamento humano.

Este movimento descarta tudo aquilo que se referia à consciência. Propõe um sistema psicológico “verdadeiramente científico”, onde todo o subjetivismo é eliminado e apenas a consideração objetiva do comportamento (estudo das ações humanas visíveis e mensuráveis) constitui material para as investigações. Ignorando o papel ativo e criador da pessoa humana, esse movimento reduz o comportamento humano a um conjunto de respostas a determinados estímulos (RODRIGUES, 1986).

Por volta dos anos 30, Skinner demonstrou que um grande número de respostas são voluntariamente emitidas. Segundo Skinner, essas respostas são inicialmente emitidas ao acaso e depois passam a ser determinadas pelas consequências que delas derivam (ALENCAR, 1976). Gradualmente, vão se estabelecendo conexões entre as respostas e suas consequências e o indivíduo tenderá no futuro a emitir respostas similares em condições similares. O evento que sucede à resposta e que aumenta as chances de ocorrência dessa resposta no futuro foi chamado de “reforço”.

Segundo Garcia-Roza (1975), as ideias fundamentais do behaviorismo podem ser resumidas da seguinte maneira: O homem é um organismo não divisível em corpo e alma e para viver deve se adaptar ao seu meio. As adaptações se efetuam através de respostas às mudanças do meio. Todas as respostas precedem, portanto, de um estímulo e todo estímulo provoca uma resposta.

O estudo do comportamento observável é o estudo das respostas do sujeito e dos estímulos que as provocam, objetivando dois pontos específicos: 1) conhecer o estímulo, a fim de prever a resposta e 2) prever o estímulo uma vez conhecida a resposta (ALENCAR, 1976).

A escola *Gestalt* demonstrou que muitos fenômenos intelectuais e perceptuais não poderiam ser explicados pela postulação de elementos básicos da consciência nem pelas teorias comportamentais baseadas exclusivamente na unidade estímulo-resposta.

A *Gestalt* concentrou suas investigações em torno dos processos psicológicos da percepção. Através desse movimento, pode-se explicar, por exemplo, o processo de solucionar um dado problema, como envolvendo essencialmente uma reestruturação do campo perceptual (Rodrigues, 1986). Dois postulados fundamentais orientam a posição gestaltista no estudo da percepção:

- 1) O todo é percebido de maneira distinta da soma das características de seus componentes;
- 2) No processo perceptivo, percebe-se o campo estimulatório como constituído de fenômenos necessariamente interligados e não como partes isoladas, unidas por associação.

Ainda segundo Rodrigues (1986), outra contribuição dos gestaltistas no campo do comportamento é a noção de cognição. O termo cognição pode ser resumido como o ato ou aquisição do conhecimento. Sob o olhar dos Gestaltistas, as atitudes são interpretadas como estruturas constituídas por elementos cognitivos, afetivos e comportamentais.

Observações feitas por Freud levam-nos à diferenciação do psiquismo em consciente e inconsciente. O inconsciente, por sua vez, estaria dividido em duas instâncias: o “latente”, passível de acesso imediato à consciência, também denominado de pré-consciente, e o inconsciente propriamente dito, recalcado, incapaz de ordinariamente ter acesso à consciência.

Essa teoria desenvolvida por Freud tem como um dos pressupostos mais importantes para explicar o comportamento humano os impulsos inconscientes e as defesas contra eles. Segundo Freud, os processos emocionais desenvolvidos na primeira infância são em grande parte os responsáveis por estados emocionais e comportamentos da vida adulta.

6 . AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO A CASOS PSICOSSOMÁTICOS

Como mencionado anteriormente, a psicossomática é uma ciência que integra todos os aspectos do ser humano sejam eles biológicos, espirituais, sociais, profissionais, familiares, energéticos, políticos etc. E o profissional servirá como ponte, estímulo e facilitador para que o curador ferido de seu cliente entre em ação e operacionalize a verdadeira cura.

Alexander (1989, p.198) aborda alguns princípios psicossomáticos na terapia, baseados no conhecimento específico dos fatores emocionais que operam em cada caso e dos mecanismos fisiológicos por meio dos quais os fatores emocionais influenciam o processo de doença.

Ainda salienta que a experiência mostra que os sintomas orgânicos, nos quais os fatores emocionais são importantes, têm uma história similar à de qualquer sintoma psiconeurótico. Os conflitos emocionais que o paciente não consegue resolver frequentemente têm uma influência perturbadora sobre as funções vegetativas. (*Ibidem*).

Freud começou a estudar distúrbios físicos provocados pela psique, as famosas histerias conversivas. Atualmente, vários autores foram além chegando à conclusão da inseparabilidade do trinômio: biológico, psicológico e energético, afirmando que qualquer desequilíbrio em uma parte o todo refletirá. Assim todas as doenças podem ser consideradas psicossomáticas, porque somos seres psicossomáticos inseridos no contexto cultural e social que também é psicossomático. (ÁVILA, 2002, p.60-64),

É assim que geralmente aparecem, pela primeira vez, os sintomas somáticos. Estes sintomas podem aparecer na primeira infância, no período de latência ou durante a adolescência.

Portanto, o psicossomatista é o profissional que trabalha transdisciplinarmente, ou seja, ele não tem a ilusão do saber só para si e, sim, assimilação progressiva de outros saberes que venham a constituir co-

nhecimento e na análise de uma problemática – por exemplo, pela sua prática, reconhece que várias vezes não se encontra nas ciências vizinhas a chave para o re-equilíbrio de seu cliente.

6.1. A anamnese biográfica – a história da pessoa

Anamnese significa informação acerca do princípio e evolução da doença até a primeira observação do médico. Esta anamnese se torna Biográfica ao se articular à história de vida do sujeito, a partir do início de sua existência.

Segundo Alexander (1989, p.199) a história da pessoa se destaca na fase de diagnóstico do abrangente na prática médica, e a Anamnese Biográfica, a partir da anamnese clássica nas sucessivas consultas, é o principal instrumento para a sua compreensão.

Entende-se que o exercício da Anamnese Biográfica é ir em busca da fase de vidas arcaicas ou desta origem com as marcas, cicatrizes e significantes. As questões não são e não devem ser levantadas logo nos primeiros contatos com o indivíduo, mas assim que possível. Muitas delas são indagações do profissional para si mesmo, cujas respostas poderão surgir durante o relato espontâneo do doente.

Ensina Eksterman (s/d, p.47), convida-se a pessoa a falar livremente a respeito da sua vida, da sua família ou da sua infância. O caminho inicial, a ser percorrido pelos dois, deve ser o escolhido pelo doente, mas sem invasões e apressamentos. Propõe-se, a seguir, estudar essas indagações a partir de uma papeleta da anamnese clássica, usada na rotina médica. Por exemplo, perguntar o nome e, saber: quem o escolheu? Por que foi escolhido? O que o sujeito sabe sobre ele? Gosta do seu nome? Tem apelido? Como prefere ser chamado?

