Amauri Aluisio da Silva

IMPACTO DO AVC NA VIDA FAMILIAR:
Uma contribuição da psicoeducação

Orientador: Professor Doutor Evaristo Vicente Fernandes

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Educação

Lisboa
2011

Amauri Aluisio da Silva

IMPACTO DO AVC NA VIDA FAMILIAR:

Uma contribuição da psicoeducação

Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Educação no Curso de Doutoramento em Educação Conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Evaristo Vicente Fernandes
Co - Orientadora: Professora Doutora Alcina Manuela de O. Martins

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Educação

Lisboa
2011

Agradecimentos

Todo o trabalho é vazio a não ser que haja amor.
Khalil Gibran

O meu sincero agradecimento:

- À Professora Doutora Alcina Manuela O. Martins por tornar possível este Doutoramento em Educação, pela sua habilidade e competência na Vice Direção do mesmo;

- Ao Professor António Teodoro, pela habilidade e competência na Coordenação e Direção deste Doutoramento;

- Ao Professor Doutor Evaristo Vicente Fernandes pela confiança, amizade e competência na orientação deste trabalho, principalmente pela sua generosidade, entusiasmo e dedicação;

- A Professora Doutora Zaida de Azevedo Aguiar pelo apoio e ajuda no tratamento de alguns conceitos que contribuíram para aprimorar a pesquisa;

- Aos Professores da Universidade Lusófona ligados a este Doutoramento dos quais tivemos o privilégio de ser aluno;

- Aos clientes, pacientes (utentes) e seus familiares que compartilharam os momentos de alegria e de tristeza;

- Aos colegas do Doutoramento que deram provas de amizade, pela sua presença e encorajamento;

- A todos os funcionários da ULP ligados a este Doutoramento dos quais contribuíram com todas as informações necessárias para o encaminhamento do processo;

- À minha família por ser o meu maior campo de apoio e sabedoria;

- Aos nossos Pais e aos Amigos que sempre acreditaram no sucesso deste trabalho.

Resumo

Com o aumento dos transtornos provocados por um Acidente Vascular Cerebral (AVC) na vida familiar, as consequencias dessas alterações podem levar ao desenvolvimento de comportamentos e atitudes particulares nos pacientes e nos seus familiares. Realizamos um estudo exploratório descritivo recorrendo ao paradigma qualitativo, tendo em conta a natureza múltipla dos contextos sociais e familiares em estudo. Interessa averiguar de que forma a psicoeducação pode contribuir para a profilaxia dos distúrbios da afectividade do paciente e dos seus familiares pós- AVC. Partindo de casos representativos, efectuou-se uma caracterização diversificada, centrada num trabalho de reeducação sociopsicológico e socioafectivo dos grupos familiares dos pacientes e dos respectivos cuidadores. A avaliação processual focalizou-se em subgrupos de cada família, de acordo com as necessidades individuais e colectivas de cada núcleo. O presente trabalho de investigação alicerçou-se num processo contínuo de avaliação, interligando escolhas, responsabilidades, compromissos e angústias. A perspectiva do fenómeno do adoecer, no século XXI, enquanto percurso de aprendizagem não individual, mas colectivo, implicou a observação participada, nas regiões de Lisboa, Aveiro e Porto. Este estudo demonstra que o tratamento de base familiar, em casos de AVC, contribui efectivamente para a recuperação do trauma físico, para a reinserção social e para a qualidade de vida dos pacientes e respectivos agregados familiares.

Palavras- chave: Acidente Vascular Cerebral, família, psicoeducação e qualidade de vida

Abstract

The increase of collateral damages caused by a stroke (AVC) in family life and the consequences of those damages can lead to the development of behavioral patterns and attitudes in patients and their relatives. We accomplished in this research a descriptive exploratory study recurring to the qualitative paradigm, taking in to account the multiple nature of social and family contexts involved therein. The purpose was to observe the way psycho-education may contribute to the prophilaxis of emotional disturbances in the patient and his/her relatives after a stroke. Departing from representative cases, we conducted a diversified characterization centered on the socio-psychological and socio-affective reeducation of patients' families and caretakers. The evaluation methodology was focused on sub-groups of each family, according to their individual and collective needs. This research is based on a continuous assessment, where choices, responsibilities, commitments and distresses are intertwined. The perspective of the falling ill phenomenon in the 21st Century as a non-individual but rather collective learning path involved a participated observation process in the regions of Lisbon, Aveiro and Porto. This study demonstrates that a family based treatment as in the case of a stroke contributes effectively to the recovery of physical trauma, facilitating social reintegration and improving the well being and quality of life of patients and their families.

Keywords: stroke (AVC), family, psycho-education, quality of life

“ **Onde há muito sentimento, há muita dor ”.**

Leonardo da Vinci

Índice

1.1. Breve Histórico....24
1.2 - Alterações pós-AVCs....28
1.3. Distúrbios cognitivos pós-AVCs....37
CAPÍTULO 2 – DA CAPACIDADE À FUNCIONALIDADE....41
2.1 - Conceitos básicos da (in) capacidade....41
2.2 - Problematizações dos distúrbios cognitivos e funcionais....43
2.3 - Implicações Cognitivas dos AVCs....49
2.4 - Implicações patológicas dos AVCs....53
2.5 - Critérios Neuropsicológicos dos AVCs....54
2.6 - Efeitos Bio-Neurogenéticas das Desordens e dos Distúrbios dos AVCs....55
2.7 - Génese dos distúrbios de início precoce....56
2.8 - Contribuições da Neuropsicologia para os AVCs....57
2.9 - A psicoeducação e algumas Considerações Éticas e Legais....58
PARTE II – DIVERSIDADE METODOLÓGICA DOS....61
DISTÚRBIOS DO AVC....61
CAPÍTULOS 3 – IMPACTOS E PARADIGMAS....63
3.1. O impacto dos métodos....63
3.2 - Os paradigmas da dor biofísica e biopsíquica na Família....71
3.3 - Causas individuais e os seus aspectos neurobiológicos....73
3.4 - Dos efeitos da ansiedade sócio-hospitalar....75
3.5 - Paradigmas psicoeducativos dos efeitos da ansiedade e seus distúrbios....76
3.6 - Paradigmas da psicoeducação no transtorno de pânico....79
3.7 - Efeitos do transtorno de ansiedade generalizada....80
3.8 - Efeitos do transtorno obsessivo-compulsivo....81
3.9 - A casuística na psicoeducação....81
3.10. Da problemática à metodologia terapêutica....85
3.11 - Como avaliar o percurso desse paciente na visão da psicoeducação....91
3. 12 - A Psicoeducação face os efeitos da patologia nos profissionais de saúde....94
3.13 - O Caso do profissional de saúde frente às patologias....97
CAPÍTULO 4 – RESPOSTA DA FORMAÇÃO OSFATORES EMOCIONAIS....127
4.2 - O professor de saúde física e as questões emocionais....138
4.3 - A educação e a emoção....140
4.4 - Objetivos psicossociais dos cuidadores....141
4.5 - Os extremos da educação e da saúde....142
PARTE III – ASPECTOS MEDOTOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO....145
CAPÍTULO 5 – A INVESTIGAÇÃO....147
5.1 - A investigação e a ação nas famílias com pacientes com AVCs....147

5. 2 - A realidade da investigação 156
5.3 - Estratégias metodológicas e suas dificuldades 166
5.4 - Complexidades das intervenções psicoeducativas 170
5.4.1 As intervenções intragrupos e extragrupos sócio-familiares 176
5.4.3 As intervenções familiares e o apoio da interdisciplinaridade 181
5.4.4 As intervenções sócio-afetivas e familiares da proposta metodológica 182
5.5 - Aspecto ético do trabalho sócio-familiar 183
5.5.1 - Causas e consequências psicossociais de doenças na vida familiar 188
5.6 - Classificação de doença crónica associada aos efeitos dos AVCs 191
5.7 - Causas e consequências biofísicas e biopsíquicas de doenças crônicas 195
5.8. Causa e consequência da (In) capacidade biofísica e biopsíquica da doença 196
5.9 - Consequência das fases temporais da doença 198
5.10. Descrição das consequências do desenvolvimento da doença 203
5.11. Análise casuística que envolve a história transgeracional de doença 205
5.11.1. A construção inicial das respostas clínicas 206
5.11.2. Análise casuística que envolve a história de doença 207
5.12. Análise casuística que envolve a interface dos ciclos de vida da doença 211
5.13. A doença psicossomática e o transtorno do AVC 214
5.14 - Fatores Somatizadores da Doença 217
5.15 - Diagnóstico – causa e efeito da sua precocidade 233
5.16 - Efeito da recodificação dos sintomas 234
5.17 - Causa e efeito da abordagem no somatizador 235
PARTE 4 – A FENOMENOLOGIA DO IMPACTO DOS AVCs NA VIDA FAMILIAR 239
CAPÍTULO 6 – OS EFEITOS 241
6.1 - O Psicopatológico nos efeitos dos AVCs 241
6.2 - Fatores que influenciam na reabilitação 264
6.3 - Efeitos das Atividades Biofísicas na Hipertensão 265
6.4. Efeitos dos exercícios na doença e no doente 266
CONSIDERAÇÕES FINAIS 269
VOCABULÁRIO CRÍTICO 275
SIGLAS 278
REFERÊNCIAS 279

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um quadro de distúrbio da função cerebral de origens vasculares que causa sinais focais no corpo. Pode apresentar-se sob a forma isquêmica, em que há uma obstrução dos vasos que irrigam o cérebro causando a morte de células cerebrais, ou de forma hemorrágica com sangramento. Os sintomas são de difícil detecção, até porque a dor não é comum. Os sintomas manifestam-se através de assimetrias difusas pelo corpo, de ordem motora, mudanças na sensibilidade, linguagem, visão e equilíbrio. Um formigueiro na mão, dificuldade súbita para falar, visão turva e dificuldade de equilíbrio são sinais importantes que podem indicar a ocorrência de um AVC.