Dentre tantas outras indagações que possam ser multiplicadas em cada momento da relação terapêutica. Segundo Eksterman (s/d, p.47), a função de muitas perguntas é apenas para estabelecer o limite da ignorância e a advertência contra a onipotência. E, a função filosofar é basicamente tornar o ato médico um ato criativo em cada momento do procedimento clínico e não um estereótipo repetitivo alienado do doente.

Fazendo uma analogia com o funcionamento do *software*, e *hardware*, Eksterman,

faz imaginar a vida mental como constituída de um programa básico, hardware, fornecido pelos cromossomas, constitucional portanto, e um programa adquirido software, resultado das múltiplas interações comunicativas com outros seres humanos e, praticamente, estabelecido em seus parâmetros gerais, nos primeiros anos de vida. Os vínculos afetivos constituem a trama social, base social, base para a organização do programa, todo ele constituído de esquemas de valores. Se o hardware constitucional nos fornece os elementos para a interação natural com o ambiente, o software social nos fornece os elementos para a interagir no espaço social e realizar nossa vida propriamente humana. Cada ato humano contém a interação desses dois sistemas, o natural e o social. (Ibidem, p.48).

Assim, o natural e o social se constituem numa estrutura mental, que toma como base o funcionamento do sistema nervoso central.

A concepção da Psicanálise discrimina dois níveis de experiência: no natural – produzem imagens mentais, base para os sonhos e fantasias e que foi designado como processo primário de pensar. Já o outro nível, está ligada à apreensão dos objetos de sentido, organiza o espaço e tempo dos objetos percebidos em esquemas *lógicos*, designados como processo secundário de pensar.

Para Eksterman, (s/d, p.48) a Psicanálise pretende intervir nessas fantasias lesivas, patogênicas, portanto, através de recursos desenvolvidos para reprogramar a estrutura dos *softwares* adquiridos e torná-los mais operacionais em favor de objetivos de realização individual e preservação da vida, ou da qualidade de vida.

O esquema de funcionamento do ato psicanalítico é o de transformação psíquica e pretende ampliar a capacidade de organização pessoal diante do outro e do espaço social.

A consciência, nesse caso, contém três conceitos: o de melhor percepção da realidade objetiva; o de melhor percepção de si-mesmo; e, terceiro, o de aumento de capacidade de discriminar diferenças e qualidades. Infelizmente, a ampliação da consciência, não necessariamente, torna as pessoas melhores, no sentido de torná-las mais éticas, embora fiquem melhor capacitadas para se tornarem éticas. (Ibidem, p.49).

A psicossomática, também denominada medicina da pessoa, holística e do encontro, sempre aponta para a tentativa de atendimento médico, cada vez mais abrangente. É, por intermédio das consultas que o médico encontra os recursos necessários para investigar e ampliar o diagnóstico nas fases da doença, do doente, do mundo externo, das condições da pessoa doente para receber o tratamento indicado e dos meios de se obter uma preparação adequada para se chegar, com segurança e estabilidade, à terapêutica.

6.2. As técnicas utilizadas em casos em uma unidade de internação

Eksterman (s/d, p.49) apresenta uma proposta de prática clínica a partir de uma experiência que vivenciou em seu Serviço de Clínica Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia no Rio de Janeiro, quando lhe pediram um instrumento anamnético para incluir no prontuário que desse conta dos aspectos psicossociais e psicossomáticos do paciente.

A intenção da proposta era construir um instrumento psicológico de apreensão da identidade do paciente de modo a que ele pudesse se revelar como pessoa para o médico, organizando uma relação clínica mais consciente, facilitando a prevenção de iatropatogenias comuns nos relacionamentos clínicos, perturbadores por elementos mentais inconscientes, irracionais, dos participantes dessa relação, incluindo-se nela o paciente, o médico, auxiliares paramédicos e familiares [...]. (Ibidem, p.50).

Desse modo, o propósito indireto é estimular a prática humanizante da medicina, isto é, na relação, médico e doente são pessoas; organizam-se como participantes de um ato terapêutico que obviamente contém manipulações, mas essencialmente obrigam a participações mútuas. A partir de tal procedimento, cria-se equipes multidisciplinares de atendimento, ou seja, a prática de uma *Medicina da pessoa*, na expressão de Perestrello.

6.2.1. Procedimento de acompanhamento clínico

Dentre as observações destacadas por Eksterman (s/d) quanto ao registro, deve ser de utilidade para a prática clínica, com linguagem simples,

evitando termos teóricos e evitar padronizações e, sim individualizar o doente.

Ensina que deve conter no registro do paciente sua biografia resumida, *como ele a vivenciou* e não como os fatos se passaram na realidade objetiva e cronológica. Por exemplo:

Condições de nascimento; cuidados pós-natais; relações com o ambiente escolar; adolescência; desenvolvimento psicosssexual; trabalho e relações com o ambiente profissional; casamento, cônjuge, filhos e relações familiares; hábitos e crença; ambientes sociais. (Ibidem, p.52).

Além disso, o terapeuta deve procurar saber as circunstâncias de vida, nas quais sobreveio a enfermidade atual, bem como pesquisar os momentos de vida em que o paciente adoeceu. Também, detectar de que maneira o paciente se relaciona com o médico atual e, se possível, investigar em que termos foram as relações com os médicos anteriores.

Baseado nessas informações recomenda Ekstermann (s/d, p.53) que este registro deve levar o seguinte título: “História da pessoa”, que inclua: fisiologia, patologia pregressa, familiar e a social, para que possa estabelecer as possíveis conexões significativas entre os eventos da vida do doente.

A vantagem desse procedimento é a individualização do caso clínico com a consequente adaptação das medidas terapêuticas específicas para *aquele doente*. E também, o conhecimento das circunstâncias de vida que o paciente foi acometido pela enfermidade possibilita evitar a revivescência das mesmas no relacionamento clínico. Dessa forma, o estudo da patologia “somática” leva ao *quê* da terapêutica; da pessoa do doente e da relação médico-paciente leva ao *em quem* para poder se chegar ao *como* da mesma terapêutica. (*Ibidem*).

De modo semelhante também deve ser o método para a coleta dos dados. O desenvolvimento da anamnese que se faça de modo natural, sem forçar a comunicação do doente ou *impor-lhe* uma direção.

Comentário feito por Danilo Perestrello *apud* Eksterman (*Ibidem*, p.54) não se deve tratar de mera colheita de dados, como tradicionalmente se realiza, mas, sim, estabelecer com os dados colhidos relações de significado. Nesse sentido, visa a um estudo da pessoa do doente em relação à pessoa do médico. E vice-versa.

Salienta Ekstermann (s/d, p.55) que a “história da pessoa” terá que ser inevitavelmente incompleta. Apresentará sempre, lacunas, porque, segundo o rumo do colóquio, haverá trechos privilegiados e outros cuja menção será inclusive perturbadora, por não serem significativos.

A “história da pessoa” é uma orientação para a anamnese não *dirigida*, para que o médico não deixe escapar referências feitas pelo próprio doente a assuntos ali contidos e que poderão ser altamente significativas, às vezes, constituem vivências-chave, norteadoras da compreensão global da pessoa.

7. ESTUDO DE CASO: DIAGNÓSTICO – FIBROMIALGIA E SÍNDROME DE SJÖGREN

O trabalho psicossomático não se distingue metodologicamente de um tratamento analítico, nos moldes clássicos. Esse estudo de caso tem por objetivo mostrar um acompanhamento psicoterápico de uma paciente portadora de fibromialgia e Síndrome de Sjögren. Ela é alagoana, mas reside no Rio de Janeiro desde 18 anos. Em função do agravamento de sua doença foi encaminhada ao ambulatório de Neurologia da Santa Casa após ter passado por vários hospitais apresentando queixas de dor generalizada em todo o corpo. Internada para exames. Após os exames e diagnosticada, deu-se início ao tratamento médico e atendimento psicoterápico.

Antes de apresentar a abordagem desse atendimento, faz-se necessário conhecer um pouco sobre o que se referem os termos: fibromialgia - é uma condição dolorosa crônica. Considerada síndrome porque engloba uma série de manifestações como dor, fadiga, indisposição, distúrbio do sono.

Aqui se ajustam os referenciais: Ekstermiano, psicanalítico e gestáltico. O primeiro, dado à técnica de psicologia médica para profissionais da saúde, como a conjugação da filosofia existencial e da Psicanálise com a prática clínica pode produzir um instrumento operacional destinado a otimizar o ato terapêutico. E o referencial gestáltico implica a vida humana como “vida-em-relação”.

Alexander (1989, p.202) destaca alguns princípios da abordagem psicossomática na terapia como “em condições orgânicas graves é frequentemente necessário concentrar-se, em primeiro lugar, nos sintomas apresentados e limitar a psicoterapia a uma abordagem de apoio.”

A seguir, pretende-se mostrar o estudo de caso, de que forma foi realizada a terapia e, ao mesmo tempo procurar fazer uma discussão e apresentar a conduta adotada na psicoterapia e o que ela propiciou.

Ensina Eksterman (s/d, p.56) que se deve esmiuçar os elementos técnicos da história da pessoa. Em outros termos: o que fazer. Tendo sempre em mente que investigar fatos não é o mesmo que estabelecer relações. A história da pessoa investiga a pessoa do doente, que só existe na relação terapêutica. E assim dá-se início ao atendimento:

[...] Perguntada à paciente seu nome, e ela, sem me olhar disse Lindalva. Em seguida disse que gostaria de saber o motivo de sua internação. Olhou-me e falou que precisava de um diagnóstico, pois sentia-se cansada. Já passou por outros hospitais e, a Santa Casa é sua última tentativa. Afirmou: não aguento mais viver com tanta dor, até o vento que sai do ventilador dói em minha pele. Depois falou que não estava com vontade de conversar. Perguntada se ela se incomodava que eu ficasse mais um pouco ao seu lado. Ela responde: Sim, preciso virar para o outro lado. Falei para ficar à vontade que eu já iria embora. [...].

Prossegue Ekstermann (s/d), o primeiro passo é olhar para o paciente. Não procure apenas sinais específicos de anomalias ou patologias. Olhe o doente: seu jeito, roupas, postura, mímica, companhia. Não descreva imediatamente. Sinta a presença do paciente e veja o que sente com essa presença. Tristeza, angústia, desesperança, confiança, dependência, afeição, erotismo, confusão. Enfim, que tipo de vínculo pode estar se formando.

[...] de volta ao encontro de Lindalva. Ela recebeu-me com um leve sorriso e pediu desculpas, pois no dia em que nos conhecemos ela não estava se sentindo bem. Logo após essa conversa informal, perguntei se ela gostaria de falar um pouco sobre sua história. Ela não responde e percebe nesse momento Lindalva com os olhos vermelhos e começando a chorar. E diz: acho melhor não falar. Disse para ficar à vontade e, quando quisesse falar estaria ao seu

lado. Ficamos em silêncio. Permaneci mais um pouco junto a ela e no momento em que eu ia embora ela diz: Selma, quando puder falar conto minha história para você, se um dia eu conseguir.

A *gestalt*-terapia não investiga o passado com a finalidade de procurar traumas ou situações inacabadas. Mas convida o paciente simplesmente a se concentrar para tornar-se consciente de sua experiência presente, pressupondo que os fragmentos de situações inacabadas e problemas não resolvidos do passado emergirão inevitavelmente como parte desta experiência presente.

Foi muito difícil estabelecer um vínculo. Muitas vezes ela dizia: hoje não quero papo. Outras vezes, chegava à enfermaria, ela se encontrava com a cabeça coberta ou de olhos fechados. Duas semanas se passaram e, várias foram as tentativas de aproximação. Em uma dessas, ela falou: você não desiste de mim, hein!!!. Então perguntei se ela tinha desistido dela. E respondeu-me: acho que não vale à pena. Ficamos em silêncio por alguns instantes. E então ela disse: minha história é muito triste e não vale à pena contar. Passo noites sem dormir pensando no meu passado, presente e futuro. Então lhe pergunto se gostaria de dividir comigo algumas dessas preocupações que tiravam o seu sono. E a primeira revelação: estou morando num albergue da Prefeitura e me preocupo com a estada lá, pois tenho medo de não poder voltar e acabar indo morar de novo na rua. Conta antes de ir para o albergue morava com sua irmã, mas havia muita discussão entre elas, então preferiu sair, indo morar na casa de uma amiga. Em função do agravamento de sua doença, perdeu o emprego e, antes que não pudesse ajudar nas despesas, saiu da casa da amiga que já insinuava que pessoas com problemas de saúde deveriam ficar com a família. Então, arrumou suas coisas e foi embora direto para a rua.

Baseado nos ensinamentos de Eksterman (s/d, p.58) “siga o tema afetivo do paciente, abrindo espaço no diálogo através de estímulos apropri-

ados.” Mais adiante ressalta “daí para frente o diálogo flui, as informações complementares ficam simples de serem esclarecidas, e o quadro clínico costuma ficar nítido”

Lindalva passa a relatar toda a trajetória desde que saiu da casa da amiga até que uma senhora, que trabalhava na Prefeitura a encaminhou para um abrigo, onde ficou por seis meses até se internar na Santa Casa. Também disse que estava se sentindo mais aliviada por estar compartilhando uma parte de sua vida comigo, mas não queria mais falar porque já havia falado muito.

A terapêutica deste enfoque ligado à conscientização do presente, uma tendência subjacente ao trabalho gestáltico, é a apologia de viver com a atenção voltada para o presente, ao invés do passado ou futuro, como algo bom que leva ao crescimento psicológico.

No atendimento seguinte, Lindalva me pareceu mais receptiva, pois me recebeu com um sorriso dizendo-me que dormiu melhor. Porém, acordou cedo, pois anda sentindo os calores da menopausa. Pergunto se fazia reposição hormonal ela diz sinto dificuldades para ir ao médico para fazer exames ginecológicos. Pergunto sobre essa dificuldade e, ela diz: a dificuldade está no constrangimento, sinto vergonha de expor a intimidade (nesse momento Lindalva diz ser ainda virgem) [...].