Normalmente, fazem-se testes em que os pacientes devem sorrir esticar os braços e falar. Se houver sangramento pode haver dor, mas não é comum; por isso as pessoas não identificam a gravidade do problema. No Brasil, a partir de 1996, vem-se constituindo na população brasileira como causa principal de internamento, mortalidade e deficiências, ocorrendo na faixa etária acima de 50 anos, superando até mesmo as doenças cardíacas e o cancro (Ministério da Saúde, 2000). Isto não acontece em países industrializados, já que estas doenças permanecem como as duas primeiras causas de morte (Ragland, 1998), sendo o AVC a terceira e em processo de declínio em alguns deles (Ellekjaer et al. 1997), enquanto outros, que já passaram por esta fase, vivenciam um momento de estabilização (Reistma et al. 1998).

Os AVCs, mesmo quando não são mortais, geram um impacto que conduz com frequência à deficiência parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para ele, para a sua família e a para a sociedade. Isto mostra que o investimento na psicoeducação é relevante, não só para garantir a qualidade de vida dos indivíduos e dos seus familiares, mas também para evitar gastos com hospitalização, que se torna mais oneroso a cada dia, em razão do alto grau de sofisticação em que se encontra a medicina moderna Ministério de Educação & Saúde, 2000. O impacto de um AVC pode assumir uma variedade de formas e é no âmbito sócio-familiar que cada vez mais elas serão resolvidas; por isso os profissionais precisam instrumentalizar-se para adquirir uma visão crítica no sentido de oferecerem serviços especializados com qualidade. Vários estudos reforçam a importância do papel sócio-familiar na determinação do grau de reabilitação do paciente (Griffin, 1980; Mauss-Clum & Ryan, 1981; Reeber, 1992).

No entanto, autores como Young-blood e Hines (1992) complementam que a presença de deficiência física severa num indivíduo provocada pelo impacto do AVC origina uma crise não só para a família, mas para também para ele. A presença de uma doença crônica de longa duração ou permanente, provocando uma incapacidade devido a uma alteração patológica, necessita de um trabalho de reabilitação e períodos longos de controle e cuidados intensivos. Nos últimos anos as enfermidades crônicas têm sido alvo de constantes pesquisas e de actuações por parte dos profissionais de psicoeducação. Nesse sentido, a preocupação diante dos efeitos crónicos dos AVCs deve-se à sua significativa incidência e prevalência, não somente em países considerados do Primeiro Mundo, mas também naqueles em desenvolvimento. Como nos descreve Filho (1999), o processo de envelhecimento da população, somado à queda da taxa de mortalidade resultante dos avanços da medicina e melhoria nas condições de nutrição e saneamento, vem modificando fortemente o cenário da distribuição de enfermidades no mundo, figurando os AVCs e suas situações crônicas como a principal causa de mortalidade e morbidade do homem moderno.

As mudanças de comportamento e hábitos das pessoas também são importantes variáveis que contribuem para um novo quadro de doença crônica. Outra linha de estudos revelou que é uma aspiração de qualquer sociedade o prolongamento da vida. No entanto, só pode ser considerado como real conquista na medida em que se agrega qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de auto-satisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos social e de elaboração de novos significados para a vida da idade avançada.

Do mesmo modo, deve incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e atenção integral à saúde (Vearas, 2009). De acordo com Krollman e Silva (1993), ao indivíduo que se vê diante da situação crônica de uma doença são exigidas mudanças no seu estilo de vida como um todo, o que contribui para a aquisição de sentimentos como angústia, temor e incerteza quanto ao futuro. Este estado de coisas é frequente, e essa nova condição acarreta um impacto negativo em contexto ocupacional, principalmente na sua maneira de lidar ou de se impor nos relacionamentos social e familiar. Assim, este estudo demonstra que a presença de comportamentos agressivos, dependência e isolamento observados, trazem diariamente diversas implicações nas relações do humor afetivo.

Por outro lado, o mesmo impacto de um AVC sofrido pelo indivíduo produtivo também é observado nos seus familiares. Como em qualquer tipo de doença, as mudanças geradas pelo diagnóstico são inevitáveis também para os familiares o que, geralmente, interfere de modo significativo na atitude de enfrentar o AVC pelo indivíduo e seus familiares. O crescimento dos processos de estruturação dos novos contextos sócio-familiares vem exercendo um papel importante em todo processo de relação do indivíduo com a sua doença, com o seu tratamento e a sua adaptação a um estilo de vida como ressaltam Santos e Sebastiani (1996). Para outros, como Malerbi (2002), a Psicoeducação, tem procurado compreender como a doença pode afetar a família, analisando as reações dos familiares à doença de um dos seus membros e como estas reações contribuem para a etiologia, cuidados e tratamento das diversas doenças crônicas. Neste momento, a família sofre diversas modificações no decorrer da sua história.

A família caracteriza-se pela sua formação e organização de grupos seguindo o princípio de descendência ou parentesco, incluindo também laços de afinidades e as possíveis alianças. Este núcleo familiar representa um sistema constituído pelo conjunto de partes representadas por cada membro ou integrante do núcleo familiar, ligadas por regras, história, crenças e afeição que possibilitam a sua integridade, sejam qual for o seu contexto ou tipo de constituição. Para que o sucesso seja alcançado, é necessário que esteja em constante movimento e adaptação, o que favorece as questões da homeostase.

Qualquer mudança abrupta em uma das partes pode provocar alteração em todo o sistema, desequilibrando-o. Sendo assim, alguns estudos descritos por Santos, Zanetti, Otero e Santos (2005), nortearam que o Impacto do AVC e/ou de outra doença degenerativa em um dos membros, principalmente na fase produtiva, é um fator de ruptura que vem desencadear mudanças violentas nos papéis e na estrutura da família, forçando-a a desenvolver uma nova dinâmica, em que se inclui o ato de cuidar um dos outros. Diante do exposto, Santos, Ladim, Lima e Sena (2007) descreveram que o domicílio é um importante espaço onde o paciente pode manter a sua estabilidade e controlar os efeitos dessa patologia. Desta forma, a família assume uma grande responsabilidade na prestação da atenção à saúde biofísica e biopsíquica, na medida em que arca com os cuidados exigidos pelo tratamento da patologia e sua cronicidade, prevenido novas seüelas. Cumpre, porém, destacar que a função da psicoeducação é prestada, na maioria das vezes, pela figura de poucos ou apenas um único membro do grupo de saúde, ou pela figura do chamado cuidador principal.

Este é aquele que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio ao indivíduo paciente, pertencendo geralmente ao seu núcleo ou sistema familiar. Como demonstram Saraiva et al. (2007), na nossa cultura ocidental é tradição que o cuidador seja pertencente ao sexo feminino, e na maioria dos casos esse cuidador é também uma pessoa frágil, com certa debilidade física ou mental, por conta da própria idade. Diversos são os fatores que levam as famílias, portadoras de integrantes limitados por tal patologia, a apresentarem tantas dificuldades, em lidar com este momento, trazendo perturbações face à tomada de decisão clínica, mecanismo que mobiliza a tríade terapeutas-paciente-famílias e sem a qual teremos um prejuízo substancial no desenvolvimento das etapas do processo de intervenção clínica.

Compreendendo-se a psicoeducação como uma abordagem que promove o resgate de potencialidades referentes ao fazer, sentir, agir, criar e recriar, o ser experto agora paciente, graças à sua ajuda, passa a interagir com a perda de maneira a facilitar o resgate da sua auto-estima, independência e autonomia. Assencio-Ferreira (2005) refere que "não existe nada mais inteligente e intrincado para o cérebro do que capacitar-se". Torna-se necessário adequar à participação eficaz e efetiva da família no processo terapêutico sem que isto mobilize nestes familiares condutas de autocomiseração e punição, pois, neste momento delicado, os pacientes não suportam que lhes sejam somados mais espólios sejam qual for à natureza destes.

A motivação para o tema em estudo

Além dos diversos motivos que nos impulsionaram a querer saber mais sobre as repercussões do Impacto do AVC na vida familiar, principalmente quando atinge uma pessoa na fase produtiva, tem por base a nossa vivência e experiência profissional nos Hospitais, nos Consultórios e nas Universidades em que leccionamos por nos fornecer uma base teórico-empírica para a compreensão do processo cognitivo e para a importância na construção do mesmo e, consequentemente, nos processos psicoeducactivos do Impacto do AVC na Vida Familiar e a sua repercussão na dinâmica da família. O tema proposto neste estudo surgiu a partir da nossa prática realizada no atendimento a pacientes portadores de diversas patologias apresentadas pós o AVC no ambulatório do Hospital de Aeronáutica de Recife, no Hospital da Restauração e no Consultório Particular desde 1993 e, também, com uma larga experiência na Europa.

O aumento da esperança de vida, a mudança no perfil de doenças do tipo AVC, hoje de evolução lenta e com forte influência incapacitante, constituem um dos maiores problemas que a medicina preventiva e curativa tem vindo a enfrentar (Paúl &Fonseca, 2001). A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceptualiza a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de afecção ou doença, porém é um conceito subjetivo com a finalidade apenas de prevenir e curar doenças (Mezomo, 1992). A Psicoeducação compreende e entende que o trabalho na vida de um indivíduo ocupa uma porção significativa do seu tempo e é por meio do trabalho que a pessoa consegue a sua identidade pessoal e reconhecimento social, ou seja, o trabalho é entendido como parte integrante e essencial da vida numa sociedade produtiva.

O trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem, e, dependendo da forma como está sendo executado e organizado, pode ser gerador de fatores desgastantes e potencializadores dos processos saúde-doença, levando o trabalhador ao adoecimento biofísico e biopsíquico e à morte (Nunes, 2010; Barbosa, 2001; Haddad, 2000). Essa perda da função produtiva é causa de grande tormento, principalmente se estiver relacionada com a incapacidade para o trabalho, que é um dos instrumentos que dinamizam e viabilizam as relações sócio-familiares. Sem dúvida, esta situação laboral significa uma atividade sem razão de ser, por ser tido como parte complementar de algumas das atribuições que possibilitam ao indivíduo cumprir geralmente o papel de provedor; a habilidade da família para enfrentar esse momento, em que um elemento que integra é atingido por um AVC, passa por um processo de stress nas intervenções, nos cuidados e nos tratamentos desse paciente.

A família colaboradora apoia o paciente e enfrenta as crises, pautada na história de vida, no plano emocional do paciente e dos cuidadores da saúde, mas outras famílias tomam atitudes de alienação, superproteção e, às vezes, passam a negligenciar o tratamento, porque têm dificuldades interpessoais e procuram não se comprometer. Estudos feitos neste âmbito (Caldas & Carneiro, 2006; Saraiva et al., 2007) indicam que as dívidas de reciprocidade, legados, transmissões geracionais, mitos e regras, constituem importantes causas que concorrem significativamente para o surgimento da figura da pessoa do cuidador, assim como os demais elementos situacionais, psicossociais, socioculturais e de personalidade. Os efeitos do Impacto de um AVC na Vida Familiar podem definir o grau de incapacidade e dependência do indivíduo e da sua patologia, determina o tipo de assistência necessária, tornando-se desse modo um desafio para o cuidador principal.

A sobrecarga, o impacto e a interferência, são geralmente utilizados para descrever as causas e as consequências do ato de cuidar. Para além destes termos, Machado et al., (2007) subdividem a sobrecarga em subjetiva e objetiva. Na primeira subdivisão, os autores referem-se ao stress biofísico e biopsíquico sofrido pelo cuidador, enquanto na segunda a referência centra-se nas dificuldades sociais advindas do próprio ato de cuidar. Estes casos, por falta de colaboração mútua, ocorrem tanto no paciente como na família. E, tanto o paciente como os seus familiares, entra num processo de crucificação e às vezes degeneração, principalmente a família, quando passa a lidar com a depressão, a hostilidade, os delírios, a impotência e a angústia de ter de confiar o paciente aos cuidados de estranhos.

Daí que a perspectiva de cuidar do paciente cause medo e ansiedade na família, o que pode levar a fugas instintivas por falta de orientações. A prestação de cuidados pode provocar mudanças no modo de viver do cuidador e gerar modificações e insatisfações na sua qualidade de vida. Como norteiam Beck e Lopes (2007), o ato de cuidar traz prejuízos generalizados à vida do cuidador. Tais prejuízos são apontados nas seguintes áreas: no trabalho – prejuízo que por sua vez provoca um impacto financeiro relevante; relacionamento conjugal; cuidado pessoal e relações sociais. A influência da sobrecarga nas atividades e a indisponibilidade de ajuda da própria família são fatores que contribuem para a limitação na rotina dos cuidadores, não lhe restando tempo suficiente para os cuidados pessoais necessários (Bocchi, 2004).

Por haver muitas causas para não-aceitação em pedir ou aceitar ajuda, o cuidador vivencia um stress vinculado à necessidade de se adaptar ao ambiente físico, pois em muitos casos ocorre a mudança do paciente para sua casa (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006). A saúde biofísica e biopsíquica do cuidador principal são muito comprometidas. É gerelmente encontradas nos cuidadores a presença dos distúrbios do sono, do apetite (perda de peso ou aumento de ingestão de alimentos) e do humor, quadro de encefalogia, fadiga e sumarizações, assim como perturbações na atividade sexual. Estudos indicam que a intervenção psicoeducativa com os cuidadores principais facilita um melhor manejo do paciente, resultando na diminuição do impacto sofrido, dinamiza a maneira como cuidar do indivíduo paciente e o modo como ele entende o ato de cuidar (Freitas & Jorge, 2007). Assim, é importante ressignificar as crenças e os valores individuais e coletivos, transformando em benefícios do paciente e do próprio cuidador.

A divisão de tarefas e responsabilidades, aceitação do apoio de outros e de novas técnicas de revezamento, podem diminuir a sobrecarga que o cuidador assume, possibilitando o seu retorno às atividades e aos comportamentos anteriores ao adoecimento, tais como as inclusões do trabalho, do lazer e do autocuidado; no entanto, a psicoeducação entende que não podemos ter tanta certeza que as famílias ofereçam um cuidado humanizado e adequado às necessidades dos seus pacientes (Caldas, 2002).

Desse modo, estas reflexões nortearam a minha questão de partida: **que forma a psicoeducação pode contribuir para a profilaxia dos distúrbios da afetividade do paciente e dos seus familiares pós- AVC?**

Esta problemática levou-nos a um conjunto de passos metodológicos, que se foram concretizando com os objetivos daquilo que pretendemos e com a finalidade do estudo, passando pela seleção dos informantes, as questões do método de recolha das informações, tratamento dos dados, análises dos dados e outras questões que foram surgindo, às quais foram sendo levantadas e tratadas durante a pesquisa realizada no âmbito da psico-educações.

Sílvio Bueno, (2004) entende que a Psicologia é uma Ciência que, partindo da observação dos fatos biopsíquicos, determina as suas causas e suas leis; trata da mente e de fenómenos e atividades mentais. É uma Ciência do comportamento animal e humano e, também, tem sua relação com o meio biofísico e biopsicossocial.

Este pensamento complementa-se com os conceitos de Aurélio (2004), que compreende a Educação como sendo uma ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações jovens para adaptá-las à vida de acordo com as necessidades, ideias e propósitos dominantes; ato ou efeito de educar, aperfeiçoamento integral de todas as faculdades humanas; desenvolver e orientar as aptidões do indivíduo de acordo com os ideais de uma sociedade determinada; aperfeiçoar e desenvolver as faculdades biofísicas, biopsíquicas e morais; de ensinar, instruir, domesticar, adestrar, aclimar, cultivar o espírito.

De acordo com esses autores, podemos inferir a necessidade de um método que se proponha conduzir essa problemática do Impacto do AVC na Vida Familiar**,** adequando o processo que interagirá nessa relação de afeto e emoção de maneira permanente e progressiva. O contexto de relacionamento simbiótico poderá também sofrer o impacto dos mecanismos da psicoeducação aperfeiçoada e capaz de modificar os atuais conceitos da relação dos efeitos do impacto da patologia na vida desta ou de outra família.

Em grupo sócio-familiar, os pacientes pós-AVC poderiam ter a compreensão da psicoeducação na dinâmica do comportamento e elaborar alguns conflitos não resolvidos, o que pode facilitar a reorganização da personalidade (Silva Filho, 2000). Segundo este autor, o recurso sócio-familiar estimula uma melhoraia da espontaneidade do paciente com possíveis síndromes afetivas e emocionais.

Perante o enquadramento explicitado formulam-se os objetivos que se seguem:

Objetivo geral:

- Estudar casos de repercussões afetivo-emocionais relativamente ao tratamento de base familiar, tendo em vista a recuperação e reinserção social do paciente com AVC.

Objetivos específicos:

- Analisar o impacto do AVC em contexto familiar;
- Caracterizar as preocupações da doença e do impacto desta na vida familiar, através de estudos de multi-casos;
- Descrever as questões do AVC, do paciente e da aprendizagem global no seio familiar;
- Verificar de que forma a aprendizagem em comum no agregado familiar, contribui para uma melhoria da qualidade de vida do paciente e familia.

Estes estudos de casos descrevem quadros clínicos e tratamentos que confirmam, ampliam e às vezes contradizem o conhecimento defendido atualmente na teoria e na prática. Este trabalho tem o papel primordial de ligar a prática psicoeducativa à prática clínica quotidiana. Com interpretação geralmente limitada, a descrição pormenorizada de um caso clínico pode oferecer, no entanto, as bases para futuras hipóteses de pesquisa. No caso específico do AVC, foram norteadas as alterações cognitivas e afetivas frequentes, tanto na fase aguda quanto no período de reabilitação, tornando fundamental a sua investigação.

Outros estudos foram extraídos do banco de dados MEDLINE (Pub-Med), utilizando as palavras-chave *stroke and executive* (198 artigos, com vários analisados na íntegra), *depression and stroke or cerebrovascular accident* (184). Destes, foram selecionados vários artigos dos quais trata o presente estudo. Para, além disso, foram incluídas várias obras de referência para apresentar dados já estabelecidos sobre a problemática, como a caracterização do AVC, do humor afetivo e outros.

O estudo descritivo exploratório afigura-se-nos importante por integrar os fatores da aprendizagem desenvolvimento caracterizar as preocupações de uma forma generalista e não apenas especialista do adoecer com a família. Esta investigação foi organizada em quatro Partes.