Uma das três funções fundamentais psíquicas abordadas por Freud está o superego: essa instância psíquica pode ser comparada, segundo Freud, a um juiz, que censura e ordena as atitudes do ego. É definido como herdeiro do Complexo de Édipo, e é constituído pela internalização de normas, valores e regras sociais (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001).

Ao lado de seu leito se encontra uma mesa onde ela pega um frasco de creme e começa a passar nos braços e diz: não gosto de passar creme no corpo, mas preciso, pois minha pele é muito ressecada em função da Síndrome de Sjögren.

Pergunto o que ela acha de aproveitar esse momento de passar o creme para se olhar e acariciar seu corpo. Ela diz: nunca penso em me olhar, pois não gosto do que vejo. E indagada: o que vê? Não responde, mas diz: não gostaria de falar sobre isso. Conta que nunca se cuidou direito, depois que sua mãe faleceu sua vida perdeu toda a razão de ser.

Observa-se que na fala da paciente “*não gosto do que vejo*” pode-se inferir algum problema emocional. Segundo Alexander (1989, p.199), a psicoterapia voltada para os fatores emocionais específicos, etiologicamente importantes, é um projeto de longo alcance e deve ser coordenada com os demais procedimentos médicos.

No ambulatório – convido Lindalva a sentar-se e que fale o que quiser, pois estou ali para ouvi-la. Ela começa a falar sobre sua mudança para a nova casa e, como está vivendo [...]. Enquanto falava, observo que as lágrimas descem pelo seu rosto. Fico em silêncio esperando que ela retome a fala. [...]. Diz: tenho confiança em você e sei que poderá me ajudar. [...]. Volta a chorar. As lágrimas não param de cair. Olho para ela e procuro passar-lhe um olhar empático para que se sinta mais à vontade. Então ela recomeça: o que vou lhe contar só falei para minha mãe e que já faleceu e, sinto muita vergonha do que vou falar.

Os preceitos de Eksterman (p.44) trazem o significado da palavra pessoa, que vem do latim *persona* que se refere à máscara utilizada pelos atores para representar o caráter do personagem. Assim, o caráter triste ou melancólico, o alegre ou cômico, o irado, e assim por diante. A máscara, nesse caso, não oculta, mas, ao contrário, revela o afeto que em geral se oculta. A máscara do teatro clássico tinha por objetivo revelar a verdade afetiva do personagem e não ocultá-la. Assim o sentido da *pessoa* é a revelação do que alguém é.

[...] quando fiz doze anos comecei a ser molestada por meu pai. Todos os dias em que ficávamos sozinhos, meu

pai alisava suas partes íntimas. Puxava-me e levava-me para o quarto, obrigando-me a fazer sexo oral, até ejacular em meu corpo. Depois do ato, corria para o banheiro para tomar banho. Conta que esse banho “demorava horas”, pois precisava esfregar sua pele numa tentativa de limpar tudo aquilo. E isso durou até a fase adulta.

Para Psicanálise período de latência ocorre entre 6 e 12 anos, nesse período, a sexualidade praticamente não avança, e as crianças se esquecem da maioria das coisas que faziam e conheciam, além de surgirem atitudes como repulsa e vergonha, coerentes com as exigências do superego (FADIMAN e FRAGER, 1986).

Perguntada o que sentia pelo seu pai, quando ele fazia isso, ela conta: sentia muita raiva, desespero, foi uma fase muito angustiante. [...]. Lindalva chora, seu rosto fica cheio de placas vermelhas e diz que constantemente tem pesadelos com isso.

Na abordagem freudiana, “o distúrbio químico da pessoa insatisfeita (sexualmente) produz ansiedade e, deste modo, leva a outros sintomas”. Freud expressou a esperança de que fosse encontrada na endocrinologia a resposta aos problemas do comportamento sexual normal e anormal. (ALEXANDER, 1989, p.166).

Conta que com quarenta anos, logo após o falecimento de sua mãe, foi visitar seu pai (ele já estava casado novamente), porém seu pai continuou com as investidas sempre que sua madrasta saía para a igreja. [...]. Pergunto se ela sente alguma culpa. E, ela diz que sim. Mas também diz: sinto-me ainda confusa para explicar. Falo que o primeiro passo do nosso trabalho é entender esse sentimento de culpa.

Nos conceitos Ekstermanianos (s/d, p.44), a pessoa (assim com seu equivalente *persona*) é a revelação do que se é. Esse é o sentido de catarse. Catarse é exteriorizar no sentido de revelar. Na medida em que o eu se purga, revela-se.

Já na Psicanálise de Freud na fala acima, a paciente revela o id, é fonte dos nossos impulsos biológicos, além de ser o reservatório de energia psíquica de libido (Cloninger, 1999). É o id que contém tudo aquilo que é herdado, além de conter a estrutura da personalidade original. É caótico, desorganizado, atemporal, e sua única função é lançar desejos (na sua maior parte sexuais e agressivos) ao consciente, em busca de satisfação plena e imediata (FADIMAN e FRAGER, 1986).

Como te falei, tudo começou quando completei doze anos. Meu pai me puxava para seu colo, no começo só apertava as minhas pernas e beijava meu pescoço, me deixando toda arrepiada, então eu retribuía seus beijos e ríamos muito. Até que ele começou a passar as mãos nos meus seios, então eu comecei a perceber que meu pai estava cada vez mais ousado em suas brincadeiras. Como eu não tinha segredo para minha mãe, falei para ela o que estava acontecendo, ela então falou que eu fugisse dele, não tomando nenhuma providência. Eu então, a princípio, tentei me afastar dele, porém ele não me dava sossego. Nesse momento, Lindalva chora, suas lágrimas pingam uma a uma.

Fazendo uma analogia desse relato ao que Ekstermann (*Ibidem*), fala do teatro grego de que ele tinha a função de revelar o ser. E com o ser, a existência. Catarse não é pôr para fora no sentido de excluir; ao contrário é pôr para dentro, para dentro da consciência.

[...] meu pai errou, mas eu também errei. Semana passada eu não admiti que sentia prazer, mas não é verdade, no primeiro mês eu relutei, mas depois eu acabei cedendo e acabava aproveitando e eu precisava confessar, eu só pensava em sexo. Antes de meu pai tocar em minhas partes íntimas, nunca tinha me tocado, porém depois comecei a me masturbar e eu não pensava em outra coisa, mas confesso que gostava quando ele fazia. E assim eu vivi dos doze até aos vinte e um anos.

Na Psicanálise de Freud, o id é considerado a casa de todos os instintos, e age como uma criança mimada, que pressiona continuamente o ego para a satisfação dos seus mais variados desejos e impulsos (Davidoff, 2001). O ego é instância do aparelho psíquico surge a partir do id e está em contato direto com a realidade externa. Ele tem como função principal, atender às necessidades e desejos do id, mas não de maneira imediata, e sim de acordo com as possibilidades e restrições da realidade, ajudando a manter a sanidade e saúde da personalidade do indivíduo (FADIMAN e FRAGER, 1986).

Quando completei dezoito anos, estava morando no Rio de Janeiro com minha mãe e meus irmãos, enquanto meu pai estava em Alagoas. Comecei a namorar um rapaz da escola com o qual fiquei por três anos. Estávamos noivos quando minha mãe decidiu voltar para Alagoas, então meu noivo foi junto. Chegando lá, meu pai o tratou muito mal, meu noivo ficou muito chateado, não entendendo nada do que acontecia. Meu pai aproveitou um momento em que eu fiquei só, seguro-me pelo braço e perguntou por que eu estava querendo casar, se eu já sabia que eu possuía ‘dono’. Tentei argumentar, mas ele machucou meu braço, me deu um chupão no pescoço, o qual foi difícil explicar para o meu noivo como ele surgiu. No dia seguinte meu noivo viajou para o Rio, e nossas correspondências ficaram cada vez mais escassas, até que acabaram. *Perguntada como se sentiu com esses acontecimentos.* Senti-me triste, estava com enxoval quase pronto. *Ainda perguntada sobre se ela e o noivo conversaram sobre o término do noivado.* Contou que passados alguns meses e voltou ao Rio. Ao chegar descobriu que ele estava com outra. *Tiveram uma conversa breve, onde ele disse que sempre gostou muito dela, porém sempre a achou muito distante, travada. Falou que quando ficaram noivos, ele pensou que ela ficaria mais solta, mas isso não aconteceu. Então Lindalva disse que houve intimidade com ele, apenas beijos, abraços e muito papo.*

Na terapia-gestáltica, o funcionamento inadequado da psique produz danos corporais, assim como, de forma inversa, o problema corporal

afeta a psique, logo se assume que a união psique corpo é inextricável, e que não podem ser separados, nem cuidados isoladamente, pois ambos são animados pela mesma força nomeada de energia vital, que atua como um terceiro elemento, conferindo vida ao binômio psicossomático:

O corpo é uma arquitetura tissular, geneticamente programada, finita, em permanente construção e desconstrução, pulsando segundo afetos, como tubos dentro de tubos, em suas câmaras e válvulas, sempre em busca de mais vida, inflando e esvaziando, adensando e enrijecendo de acordo com seu grau de tolerância aos ritmos da excitação gerada pelas experiências de amor ou decepção, medo ou agressão, agonia ou prazer. (REGINA FAVRE in: KELEMAN, 1992).

Prossegue-se o atendimento a Lindalva:

Perguntada se nunca sentiu vontade de ter mais intimidade com o seu noivo. Disse que às vezes pensava, porém na hora H não conseguia. E indagada a que relacionava isso. Não sei, mas talvez por tudo que passei com meu pai.

Na compreensão psicanalítica, o Complexo de Édipo ocupa uma posição central para a estruturação da personalidade, é o mesmo que o Complexo de Electra – para as meninas.

Lindalva fica em silêncio e começa a chorar, seu rosto fica cheio de placas vermelhas. [...] Diz que quer me contar sobre a última vez que esteve com seu pai. Relata que quando sua mãe faleceu se sentiu muito só. Sua mãe já estava separada a quinze anos de seu pai. O qual já morava com outra mulher. Seu pai telefona para ela e pede que vá visitá-lo, pois pretende convencê-la que vá morar na casa dele. A princípio ela pensa que seria bom revê-lo, porém morar com seu pai, sabia que não seria possível. Então resolve viajar para Alagoas. Chegando lá, é bem recebida por ele e por sua nova esposa. Até que ficam sozinhos em casa, porque a esposa passa grande parte do dia na igreja. Seu

pai lhe pergunta por que não casou, ela diz que foi por opção, pois tinha que cuidar de sua mãe sem ter tempo para ela. Seu pai de forma insinuante diz que tem certeza que não foi apenas isso e sim porque nunca esqueceu das brincadeiras que faziam juntos. Ela disse que não queria falar sobre isso, que todas as brincadeiras ficaram no passado. Ele disse que não acreditava nisso, que com certeza ela estava sentindo falta daquilo tudo e que ele sempre soube que ela era safadinha.

Atualmente, o *Gestalt*-terapeuta Richard Hycner (1995), apoiado na filosofia de Buber, propõe uma psicoterapia dialógica, ou seja, uma noção que contemple o fenômeno do “entre” relacional. Diferentemente da dialética, que pretende alcançar uma síntese racional, a dialógica se propõe a ficar com aquilo que é figura na relação terapeuta-cliente. Entretanto, a *Gestalt*-dialógica não se refere somente ao discurso, mas ao fato de que a existência humana é relacional. A pessoa é um dos pólos numa bipolaridade ou numa multipolaridade. Para Buber (1982, p. 139) o sentido do inter-humano “não se encontra nem em um dos parceiros, nem nos dois em conjunto, mas encontra-se somente neste encarnado jogo entre os dois, neste seu “Entre”. Para Buber o fenômeno do “entre” não se limita a um conceito psíquico, mas refere-se a um fenômeno ontológico.

Nesse momento, ele veio para cima, beijando seu pescoço, dizendo que não esqueceu meu ponto fraco. Então aconteceu mais uma vez, só que agora ficou com uma sensação horrível, porque já tinha quarenta anos.

Nada mais esclarecedor do que as palavras de Eksterman (s/d, p.45). Para ele, é impossível criar uma teoria sobre a pessoa e, por conseguinte, transformar a pessoa em objeto de reflexão científica. Explica Eksterman (*Ibidem*), pessoa se revela na experiência da relação. O instrumento da revelação é a interlocução. Só quem está ali, em relação, efetivamente sabe o que está acontecendo.

[...] Em outro dia quando a esposa estava na igreja, ele veio para cima e eu o rejeitei. Ele não conformado me deu

uma surra, que me deixou desacordada e cheia de hematomas por todo o corpo. Quando consegui levantar, pedi ajuda a uma vizinha a qual pensou que eu havia sofrido um assalto e sido violentada. Fui levada para um hospital, onde permaneci por 16 dias. Ao voltar pedi para ficar na casa dessa vizinha até poder viajar. Não contei a ninguém o que havia acontecido. As pessoas da localidade que ficaram sabendo da violência ocorrida tomaram providências com relação as suas casas, pois não era comum aquele tipo de ocorrência naquela região. Assim, Lindalva tomou a decisão de ir embora para sempre.

Explica Eksterman (p.46), a identificação social não confere identidade; a identidade só é conferida no âmbito da relação, no âmbito da experiência da pessoa. Pessoa contém em si a configuração de uma singularidade que não se reproduz. Não há como tipificá-la e as tentativas de tipificação são artificiais e comprometem a verdade de seu conteúdo. Enfatiza Eksterman “pessoa é a solidão do ser que se revela na experiência de se encontrar.”