Parte I - Oferece uma descrição das alterações pós AVCs mais importantes, reflete amplamente sobre as intervenções psicoeducativas como suportes aos pacientes e familiares, cobre os métodos e técnicas cada vez mais úteis para os sistemas de educação, informação e reeducação, sob o ponto de vista tanto teórico quanto prático, e faz indicações numa tentativa de relacionar o pragmático com a doutrina e os conceitos aplicados as questões do humor afetivo. Esta revisão orienta uma reflexão sobre as alterações encontradas em pacientes pós-AVCs, seus efeitos nos países industrializados, principal causa de internamento, limitação funcional e mortalidade, superando as demais doenças cardíacas e o cancro. Focaliza-se sobre as alterações cognitivas associadas aos AVCs proprioceptivas e visuais. As questões da sensibilidade superficial que contribui par o aparecimento de disfunções perceptivas e as questões relacionadas ao risco da automutilação. Segue uma sequência de descrição sobre as complicações neuropsiquiátricas que são indicações determinantes da incapacidade. Entre as dificuldades mais citadas, a depressão é a mais presente e tem sido associada a um dos piores prognósticos para os pacientes pós-AVCs. A depressão compromete o grau de capacidade das diversas atividades da vida diária, interfere nas atividades de extrema importância na realização pessoal, profissional, social e sexual do individuo.

Parte II – Vai contribuir com apresentação de algumas necessidades da dimensão problematizadora da psicoeducação/psicanálise aplicados aos diversos casos clínicos pesquisados e analisados através dos conceitos aplicados à psicoeducação, tanto os diagnosticados, como àqueles que foram emergindo associados aos distúrbios de humor e da ansiedade. Os temas específicos dos efeitos e dos paradigmas trataram de estudar as relações deste humor afetivo nos cuidadores internos e externos que permeiam o quotidiano de trabalho e influenciam a saúde biofísica e biopsíquica destes profissionais e dos familiares.

Parte III - É constituída pela apresentação dos procedimentos metodológicos que suportam o estudo. São analisados os aspectos metológicos da investigação com exemplos de casos que envolvem a realidade e a estratégioa de uma investigação com familiares e cuidadores de um paciente pós-AVC. Foi elaborada uma seleção das amostras e dos casos modelo de investigação e da ação que orientou o estudo, passando pelos instrumentos necessários para a

descrição dos casos levantados, até aos principais procedimentos éticos entre os profissionais, familiares e pacientes. Todas as descrições foram fundamentadas em proposições teóricas generalista das diferentes técnicas apresentadas. Fala sobre as fontes secundárias que foram utilizadas, explica a finalidade deste trabalho, desenvolve, esclarece e modifica algumas idéias, fornece caminhos para novos desenhos de investigação.

Facilita e delimita o tema pesquisado, orienta as quetões objetivas e vai descobrindo novos conhecimentos numa abordagem de estudos de caso.

Parte IV – Esta parte do trabalho descreve a forte influência da fenomelogia existencial que enaltece o conhecimento empírico e sua forma de escolha da redação escolhida para explicar o pensamento e a ação que promove uma reflexão e estimula o debate entre os educadores e invetigadores. A formação dos profissionais, as diversas formas de lidar com os indivíduos com inquietações de comportamentos e condutas; a dismistificação do conhecimento dos instrumentos de investigação; as transferências de saúde e doença no ciclo de vida familiar, o papel da especialização e seu reconhecimento fundamentação das ciências e dos fenômenos biofísicos e biopsíquicos. Como enfrentar o mundo e suas diferenças e indiferenças; descreve, também, os meios para assessorar alguém que se sente ameaçado pelo sofrimento contínuo, esclarece sobre as inatividades imaginárias e suas representações e manifestações, as mudanças de condutas e as explicações psicoeducativas para tais situações.

O Capítulo 2 – recomenda caminhos e referencias que capacitam e incapacitam os indivíduos e levanta questões sobre os estudos dos instrumentos que são utilizados na avaliação da qualidade de vida;

O Capitulo 3 - oferecem o impacto dos métodos e os passos tomados para se alcançar os objetivos do estudo. Este capítulo apresenta ainda a análise dos casos e das amostras;

O Capítulo 5 – proporciona uma visão dos conceitos e das definições da metodologia que moveram o estudo do inpacto dos AVCs e seus efeitos na relação com a família;

O Capítulo 6 – norteia caminhos para o sucesso com as orientações psicoeducativas, ou seja, interferir na incapacidada sócio familiar;

- Concluímos com uma concentração final.

PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA

"Ainda não vi ninguém que ame a virtude

tanto quanto ama a beleza do corpo"

.

(**Confúcio, 551 a.C. - 4790 a.C**.)

CAPITULO 1 - DISTURBIO PÓS-AVCs

1.1. Breve Histórico

De acordo com Zétola et al. (2001), os estudos vêm demonstrando que 10% dos indivíduos atingidos por acidente vascular cerebral têm idade inferior a 55 anos e 3,9% inferior a 45. A partir desta compreensão, os anteriores autores afirmam haver o desenvolvimento de um impacto individual e socio-económico, visto que a maioria dos atingidos pelo AVC faz parte da população que vive num período de profundas transformações pessoais e relacionais, numa fase produtiva em que os seus integrantes se apresentam de forma mais ativa. No entanto, existe também uma preocupação com a aparência e com as realizações pessoais, bem como uma fase de questionar profissional em que ocorre uma revisão de posições e reformulações quanto ao futuro.

Face à complexidade do conturbado momento, com todos os danos que o acidente vascular cerebral acarreta, a família e o paciente podem estar fragilizados e inseguros em lidar com a situação de perda. Perda no seu sentido mais amplo, desde perdas de papéis produtivos dentro do mecanismo familiar (provedor, patriarca) e sócio-económico, em consequência das decorrências que interferem no desempenho ocupacional com prejuízo importante na independência e na autonomia. A perda da função é causa de grande tormento, principalmente se estiver relacionada com a (in) capacidade para o trabalho. De acordo com Sarti (2003) "o trabalho é o instrumento que viabiliza a vida familiar" e significa uma atividade sem razão de ser.

Com a evolução desse conceito, o trabalho é tido como parte complementar das atribuições familiares, segundo as obrigações que caracterizam as relações familiares, além de possibilitar ao indivíduo cumprir o papel de provedor. A habilidade da família para enfrentar esse momento (ter um dos seus integrantes atingido por um AVC) é importante no processo de tratamento. A família colaboradora apoia o paciente e enfrenta as crises pautadas na história de vida do ciclo familiar. Algumas famílias tomam atitudes de alienação, superproteção e negligência, tendo dificuldades de comprometer-se, o que impede o planeamento do futuro (Versluys, 1989). No entanto, o mesmo autor afirma que outras reações incluem ansiedade ao lidar com os comportamentos do paciente, isto é, depressão, hostilidade ou delírio e a impotência sobre a possibilidade de influenciar a recuperação.

A perspectiva de cuidar do paciente causa medo e ansiedade na família, o que pode levar a fugas instintivas. Assim, o terapeuta deverá revestir-se de instrumentação científica, conhecendo as bases teóricas de outras disciplinas, entre elas a terapia psicoeducativa, ocupacional, neuropsicológica e outras, norteando o processo de intervenção clínica junto da família e do paciente de maneira a que estes não vejam apenas as seqüelas deixadas pela patologia, mas uma possibilidade de interagirem como família de fato, facilitando, assim, a compreensão na assistência ao seu integrante, agora paciente, e ao comportamento familiar no contexto social. E, de acordo com a literatura, entendendo-se a família não como uma entidade estática que está em constante processo de mutação, faz-se necessário compreender a família e o indivíduo concomitantemente.

Podemos entender que cada indivíduo inserido no seu contexto familiar representa diferentes papéis e que o seu comportamento é influenciado e modificado intensamente, já que nada se passa de forma única. As alterações são encontradas ao longo da vida e asseguram a continuidade e o crescimento biopsicossocial de seus membros (Andolfi, 1984; Cerveny, 2002; Berthoud, 2002). Assim, a família torna-se um laboratório das relações humanas, pois aí serão testados e aprimorados os diversos modelos de convivência, em busca do aproveitamento máximo dos potenciais humanos para a criação de uma sociedade harmoniosa e promotora do bem-estar colectivo (Osório, 1996). Mediante estas reflexões, o caminho da aquisição dos instrumentos simbólicos sociais será dado através da produção de conhecimentos, informações, do lúdico, enfim, tudo vivenciado de forma empírica, para que a aprendizagem ocorra de forma simbólica, e ao mesmo tempo possa subjetivar as construções e elaborações da aprendizagem para que ocorram as transformações no seu mundo interno e, conseqüentemente, nas suas relações sociais (Pulaski, 2002).

Daí o fato de devermos acentuar a capital importância das intervenções psicoeducativas como suportes aos pacientes e familiares que sofrem de AVC, métodos e técnicas cada vez mais úteis para os sistemas de educação, informação e reeducação verificarem o grau de eficácia dos seus programas, permitindo melhorá-los. Do ponto de vista histórico, o Acidente Vascular Cerebral é conhecido clínicamente desde a antiguidade, quando os gregos o denominavam de apoplexia – *ser atingido súbito e violentamente* (Collins, 1997). Para Davies (1996), 25% das pessoas gravemente incapacitadas são hemiplégicas. A lesão cerebral causada por doença vascular constitui um imenso problema para qualquer população e civilização.