[...] Hoje estou aqui porque consegui vencer a resistência... minhas histórias são muito tristes. Eu gostaria de esquecer e não falar sobre elas, porém sei que não falar não minimiza meus incômodos, minhas dores, vergonhas, culpas, pelo contrário, todos estes anos só fez com que ficasse arrumando doenças, pois sabia que ficar remoendo tristezas só trás coisas ruins. Perguntada se percebe que seu estado psicológico interfere em sua saúde. Disse ter descoberto quando foi para a Santa Casa. Sei que dividir com você minhas dores emocionais pode diminuir minhas dores corporais. Indagada se poderia falar o que mais dói. Responde: São tantas coisas, contudo a atitude da mãe é a que mais dói, por ter sido permissiva com meu pai, como uma forma de me vingar dela, eu nutria uma revolta dentro de mim muito grande, não conseguia entender tanta passividade. [...] Socialmente meus pais viviam bem, con-

tudo eu sempre fui muito observadora, desde muito pequena percebia que algo não ia bem, pois quase sempre via minha mãe com o nariz vermelho de tanto chorar. Meus pais sempre foram muito severos com os filhos, principalmente com relação aos estudos, tínhamos que estar sempre com a tabuada e a lição na ponta da língua. Quem tomava conta disso era meu pai, colocava de castigo, tirava a televisão. Minha mãe só orientava para que estudássemos, mas não tomava a lição, pois era analfabeta. [...] Eu posso dizer que era feliz, meu pai sempre nutriu um chamego especial por mim, inclusive ele era severo demais com meus irmãos, eles não tinham liberdade nenhuma com ele, entretanto eu falava o que queria, reclamava e ele era sempre condescendente comigo. Meu pai era carinhoso, brincalhão, um bom pai até que fiquei moça aos doze anos e ele começou a me acariciar de forma que me deixava excitada. [...].

Os interesses sexuais que até então estavam adormecidos no período de latência, são novamente despertados, estendendo-se por toda a adolescência e vida adulta. (DAVIDOFF, 2001).

Nessa época meus pais já estavam separados de fato... minha mãe confidenciou-me que não dormiam mais juntos há muito tempo, pois descobriu que ele tinha outra mulher na rua. E a minha mãe não tomava qualquer atitude, pois assim meu pai continuava vivendo conosco e sustentando a casa. Perguntada: E, pensando assim o que sente? Sinto muita raiva, não que eu me sinta inocente nessa história, mas é difícil pensar que pessoas que deveriam orientar, proteger, foram capazes de me deixar tão atormentada e desprotegida.

Remetendo aos ensinamentos de Ekstermann (p.50), o exame crítico da prática psicanalítica mostra: as vivências recuperadas na transferência é que organizam, estruturam a pessoa para a saúde e para a doença.

[...] Lindalva chega ao ambulatório na hora marcada. Perguntada como está, responde que está melhor das dores. Começa a contar sua rotina e sua tristeza de se perceber só, pois onde mora não consegue estabelecer amizades. Percebe que as pessoas são fechadas e que evitam intimidades. Perguntada se faz alguma coisa para se aproximar. Ela diz que não e que pensa em arrumar outro lugar para morar porque até a igreja perto de sua casa não se sente acolhida. [...] continua reclamando da solidão em que vive. Seu rosto vai ficando vermelho e as lágrimas rolam. Um momento de silêncio, Lindalva diz: Selma preciso te contar uma coisa. Um dia minha mãe me convidou para ir à casa de uma conhecida dela, chegando lá observo um contexto familiar intrigante, pois a família é atípica: ‘o pai é casado com a filha e gerou dois filhos com a mesma’. Quando saímos da casa, minha mãe fala para mim: “Você percebeu que o pai das crianças é o avô também?” Eu pergunto por que me trouxe ali. Ela diz para eu ficar esperta e não engravidar de meu pai. Nesse momento senti uma revolta misturada com desespero.

Ekstermann (s/d, p.51) chama a atenção “configurar a doença ou a saúde como estrutura de vida, como organização derivada dos caprichos dos arranjos dos múltiplos elementos que constituem a vida de uma maneira em geral, e a vivência que é a vida perpassada pelo fenômeno a consciência, aparentemente nos tira o poder e nos lança na perplexidade do caos”.

[...] Perguntada se naquele momento não sentiu vontade de sair do triângulo? Optei em ficar. Primeiro para me vingar de minha mãe. Depois acabei desfrutando daquela loucura. Minha mãe saiu do quarto de meu pai e todas as noites meu pai me puxava para lá. Quando terminava tudo ia tomar banho, que era sempre muito demorado, depois ia dormir na sala ou em outro quarto. Perguntada como se sentia naquele lugar? Muito mal, confesso ter vivido três anos muito angustiantes. Eu e meu pai não tínhamos um relacionamento amoroso, cheio de afeto, e sim sexo animal. Ele me machucava muito, arranhava minhas costas, puxava meu cabelo e enfiava as unhas

em minha pele, parecia um animal, ele só sentia prazer me machucando. *Perguntada: e você, o que sentia?* Era um misto de dor e prazer que se misturava com um sentimento de culpa. Em seguida revolta, raiva de mim, de minha mãe e do meu pai. Foi não aguentando mais, que comecei a pressionar minha mãe dizendo que contaria para minha tia e minha avó, caso ela não tomasse uma atitude. Minha mãe pediu que eu não contasse a ninguém. Ela iria arrumar dinheiro para irmos embora para o Rio de Janeiro. Na saída meu pai mostrou-se enfurecido, disse que não aceitava, que não entendia o porquê de irmos embora se a minha mãe dava carta branca para tudo. Quando percebeu que não mudaríamos de atitude disse: ‘um dia você vai se arrepender de ter nascido, pode levar o tempo que levar mais você vai se arrepender’. [...] *Lindalva relembra a surra que seu pai lhe deu. Ao chegar ao hospital e, ao ser examinada, o médico constata que seu ânus estava fissurado, parecendo que houve introdução de algum objeto.* [...] quando fiquei sabendo que meu pai estava com câncer de próstata disse: ‘bem feito’. Só que pensei: bem feito para mim também, veja só como estou.

A proposta da *História da Pessoa* para Eksterman (s/d, p.51) contém instrumentos para se realizar essa *Medicina do Ser* que não é um acréscimo à *Medicina do Ter*, mas uma modificação substancial nos seus paradigmas. Na relação, médico e doente são pessoas; organizam-se como participantes de um ato terapêutico que obviamente contém manipulações, mas essencialmente obrigam a participações mútuas. O profissional de saúde ainda não está preparado para esse tipo de participação, salvo alguns, ou bem dotados por sua formação profissional e emocional, ou porque foram psicologicamente preparados, ou, finalmente, vieram ao mundo com talentos insuspeitados.

Depois dessa viagem pelas engrenagens da *História da Pessoa*, de atendimento terapêutico, Ekstermann (*Ibidem*) reconhece “estimular a criação de equipes multidisciplinares de atendimento e, voltar a simples aritmética da soma de esforços, na suposição que o tempo e a experiência poderiam integrar o que parecia agora impossível, ou seja, a prática de uma *Medicina da Pessoa*, na expressão de Perestrello.

8. CONCLUSÃO

Chegando ao fim deste trabalho organizado com diferentes referenciais, por autores que descreveram e teorizaram a partir de seus respectivos sistemas de referência, foi possível constatar que desde Hipócrates já havia registros de processos de somatização, o fenômeno só ganhou um nome no início do século XX. Hoje, no contexto da medicina atual, permite uma nova visão do fenômeno da doença, por exemplo, problemas de ordem emocional podem desequilibrar a produção das substâncias envolvidas na dilatação dos brônquios, agravando os sintomas da asma. Pode ocorrer ainda uma resposta desmedida do sistema imunológico a determinados alérgicos, como a poeira, deflagrando uma crise alérgica.

É daí que o tema interdisciplinaridade vem sendo cada vez mais explorado nas discussões que dizem respeito à produção de conhecimento e da ciência. Apesar de apresentar uma história difusa, um panorama teórico e conceitual amplo e divergente, trata-se de um campo de debates inspirador que ganha terreno tanto no mundo das ideias, com a adesão de importantes intelectuais contemporâneos, quanto do ponto de vista institucional, a partir das iniciativas em universidades, centros de pesquisas e associações.

A Psicanálise é a referência fundamental, Volich (2000) descreve as linhas gerais de um curso onde se agrupariam entre as disciplinas psicanalíticas, médicas, e principalmente, psicossomáticas, sem esquecer as instituições de saúde. O autor sugere ainda a importância do trabalho profilático da psicossomática junto à comunidade e ao trabalho institucional.

Diante de todas as mudanças acontecidas de causalidade e ordem advindas do pensamento mecanicista e reducionista, os alicerces sobre os quais se apoiavam todas as ciências foram chacoalhados e até mesmo as ciências sociais precisaram repensar e reformular suas bases teóricas e conceituais. A psicologia, mais especificamente, também padeceu da instabilidade deste cenário, encontrando as diversas escolas psicológicas saídas diferentes para lidar com esta crise. Muitas abordagens mantiveram-se atreladas ao pensamento essencialista, localizando na consciência o “local” onde estaria contida a subjetividade. A *Gestalt* Terapia assumiu o pensamento sistêmico e fenomenológico como suas bases conceituais para compreender e descrever o homem da atualidade.

Pode-se dizer então que se alinham às escolas psicológicas sistêmicas e também às psicoterapias de base fenomenológico-existencial dentro do panorama da diversidade de linhas em psicoterapia

Parece que a solução apontada para as terapias sistêmicas é a mesma que Heidegger já declarava. Só através da hermenêutica entendida enquanto um recurso de interpretação fenomenológica do discurso, é que se pode vislumbrar este ser que está aí, este ser-no-mundo. “A atividade terapêutica é concebida como linguística e dialógica, mais do que como intervenção de um agente sobre um sujeito individual ou coletivo, como realidade sobre a qual se deve operar”

E também no decorrer desse estudo foi possível detectar que um bom suporte afetivo e determinados tipos de terapia psicológica são capazes de melhorar a resposta imunológica até mesmo em pacientes com Fibromialgia e Síndrome de Sjögren.

A importância de um atendimento mais abrangente, interdisciplinar para esses pacientes que desenvolveram tal doença crônica, destaca-se como essencial para a promoção de saúde dentro de um modelo integrativo. A visão global de um ser humano exige que diferentes abordagens adaptem-se para produzir um entendimento mais completo da dinâmica interna e externa do paciente, que necessita não de intervenções isoladas e fragmentadas, mas sim de diferentes ações voltadas para um mesmo objetivo: a busca por um estado de saúde integral dentro das possibilidades individuais e coletivas.

Essa abordagem vê o ser humano de uma forma holística, pois acredita que a saúde e a doença são estados que resultam do equilíbrio harmônico dos três campos: Bio, psico e social. Dessa forma, a Psicologia Hospitalar procura tratar o paciente compreendendo esses contextos que fazem parte de sua vida..

Assim sendo a Psicologia Hospitalar e o trabalho das equipes multidisciplinares só se tornarão válidos e enriquecedores para os usuários se cada profissional se responsabilizar por sua área de cuidados em relação à saúde, por exemplo, o dentista, o psicólogo, o médico, o nutricionista e outros têm que haver trocas, por ser o melhor sistema de trabalhar é integrar, respeitar o outro e também ser respeitado. No entanto, responsabilizar por sua área de saber, segundo os profissionais da psicologia, não significa evitar a troca entre os diversos profissionais integrantes da equipe, mas sim manter a clareza nas informações sobre os usuários.

Dessa forma, a troca é necessária para que haja uma melhora nos atendimentos hospitalares para que a saúde do ser humano possa ser contemplada no seu todo, ou pelo menos, algumas partes dela, propiciando um melhor entendimento do paciente e uma ação terapêutica mais abrangente e significativa.

Chegando ao fim desse trabalho percebo o quanto é importante e significativo o papel do Psicólogo Hospitalar pois contribui para a equipe multidisciplinar de saúde participando ativamente da tomada de decisões, principalmente ao fornecer e solicitar mais informações e ao expandir discussões durante as reuniões de equipe. Essas atitudes ajudam a manter uma visão global do paciente e chamar atenção para outros pontos de vista. Suas contribuições são maiores quando os pacientes são acompanhados desde a chegada ao hospital e a equipe do hospital já tem padrões de comunicações bem estruturados para uma abordagem multidisciplinar adequada.

9. REFERÊNCIAS

ALENCAR E.S. *Introdução aos princípios básicos do comportamento*, Petrópolis: Editora, Vozes, 1976.

ALEXANDER, Franz. *Medicina psicossomática: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Editora, Artes Médicas, 1989.

ÁVILA, Lazslo Antônio. *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Editora, Escuta, 2002.

BECKER, Idel. *Pequena história da civilização ocidental*. Companhia. São Paulo: Editora, Nacional, 1973.

BERTALANFFY L. Von. *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Editora Vozes, 1977.

BOCK, Ana; FURTADO, Odair e TEIXEIRA, Maria. *Psicologias. Uma introdução ao estudo de Psicologia*. São Paulo: Editora, Saraiva, 1992.

BUBER, M. *Do diálogo e do dialógico*. São Paulo: Editora, Perspectiva, 1982.

CLONINGER, Susan C. *Teoria da personalidade*. Martins Fontes: São Paulo, 1999. <http://www.cobra.pages.nom.br/ecp-psicanalise.html> Acesso em 12/9/2007.

COIMBRA, José de Ávila Aguiar. O outro lado do meio ambiente. *Considerações sobre a interdisciplinaridade*. Disponível <http://web.cena.usp.br/apostilas/Regina/Polui%C3%A7%C3%A3o/Livro%20-%20Interdisciplinaridade%20em%20Ci%C3%A2ncias%20Ambientais%20-Phillips.pdf> Acesso em: 18/09/2007.

DAMÁSIO, A. *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Editora, Companhia das Letras, 1996.

DAVIDOFF, L. Linda. *Introdução à Psicologia*. São Paulo: Editora, Makron Books (3ª ed.), 2001.