Ainda com a mesma autora, estudos holandeses, americanos, filandeses e suíços revelaram que em países ocidentais espera-se que uma média de 320-400 pessoas por ano, de cada 100 mil, sofra o primeiro AVC. Para Cailliet (1981), frequentemente, a seqüela neurológica é unilateral, caracterizada por uma hemiplegia ou hemiparesia. Por hemiplegia entende-se o lado do corpo paralisado e por hemiparesia a diminuição dos movimentos de um corpo (Trombly, 1989). O AVC pode ser de origem isquêmica: como a trombose e embolia, ou hemorrágica como a hemorragia (Collins, 1997). De acordo com Pulaski (2002) e Versluys (1989), o AVC é um ataque de caráter abrupto que acarreta vários danos ao indivíduo, de ordem motora, senso-perceptiva e cognitiva, além de conflitos de dependência, raiva e perda associados à repentina e traumática instalação da enfermidade.

Caracteriza-se por uma agressão neurológica focal causada por alterações da circulação sanguínea cerebral cujos déficits irão depender da área afetada e da sua extensão (Ares, 2000). Segundo Rolland (1995), o AVC é uma enfermidade em que as mudanças afetivas e instrumentais ficam comprometidas num tempo mais curto, exigindo da família uma mobilização da capacidade de lidar com a crise. É um dos traumas mais devastadores para a personalidade como um todo, que constitui um golpe nefasto para a pessoa diretamente afetada, para a sua família e amigos (Davies1996). O indivíduo atingido por um AVC apresentará a sua imagem corporal alterada, com um conceito de corpo distorcido do real, bem como a quebra do seu esquema corporal.

A imagem corporal é um importante componente do complexo mecanismo de identidade pessoal. De forma simplificada, a imagem que uma pessoa tem de si mesma forma-se a partir da imagem idealizada ou que se deseja ter, a imagem representada pela impressão de terceiros e a imagem objetiva ou a que a pessoa vê, olhando e sentindo o seu próprio corpo (Mello, 1992). No entanto, o homem contemporâneo vivencia conflitos permanentes em todos os seus aspectos, procurando respostas para as suas questões e, em consequência, a família entra num processo em que as suas crises precisam ser discutidas e entendidas sob um novo ponto de vista, uma vez que as relações podem passar a ser conflituosas, favorecendo a inversão de papéis, o que acaba por prejudicar a dinâmica familiar e gerar dificuldades na interação entre os seus membros (Neto; 1998). De acordo com Cerveny (2004), o grau de desorganização familiar decorrente de uma doença grave, que pode causar uma degeneração num membro é muito grande e todo o indivíduo enfrenta a ameaça de “morte”.

No entanto, o isolamento social e funcional causado pelo aparecimento de tais patologias cria uma sobrecarga no sistema familiar quanto aos aspectos de cuidado referentes ao desempenho do indivíduo, agora paciente. Ainda de acordo com Cerveny, a aceitação do fato depende em grande parte da história de cada família, nomeadamente dos alicerces familiares pautados nas crenças, valores e experiências anteriores, nos aspectos culturais, políticos, ambientais, económicos e religiosos. A presença deste integrante, agora apresentando seqüelas biofísicas e biopsíquicas, fará com que cada membro da família redefina o seu papel para atender as necessidades da procura (da nova situação), o que muitas vezes acaba por sobrecarregar um dos membros da família. E é nessa família que esse indivíduo agora paciente e com as suas limitações (motoras, sensitivas, cognitivas, etc.) aprenderá e comprovará continuamente que, apesar dos seus limites, é-lhe permitido ser.

Cerveny (2004) citando Krynki (1983) classifica a família em seis grupos, quando enfrenta uma patologia com grande complexidade.

1. Famílias que por ignorância lidam com a doença na medida do possível e do aceitável.

2. Famílias que se desagregam rapidamente de forma total ou parcial por incapacidade de aceitação e restabelecimento da homeostase.

3. Famílias que buscam uma relativa adaptação do novo status, baixando o seu nível para satisfazer as prioridades do seu integrante agora paciente.

4. Famílias que aprendem a conviver com o seu integrante paciente mesmo não aceitando a realidade e que continuam buscando soluções para satisfazer as suas dificuldades com aparente capacidade de adaptação.

5. Famílias que, embora sem condições iniciais, conseguem restabelecer a homeostase e enfrentar a situação.

6. Famílias com alto padrão cultural e adaptativo que, conhecendo e reconhecendo o grau de complexidade da situação, aceitam melhor e conseguem restabelecer o clima de integração e normalização familiar.

Ainda de acordo com a autora, podemos encontrar famílias que vêem neste indivíduo, agora paciente, uma válvula de escape, considerando que ele é o problema. Conhecendo-se a família como um sistema em evolução, é vital a participação de todos os seus membros na integração do indivíduo paciente.

Quando o núcleo familiar é bem estruturado e a relação com o paciente é boa, o processo terapêutico desenvolve-se melhor, mesmo em situação clínica mais complexa (Mello, 2004). No entanto, estes estudos demonstram que a participação familiar nos cuidados e precauções com o paciente hemiplégico é um dos fatores fundamentais no desenvolvimento das etapas do programa de tratamento. O contato direto desta família com cada membro que compõe a equipe interdisciplinar levará ao reconhecimento desse apoio, o que é significativo para o seu integrante agora paciente para que recupere a sua auto-estima e sua independência funcional (Carvalho et al, 1985). A partir deste nosso trabalho de investigação, esperamos ajudar a contribuir para um melhor entendimento das relações entre o AVC e os familiares, de maneira a considerar a ciência como um todo, dentro de uma perspectiva interdisciplinar

1. 2 - Alterações pós-AVCs

O AVC é um dos quadros nosológicos mais consistentes. Pode ser definido como o início abrupto ou em forma de crise de sintomas neurológicos focais ou globais causados por isquemia ou hemorragia no cérebro ou à sua volta (Radanovic, 2005) e pode levar a distúrbios incapacitantes, como alteração do campo espacial e visual, falta de sensibilidade, caminhar, dificuldades de execução da atividade de vida diária (AVD), alterações do humor, entre outras.O AVC constitui-se numa patologia de alta incidência, acompanhada de alta taxa de morbi-mortalidade, sendo a terceira principal causa de morte nos países industrializados (Gagliardi, Raffin & Cabette, 2001; Radanovic, 2005).

A literatura indica que o AVC é considerado a causa primária de incapacidade após sua instalação, com prevalência de aproximadamente 900 em cada 100 mil pessoas (Gagliardi et al., 2001). De acordo com a OMS, mais de cinco milhões de pessoas morrem todos os anos devidos ao AVC, sendo o distúrbio neurológico mais comum em adultos (Radanovic, 2005). Alguns estudos epidemológicos demonstraram que a incidência do AVC é maior em indivíduos idosos, cuja taxa de sobrevivência declina de acordo com o avanço da idade. Estudos realizados por Neves, Fontes, Fukuujima, Matas e Prado (2004) indicaram que 67% dos pacientes pesquisados estavam na faixa etária entre 75 aos 84 anos e 79% acima de 85 anos. A partir de 1996 o AVC tem sido considerado uma das principais causas de internamento, limitação funcional e mortalidade, superando até mesmo as doenças cardíacas e o cancro (Bocchi & Angelo, 2005).

Segundo estes autores, desde a década de 1940 que o Brasil vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade, na qual ocorre um aumento por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente o AVC. Esse mesmo estudo refere ainda que, mesmo quando não são fatais, estas patologias levam com frequência à dependência parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para ele, para os seus familiares e a para a sociedade. Após o impacto do AVC, são várias as queixas neurocognitivas. Levando-se em conta as suas diferentes características e manifestações, a investigação de áreas atingidas pelo impacto do AVC tem vindo a facilitar a comparação dos resultados dos diferentes estudos sobre os prejuízos cognitivos dos fatores relevantes, com a presença da depressão.

Os AVC são definidos de acordo com o aspecto patológico, ou seja, isquémico ou hemorrágico (Evaristo, 2005). Dentre os prováveis mecanismos determinante do AVC estão à trombose de grandes e pequenas artérias e embolia de origem cardíaca. Conforme Yamamoto (2005), o acidente vascular hemorrágico (AVH) possui múltiplos mecanismos como fator etiológico, sendo o principal a hipertensão arterial. De acordo com esse estudo, os AVCs ocorrem quando o suprimento sanguíneo a uma área do Sistema Nervoso Central (SNC) é interrompido, podendo ser devido à inflamação dos vasos sanguíneos, hipertensão arterial, má-formação de um vaso sanguíneo, doença cardíaca, diabetes, e outras. Seja qual for a causa, os efeitos instalam-se sempre com rapidez, provocando conseqüênciais devastadoras no tocante à capacidade biofísica e biopsíquica do paciente e dos seus familiares (Neves et al., 2004).

Quanto às alterações cognitivas associadas ao AVC, Shiv et al. (2005) afirmam que as sensoriais são mais frequentes e observáveis no caso de lesão neurológica do hemicorpo que são identificadas como déficits sensoriais superficiais, proprioceptivos e visuais. A diminuição e/ou abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica, dolorosa e outras) contribui para o aparecimento de disfunções perceptivas (é comum alterações da imagem corporal, negligência unilateral) e para o risco de automutilações. A redução da sensibilidade proprioceptiva contribui para a perda da capacidade para executar movimentos eficientes e controlados, para a diminuição da sensação e noção de posição e de movimento, impedindo e diminuindo novas vivências motoras no hemicorpo afetado pela patologia. Autores como Haan, Nys e Zandvoort (2006), indicaram que os distúrbios do campo visual são bastante comuns em indivíduos que sofrem de seqüelas pós-AVC.

O distúrbio visual mais comum é a hemianopsia homônima (cegueira da metade nasal de um dos olhos e da metade temporal do outro olho), um *déficit* visual que contribui para a diminuição do nível de consciência e para a diminuição da noção do hemicorpo afetado (onosognosia), muito frequente em pacientes com seüelas de AVC no hemisfério direito. Diante dessa situação, após a ocorrência de um AVC poderão estar presentes diversos *déficits* perceptivos. O grau de relevância vai depender do tipo e extensão da lesão. As lesões do hemisfério não dominante produzem distúrbios da percepção. Estudos de Desmond, (2004) indicam que os distúrbios podem ser ao nível da figura de fundo, posição no espaço, constância da forma, percepção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica.

A agnosia e a apraxia são alguns dos distúrbios encontrados com frequência em pacientes pós-AVC. A agnosia consiste na incapacidade de reconhecer objetos familiares de uso pessoal, e de lhe dar função, ainda que os órgãos sensoriais não estejam lesados. A apraxia consiste na incapacidade para programar uma sequência de movimentos, apesar das funções motoras e sensoriais estarem aparentemente conservada. Todos esses distúrbios poderão igualmente surgir com alterações da imagem e esquema corporais, onde se incluem as negligências unilaterais e falhas na discriminação esquerdo-direita (Shiv et al. 2005). Alguns estudos indicam que os problemas de linguagem são frequentes nos indivíduos que sofreram um AVC devido à obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo (Brass et al. 2005).

A afasia é uma perturbação que resulta da lesão cerebral localizada em estruturas que se supõe estarem envolvidas nos processos de linguagem e que pode star incluída nas alterações da capacidade de expressão ou compreensão, tanto na fala como na escrita. Estas disfunções da fala podem ser encontradas nas alterações ou no comprometimento do aparelho fonador. As disfunções mais comuns são a disartria, que é a dificuldade para articular a palavra, e a disfonia, que vem com alterações ou enfraquecimento da voz (Nys et al., 2005). De acordo com Terroni, Leite, Tinone e Junior (2003), estas limitações nem sempre se devem ao *déficit* neurológico em si. As complicações neuropsiquiátricas têm sido indicadas como fatores determinantes da incapacidade do paciente que sofreu um AVC. Entre as complicações mais citadas, a depressão é a que mais tem sido associada a um dos piores prognósticos. A depressão não é apenas uma doença da atualidade. Autores como Andrew (2002), entendem que há uma grande ligação entre a história do pensamento ocidental e a depressão.

Andrew estabelece uma divisão da depressão em períodos da história desde a antiguidade até a época presente. Segundo o autor, durante muito tempo o entendimento dos processos depressivos era influenciado pelas crenças religiosas na Idade Média, não dando lugar aos conhecimentos adquiridos pela ciência moderna. Entendemos que o significado da psicopalogia da depressão pós-AVC, segue o mesmo caminho que a angústia. A depressão reflete uma falha, pelo menos parcial, dos mecanismos de defesa elaborados. Traduz-se por uma regressão do Ego, que abandona todos, ou parte, dos investimentos anteriores, para se voltar sobre o seu mundo interno. Zimmer (2004) também apresentou um interessante caminho das relações entre o cérebro e as emoções.

Nesse desenho, Zimmer ressalta as ideias aristotélicas sobre as faculdades da alma racional coordenadas pelo cérebro e que supria o corpo de calor vital e apresenta as diferentes correntes científicas nos seus conflitos com os dogmas da igreja. Em oposição às idéias hipocráticas, a visão de Aristóteles sobre a depressão considerava que nas pessoas de temperamento levemente melancólico era comum, mas quando este temperamento se manifestava em alto grau seriam indivíduos deprimidos. Nesse percurso, a vergonha e a culpa distinguem-se dos grandes tipos de vivência psíquica na depressão: a depressão ligada a um conflito dominante com o Superego e suas proibições tendo como pano de fundo, caso seja obedecido, a perda do vínculo afetivo com as figuras parentais e onde o traço dominante é o sentimento de culpa, e as depressões com predominância do sentimento de vergonha e inferioridade, efeitos da comparação com um Ideal de Ego exigente.

No entanto, as manifestações da depressão podem ser extremamente variadas e enganadoras. Ao lado da vivência depressiva franca, com ruminação mental e expressão de um conflito, existe formas muito mais insidiosas e difíceis de perceber. Na sua forma clássica a manifestação da depressão depende sempre da maneira com a qual se manisfeta o chamado Episódio Depressivo, ou também quando a depressão se manifesta sem a ocorrência de Episódio Depressivo (atípica). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental – IV Edição Revisa (DSM-IV-TR, 2002), os distúrbios depressivos classificam-se em: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação. Esse trabalho indica que, para saber se o estado depressivo é uma ocorrência única na vida da pessoa ou se é recidivante ou repetitivo, dependerá da frequência com que se apresentam esses episódios depressivos na vida de uma paciente pós-AVC.

Saber se o transtorno afetivo em pauta é simplesmente um quadro depressivo ou se é bipolar, dependerá do fato dos episódios depressivos serem a única ocorrência afetiva ou se coexistem com outros episódios de euforia (DSM-IV-TR, 2002). De acordo com Joubert et al. (2006), a depressão deve ser acompanhada por sofrimento ou prejuízo clínicamente siguinificativo no funcionamento psicossocial, psicoprofissional ou por áreas importantes da vida sócio-familiar. Para algumas pessoas com depressão mais leve, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado. O estado depressivo provocado por um AVC é frequentemente descrito pelo paciente como um sentimento de tristeza, desesperança, falta de coragem ou como estado melancólico de viver sem perspectiva.

Quando a família nega a tristeza de início, subsequentemente pode vir a revelar este momento como intensivo. Outras famílias, entretanto, podem queixar-se de se sentirem indiferentes, apáticas ou ansiosas ou, ainda, podem referir queixas somáticas sem correspondência clínica mais do que sentimentos de muita tristeza pela ocorrência dos fatos.Muitos dos familiares referem ou demonstram irritabilidade aumentada, tendências para responder a acontecimentos com ataques de ira ou culpando outros, ou um sentimento exagerado de frustração por ter o seu ente "querido" numa situação crítica. A presença da depressão na relação sócio-familiar foi estimada entre 10 e 34% em estudos realizados no Brasil (Terroni et al. 2003).

É uma experiência vivenciada de forma súbita pelas suas vítimas e pelos seus familiares. Os prejuízos vão para além dos funcionais: a dor, o desconforto e os *déficits* cognitivos relacionados favorecem o seu surgimento, o que tende a dificultar o processo de recuperação e reabilitação. Nesse estudo, a depressão tem sido detectada em 20% a 50% dos pacientes que sofreram um AVC, variando de acordo com os critérios pré-estabelecidos, bem como com a população estudada (Terroni et al. 2003). Vários fatores indicam que o AVC na vida familiar pode levar à ocorrência de depressão devido às alterações fisiopatológicas e não apenas biopsicológicas (Carota, Staub & Bogousslavsky, 2002). A presença de diversos sintomas semelhantes e não depressivos foram encontrados nas depressões primárias, e aqui descritos em pacientes com depressão pós-AVC, variando de tristeza, ansiedade, tensão, perda de interesse, diminuição da concentração, alterações de sono, despertar precoce, perda de apetite e peso, bem como pensamentos de morte.

A presença da depressão em pacientes pós-AVC tende a manifestar-se precocemente, mas em 30% dos pacientes ela pode ter início após alta hospitalar. Seis meses após o AVC a depressão maior ou menor ainda está presente em 86% dos pacientes. Estudos indicaram que, com um ano de evolução, as maiorias dos pacientes com depressão maior apresentam remissão, enquanto pacientes com depressão menor tendem a apresentar pior prognóstico, com tendência à cronicidade (Hackett & Anderson, 2005). Assim, os autores encontraram maior prevalência de depressão quando o impacto de um AVC é localizado no lobo frontal esquerdo e que o paciente com AVC com depressão apresenta hipometabolismo em regiões límbicas associadas à depressão, enquanto pacientes sem depressão apresentavam metabolismo normal (Zandvoort, Kessels, Nys, Haan & Kappelle, 2004).

Tais comprometimentos podem determinar o grau de dificuldade ou até mesmo a incapacidade na realização de diversas atividades de vida diárias (AVDs), além de interferir a ponto de interromper atividades de extrema importância na realização pessoal do indivíduo como lazer, vida profissional, social e sexual (Ryerson, 1994; Davies, 1996). Em países industrializados os custos elevados são inevitáveis quando há um desinteresse sobre novos métodos de tratamento destes pacientes crónicos (Kaste, Fogelholm e Rissabnen, 1998). A chave para a avaliação das novas terapias de tratamento dos pacientes atingidos pelo AVC é a escolha de escalas e instrumentos de avaliação. Cada vez mais, pesquisadores estão a recorrer a medidas de resultado funcional para analisar os resultados das terapêuticas aplicadas (Kaste, Fogelholm e Rissanen, 1998).

Como método de avaliar a capacidade funcional, observamos descrita na literatura científica diferente técnica, com destaque para o Índice de Barthel, um instrumento amplamente utilizado com o propósito de mensurar a capacidade da pessoa na realização de dez AVDs, obtendo uma estimativa quantitativa do grau de dependência do sujeito (Nishida, Amorim e Inoue, 2004). Nos últimos anos, muito se tem investido na pesquisa clínica, neuropatológica, neuropsicológica, neuroimagens e outras, resultando num aprimoramento das opções e das estratégias de tratamento. Estudos indicaram que o AVC é a principal causa de morte no mundo. Atinge mais a raça negra, especialmente a faixa etária mais jovem (Sullivan, 1993). O surgimento de um AVC traz consequências não só psicológicas, mas também físicas e funcionais muitas vezes irreparáveis para o paciente, familiares e para os cuidadores.