EKSTERMAN, Abram. *Medicina psicossomática: perspectiva para o futuro*. Disponível http://www.psicossomatica.org.br/pdf/revista_psicossomatica.pdf Acesso em 12/9/2007

_____. *Psicanálise, psicossomática e medicina da pessoa*

http://www.medicinapsicossomatica.com/doc/psicanalise_medicina_pessoa.pdf Acesso 12/11/2007

_____. *História da pessoa*. Psicologia médica para profissionais da saúde. s/d. Obra em composição.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. *Teorias da Personalidade*. Editora Harbra, São Paulo, 1986 DIAS, Cláudia. *Grupo focal: técnica de coleta de dado em pesquisas qualitativas*. Nov. 1999.

FAVA, G & Sonino, N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), July, 2000.

FOUCAUL, M. *Microfísica do poder*, 6ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986, p.99-101

FREIRE-MAIA N. *A ciência por dentro*. 4ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.

GARCIA-ROZA L.A. Freud e o Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora: Jorge Zahar, 1975.

GLAZIER, Jack D. & POWEL, Ronald R. *Qualitative research in information management*. Englewood. CO: Libraries Unlimited, 1992.

HAYNAL, A., Pasini, W., & Archinard, M. *Medicina Psicossomática: Abordagens Psicossociais*. Rio de Janeiro: Editora: Medsi, 2001.

HYCNER, R. *De pessoa a pessoa*. Rio de Janeiro: Editora, Summus. 1995.

LAPLANCHE j; PONTALIS, B. J. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2001.

LEWIS H.R.; LEWIS, M.E. *Fenômenos psicossomáticos*. Trad. S.A. Souza. Rio de Janeiro: Editora, José Olympio, 1974.

LIMONGI FRANÇA, Ana Cristina; RODRIGUES, Avelino Luiz. *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 3ª ed., São Paulo: Editora, Atlas, 2002.

LIEBSCHER, Peter. Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. *Library Trends*, v. 46, n. 4, p. 668-680, Spring 1998.

LOPARIC, Zeljko. *Os problemas da razão pura e a semântica transcendental*. 2000. disponível <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/doisPontos/article/viewFile/1964/1630> Acesso em 12/11/2007.

LUZ, Madel T. *O campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas*. Disponível <http://www2.ghc.com.br/GepNet/nepetformacaoprofissionaltexto1.pdf> Acesso em 15/10/2007.

MARTY, P. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Editora, Artes Médicas. 1993

_____. *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Editora, Casa do Psicólogo, 1998.

MCDUGALL, J. *Teatros do Corpo: o psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Editora, Martins Fontes, 1996.

MELLO FILHO, Julio de. *Passado e presente da associação brasileira de medicina psicossomática*. Disponível http://www.psicossomatica.org.br/pdf/revista_psicossomatica.pdf Acesso em 15/10/2007

_____. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Editora, Artes Médicas, 1992.

_____. *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Editora, Edições Tempo Brasileiro, 1986.

MINAYO, M. C. S et al. *Pesquisa social – Teoria, método e criatividade*. Petrópolis/RJ: Editora, Vozes, 2001.

MORENO, J.L. *Pisicodrama*, 2ª ed. São Paulo, Cultrix, 1978, p. 27.

NEMIAH, J. *A psychodynamic view of psychosomatic medicine. Psychosoméd*, 2000.

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*, 4ª ed. São Paulo, Hucitec 1999.

QUEIROZ, M. de S. O paradigma mecanicista da medicina, ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev.Saúde públ.*, S.Paulo, 20:309-17, 1986. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n4/07.pdf> Acesso em 10/10/2007.

RIBEIRO, Elizabeth da Costa. (2004). *A perspectiva de intersubjetividade na abordagem gestáltica*. Disponível em <http://ojs.igt.psc.br/viewarticle.php?id=113&layout=html> Acesso em 10/11/2007.

RODRIGUES, Hugo Elídio. *Introdução à Gestalt-terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora, Vozes, 2000.

ROMANO, B. W. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROZEMBERG, Brani & Minayo, Maria Cecília de Souza. *A experiência complexa e os olhares reducionistas*. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=&nrm=iso&tlng= Acesso em: 27/09/2007.

SANTOS, Aline Silva Gonçalves dos. *Psiconeuroimunologia* <disponível> <http://www.edumed.org.br/cursos/neurociencia/01/Monografias/psiconeuroimunologia.doc> Acesso em 19/10/2007.

SILVA, L.P.P.TONETTO, A M; GOMES W.B. A prática psicológica em hospitais: adequações ou inovações? S.P. Contribuições Históricas, 2006.

SPINELLI, Maria Rosa. Psicossomática. Disponível. <http://www.psicossomatica.sp.org.br/artigos1.html>

SKINNER, B. F. *O comportamento verbal*. São Paulo: Editora, Cultrix, 1978.

RODRIGUEZ- MARIN, J. Em Busca de Modelo de Integracion del Psicólogo em el Hospital. Desclée de BrouWer Biblioteca de Psicologia pp 831-863 2003

TEIXEIRA, Gilberto. *O que significa metodologia ?* Disponível <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=21&texto=1338>. Acesso em 27/10/2007.

TESSER, Charles D; LUZ, Madel T; CAMPOS, Gastão W. S. *Influência da biometria na crise da atenção à saúde: dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente* <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=270164&indexSearch=ID> Acesso em: 15/10/2007.

TRILLAT, E. *História da Histeria*. São Paulo: Editora, Escuta, 1991.

VOLICH, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo. http://www.fae.br/cur_psicologia/literaturas/grandes%20te%F3ricos.pdf *Psicanálise (Sigmund Freud)*. Acesso em 1/11/2007.

WINNICOTT D.W. Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Parte III. *Capítulo XIX – A mente e sua relação com o psicossoma*. Rio de Janeiro: Editora Imago Disponível http://www.bvs-psi.org.br/psilivros/us_resenha.asp?id_livro=1607 Acesso em 19/9/2007.

SITES CONSULTADOS

http://pt.wikipedia.org/wiki/Karl_Popper Acesso em 3/12/2007.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Gaston_Bachelard#Bachelard_e_a_constru. C3.A7.C3.A3o_do_objeto_cient. C3.ADfco Acesso em 3/12/2007.

<http://www.planetaneuws.com/produto/D/99482/edgar-morin-educacao-na-era-planetaria.html> Acesso em 3/12/2007.

http://pepsic.bvs.org.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s1808-4281200c000200012&Ubg=&unt-iso

http://www.igt.psc.br/ArtigosIGT/homenagem_a_laura_perls.htm

<http://www.pnuma.org/educamb/documentos/interdisciplinariade.pdf>

http://www.paulofreire.org/Moacir_Gadotti/Artigos/Portugues/Filosofia_da_Educacao/interdisci_atitude_metodo_1999.pdf. *Interdisciplinaridade: atitude e método*. Instituto Universidade de São Paulo. Acesso em 16 de maio de 2007.

<http://www.geocities.com/HotSprings/Resort/2631/frase2.htm>

<http://www.cursosfacis.com.br/psicossomatica.pdf> programa de psicossomática - pós-graduação facis – ibebe acesso em 5/11/2007.