Assim, a psicoeducação para a saúde cria um interesse crescente sobre este assunto com o desenvolvimento de novas tecnologias e especializações de tratamentos, com a criação de associações de portadores e familiares e com as associações de profissionais sobre os distúrbios dos AVCs. Estudos que norteiam a investigação sobre o Impacto do AVC na Vida Familiar são raros na literatura. Os estudos existentes classificam as categorias de psicoafetiva entre os principais grupos de risco (Costa, 2005). Este trabalho de investigação teórico-empírico produto de anos dedicados à assistência, ao ensino e à investigação, será um contributo para a área da educação para a saúde.

Assumimos o compromisso de rever de forma crítica as descrições das evidências da literatura sobre o assunto e acrescentar informações da nossa experiência psicoeducativa e de investigação, pelo que esperamos que o leitor visitasse todos os meandros da doença, partindo da evolução histórica do conceito de AVC, passando pelos aspectos clínico-epidemológicos, biofísicos, terapêuticos e psicossociais envolvidos na complexidade desta doença. Assim, o presente estudo pretende fazer uma revisão sobre AVCs nas suas diversas perspectivas. As relações entre os problemas dos AVCs, do humor-afetivo e da incapacidade não serão descartadas, principalmente por meio de indicadores da magnitude do problema, especialmente em relação à sua prevalência ou incidência. Estudos recentes indicam que o transtorno do AVC e/ ou acidente vascular encefálico (AVE), é caracterizado pela interrupção da irrigação sanguínea no cérebro, ocasionando alguma perda de funcionalidade.

É também uma doença de ocorrência súbita que pode ser provocada por isquemia ou hemorragia, mais frequentemente causa de invalidez neurológica nos países ocidentais. O tema em questão tem sido pouco investigado na Educação e na Saúde. Este estudo afigura-se relevante na medida em que pode dar subsídio para as relações pessoais e interpessoais e é um importante domínio para o desenvolvimento das atividades da vida diária (Teixeira, et al., 2009a). Na sua etiologia estão presentes causas que podem ser previsíveis. No entanto, as Ciências Médicas em geral, fundamentalmente a Neuropsicológica e outras Ciências, apontam como causas diretas das doenças cerebrovasculares o embolismo ou isquemia das artérias intracranianas ou extracranianas, a hemorragia cerebral. A OMS (2003) defende que os AVCs isquémicos são causados por obstrução das artérias devido a embolismo, inflamação ou trombos.

Quando a interrupção do fluxo sanguíneo é prontamente restabelecida, pode não haver lesões dos tecidos cerebrais, mas, se este se prolongar (sobretudo por mais de 24 horas), poderá ocorrer um AVC com danos neurológicos muitas vezes irreparáveis. É no território da artéria cerebral média e dos seus ramos que as lesões isquêmicas mais se instalam. Algumas das causas dos AVCs isquémicos são fatores modificáveis como sejam o uso prolongado de anticoncepcionais associados ao tabagismo, diabetes, doenças aterosclerótica entre outras. Porém há fatores não modificáveis como sejam a idade e o gênero. Assim, entre os mais importantes fatores de risco que poderão contribuir para o AVC encontram-se a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, hipercolesterolemia, a fibrilação atrial, a hiperhomocisteínemia[1].

A hemorragia intracerebral é provocada pela ruptura de vasos sanguíneos, quer devido a uma hipertensão arterial, quer devido a uma malformação congênita. É muito menos frequente do que o AVC isquémico. Outras causas de AVCs surgem devido a uma oclusão secundária à inflamação vascular, como acontece em doenças antiimunes, na meningite aguda ou crônica, e nas doenças sifilíticas. Os distúrbios dos AVCs têm impacto não só orgânicos correspondentes a áreas atingidas, mas também pela aceitação ou recusa em enfrentar as diversas limitações psicoemocionais, socioprofissionais e sócio-familiares. Na revisão dos conceitos e de acordo com a literatura sobre o assunto, 25% das pessoas gravemente incapacitadas são hemiplégicas e têm lesões cerebrais causadas pelos diversos distúrbios e transtornos dos AVCs (Davies, 1996).

As limitações que surgem com um AVC podem provocar mudanças reais de atividade de vida diária ou instrumental, exigindo da família e dos amigos, bem como do próprio, uma mobilização da capacidade para lidar com essa nova realidade. A limitação da reação emocional está, sobretudo, concentrada na imagem corporal e na sua alteração, que é um importante componente do complexo mecanismo de identidade pessoal.Esse mesmo contexto simplificado da imagem que o indivíduo tinha de si mesmo, e que era representado, às vezes, por terceiros, passa a ter a partir dessa representação um desencontro, pois procura uma nova perspectiva visual e não encontra, nem sente o seu próprio psico-corpo. Há, no entanto, pequenos AVCs cujas consequências são mínimas e, que podem passar despercebidos, mas que com frequência se repetem, podendo originar demências vasculares.

[1] É um aminoácido produzido após a digestão de carnes ou lacticínios, que, em excesso no sangue, provoca aumento de viscosidade sanguínea.

A relevância no diagnóstico de AVC silencioso depende da sua localização, do tamanho e do momento em que ocorre, assim como da exigência cognitiva e comportamental do paciente; um adulto normal pode apresentar lesão da substância branca na tomografia computorizada (TC) em 30% dos casos, sendo o número bem maior na ressonância magnética (RM). Muitas dessas lesões correspondem aos distúrbios dos AVCs silenciosos por enfartes. Os adultos com AVCs silenciosos apresentam maior risco para desenvolverem algum tipo de demência e um declínio mais acentuado da função cognitivo-comportamental em comparação com os que não apresentam o mesmo diagnóstico. No entanto, o avanço da investigação através dos estudos da neuroimagem evidencia a necessidade de uma prática preventiva em relação ao estado cerebrovascular e aos principais fatores de risco subjacentes a um AVC (Sullivan, 1993).

A questão dos sintomas psicocomportamentais mais frequentes e com maior relevância no processo do adoecer está centrada nos distúrbios de humor (ansiedade, depressão, mania), seguidos por distúrbios de comportamento (agitação e agressividade), sintomas psicóticos (delírios e alucinações), pois todos estes sintomas podem fazer parte de uma sinalização agressiva do adoecer fisicamente, reagindo ou não ao desenvolvimento de qualquer doença incapacitante. Há manifestações orgânicas e comportamentais que, embora não decorrentes diretamente da lesão cerebral podem surgir com o AVC. Assim, entre outras, podem armazenar mudanças de apetite e perturbações do sono, bem como a depressão, a ansiedade e a agressividade.

De acordo com a situação atual e com as condições reais, estudos indicaram que as manifestações neurológicas e neuropsicológicas associadas a limitações motoras são frequentes e com intensidades variáveis, com manifestações piramidais unilaterais, distúrbios da deglutição e da fonação, distúrbios do controle oculomotor, presença de reflexos primitivos e outros (Lopes, et al., 2002, & Bottino, 2006). Esses autores indicaram ainda que a manifestação da doença no paciente provoque diversas alterações na relação sensitivo-sensorial e nas manifestações autónomas, designadamente na incontinência urinária e no controle esfincteriano. Estes mesmos estudos concluíram também que algumas das síndromes pós-AVC de maior prevalência ocorreram em cerca de 60% dos pacientes dentro de um período de mais ou menos três meses após o AVC, podendo o paciente permanecer estável por um determinado tempo, ou, pelo contrário, apresentar um declínio cognitivo, algumas vezes acompanhado por transtorno no humor afetivo e neuropsicológico.

Interpretando estes resultados, o comprometimento psico-corporal compreende, principalmente, casos de pacientes com AVCs subcorticais múltiplos. A função viso-espacial também se pode alterar por doenças mistas que é caraterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos de doenças vasculares e cerebrovasculares. Estas alterações depederão das estruturas afetadas e da gravidade e extensão das lesões (Abrisqueta-Gomes & Santos, 2006). As isquemias, entretanto, mais freqüentes que as hemorragias, tendem a apresentar um padrão de lateralizado, com ul lado mais afetado, com afasia em lesões à esquerda, com hemiplegia e prejuizos visuo-espaciais, para além de negligencia e lesões à direita (Lezak, 1995).

1. 3. Distúrbios cognitivos pós-AVCs

No entanto, a comparação descrita como uma ideia que compactua com os objetivos propostos pela própria problemática dos distúrbios, e das perturbações com as análises epidemiológicas do transtorno cognitivo realizado e detalhado na metodologia vivenciada, e, também, com os conteúdos de referências dos quadros das comoções cognitivas e comportamentais, procurando que os nossos estudos se definissem pela abordagem clínica do estudo de caso, fundamentalmente. Portanto, as relações entre as problemáticas foram examinadas, principalmente por meio de indicadores de relevância metodológica neste tipo de investigação. Para relacionar a problemática dos AVCs com as seüelas e limitações que os distúrbios cognitivos provocam examinámos inicialmente o relatório da Conferência realizada em 1999, em Chicago, USA que teve como objetivo rever a literatura até então publicada nesse campo do saber.

Nesse encontro, foram citados grandes investigadores Engelhardt; Ernest; Chang, Snowden; Elfren; Neary e outros com amplo conhecimento em distúrbios cognitivos provenientes de diversas regiões do mundo. Foi levantada a questão sobre a qualidade de vida dos pacientes que sofrem com a transição entre a cognição normal e a patologia do AVC. Em investigação citada no relatório da Conferência realizada em 1999, destaca-se o interesse pela problemática, através dos vários ensaios de tratamento que envolveu mais de 4.000 pessoas em todo mundo. Conforme essa mesma pesquisa, as queixas das limitações impostas pelos distúrbios da doença são acrescidas pelos cuidadores principais e pelos familiares que, com os seus comportamentos, ainda trazem prejuízos da memória para a idade, e, também, para a psicoreeducação, na preservação da função cognitiva geral e das atividades ao longo da vida.

Somados os prejuízos dos distúrbios cognitivos pós-AVC com diferentes causas e possíveis evoluções, algumas das seüelas limítrofes vão sendo associadas às alterações em vários domínios cognitivos sem déficits de memória, ou com a forma de transtorno cognitivo comportamental com prejuízo num só domínio e excluindo a memória dessa relação. A generalidade dos resultados descritos sobre os achados clínicos significativos sugeriu cautela no estudo na prevalência, na incidência, e nas condições comuns a todos os problemas de educação para a saúde; nas investigações sobre esta temática precisávamos investir mais, apesar da diversidade amplamente investigada neste domínio.

Numa análise a diversos estudos, e nos conceitos publicados nestas conferências que apontaram para a relativa importância do reconhecimento das diferentes formas de distúrbios das doenças vasculares e dos distúrbios cognitivos, deu-se prioridade ao atendimento individual, quando se considera o ponto de vista quantitativo, qualitativo e populacional. O comprometimento cognitivo parece ser um fenómeno universal nos idosos, com taxas de prevalência que podem variar bastante, segundo o critério utilizado para definir os "casos". Estudos de Fisk et al. (2003) examinando as estimativas de prevalência e a evolução em cinco anos de 1.790 idosos avaliados nos Estudos Canadianos de Envelhecimento relataram que a prevalência de CCL variou de 1,03 a 3,02% utilizando, ou não, critérios como queixa subjetiva de memória e atividade de vida diária sem alterações.

Numa investigação realizada em Pittsburgh USA, e publicada em 2003 por Lopes (2003), foram estudados 913 pacientes sem demência, submetidos a exames clínicos, neuropatológicos, psiquiátricos, de testes neuropsicológicos e de ressonância magnética (RM). Nessa investigação, os testes neuropsicológicos incluíram o estudo de seis áreas cognitivas, a saber: inteligência, memória, linguagem, funções visuoespaciais, visuoconstructoras, funções executivas e motoras; em cada área aplicaram-se pelo menos dois testes diferentes. A metodologia aplicada pelos pesquisadores foi apoiada em estudos que utilizaram procedimentos semelhantes, trabalhados com dois subgrupos: o primeiro fundamentado nos Distúrbios e Distúrbios Cognitivos tipo Amnésico (TA) e o segundo no Transtorno e Distúrbios Cognitivos com *Déficit* Cognitivo Múltiplo (DCM). Esses estudos também classificaram os idosos como portadores de Distúrbios e Distúrbios Cognitivos, tipo Amnésico (TA), quando apresentaram, no teste de memória, valores abaixo de 50%, em termos de desvio-padrão, em relação a pessoas da mesma idade e nível psicoeducactivo.

Os pacientes idosos avaliados e diagnosticados com Distúrbios e Distúrbios Amnésicos não tinham outras alterações cognitivas. Outros estudos (Baldwin e Forstl, 1993; Elfgren et al., 1996; Gustafson, 1987; Snowden et al., 1996; 2002) determinaram ainda que os pacientes idosos com distúrbios cognitivos e déficit múltiplo são pessoas sem alterações de memória e com mais duas alterações noutras áreas cognitivas. Esses estudos indicaram a prevalência de distúrbios do tipo amnésico (6%) e do tipo cognitivo múltiplo (16%), sendo o resultado total de Distúrbios e Distúrbios Cognitivos de 22%. Numa extensão desses resultados, o valor de 22% não é tão relevante, mas a relação do Transtorno Amnésico (6%) e dos Distúrbios Cognitivos (16%) contradiz a revisão da Conferência de Chicago.

Devemos levar em conta que, em relação à utilização de muitos testes cognitivos vivenciados pelo paciente, como no estudo de Pittsburgh, aumentaram as chances de encontrar nos diagnósticos de Distúrbios e Distúrbios Cognitivos e nos de *Déficit* Cognitivos Múltiplos (Engelhard, 2003). O papel da identificação dos fatores é relevante para a complementação dos diagnósticos, inadequados e inconclusivos, quando utilizam apenas os testes centrados nos distúrbios cognitivos. Para alguns autores pesquisados, este tipo de análise é interessante porque impõe limites a serem alcançados através dos instrumentos utilizados na procura dos objetivos desejados, e, ainda, uma distorção no diagnóstico do transtorno cognitivo. A doença de Alzheimer é usada também para estimar as possíveis taxas de conversões para a doença, por que é uma patologia mais comum e é a quarta causa de morte em adultos (Corrêa, 1999).

Interpretado desta forma, este tipo de análise e de resultados passa a ter várias implicações neuropatológicas e neuropsicológicas no domínio da investigação, e, quando são comentadas, valorizam o uso da escala funcional, que reflete mudanças em atividades sócio-familiares e psicoeducativas mais ligadas aos sintomas de distúrbios cognitivos; outra interpretação e direção dadas aos estudos dos instrumentos de diagnóstico podem ser analisadas numa perspectiva epidemiológica. Outros autores que são referência neste tipo de estudo preferem lançar propostas utilizando a análise e o declínio cognitivo identificado nos pacientes idosos da população em geral portadora de doenças degenerativas, entre elas, os AVCs (Engelhardt, 2003 & Bottino, 2006). Estudos realizados por Snowden et al. (1996), Near e Snowden (1997), Nery et al. (1993) comprovam uma convergência na afasia progressiva, na fluência verbal e na dificuldade em encontrar palavras.

Outros autores, por dedução desta análise, optaram por realizar "revisões sistemáticas", com três bases de dados utilizando uma versão adaptada do McMaster etiologia das causas e dos efeitos, e Cochrane Demências e Transtorno Cognitivo, tendo identificado 5.990 referências, 193 textos completos, incluindo, no entanto apenas 19 artigos que preencheram os critérios estabelecidos para complementar o total de dados desejados para o tipo de análise. A diversidade metodológica que detectaram no material selecionado levou-os a concluir que, com a metodologia de revisão sistemática, era impossível estabelecer a taxa exata de declínio cognitivo na população geral, como originalmente intencionavam. Assim, no decorrer da análise, a narrativa passou a constituir-se como o método mais apropriado, abandonando a técnica de revisão sistemática.

CAPÍTULO 2 – DA CAPACIDADE À FUNCIONALIDADE

2.1 - Conceitos básicos da (in) capacidade

Segundo a OMS, em 1980, a incapacidade consistia numa restrição resultante de uma deficiência na capacidade para desempenhar uma atividade normal para o ser humano. Surge como consequência direta, ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial, ou outra. Representam a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária. Sublinhamos que não existem muitas definições de capacidade funcional e a probabilidade de um binômio capacidade/incapacidade é, diversas vezes, identificada com certa facilidade e descrita quer pelo paciente, quer pelo cuidador, ou pela equipe que o acompanha.

O entendimento deste conceito é relatado pela experiência e vivência dos pacientes que sofreram um AVC e ficaram com limitações ou seüelas, dependendo dos cuidadores até para realizar pequenas tarefas como tomar banho sozinho, o que evidencia claramente uma transição da situação de capacidade para a de uma incapacidade. Verificou-se nesta definição e neste domínio que quando se deseja uma avaliação clínica dos diferentes profissionais para a mesma situação clínica em pacientes diferentes com o mesmo diagnóstico e as mesmas limitações, para se obter os mesmos resultados desta perspectiva é necessário de imediato trabalhar com o rigor metodológico que o método científico exige, e que, geralmente, não encontra eco, tendo em conta a definição de incapacidade proposta pela OMS de 1980.

Por tal motivo utilizam-se frequentemente escalas de incapacidades. De acordo com esta definição, dos principais domínios, destacamos os aspectos mais relevantes, que, mas interessa-nos salientar a sua abrangência nos domínios biofísicos, biopsíquico e sensorial, por permitirem o diálogo entre as diferentes estruturas de avaliação da capacidade funcional, medindo alguns dos aspectos heterogéneos dessa capacidade, apesar de mostrar naturalmente o mesmo título de instrumento de avaliação. Assim, explicitaremos uma análise dos instrumentos de Katz, Pfeffer e CIF, utilizada para medir a Capacidade Funcional (CF) dos pacientes com limitações ou seüelas de doenças provocadas pelos distúrbios cognitivos e comportamentais e, também alguns distúrbios orgânicos (ex. seüelas de AVCs). Um dos instrumentos utilizados é o *The índex of independence in Atividade of Daily Living* ou ADL construído por Katz et al. (1963), conhecido pelo nome do primeiro autor.

Trata-se de um instrumento que afere Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD).Consequentemente avalia funções vitais que, se insuficientes, correspondem a situações graves e de sofrimento. As funções que constam do índice de Katz são: vestir-se, tomar banho completo, mobilidade da cama para a cadeira e o movimento inverso, continência, e alimentar-se. De acordo com cada atividade, podem prever-se três opções: a primeira, de total independência; a segunda, com limitação parcial; e a terceira que representa uma situação de total dependência. Mas outro aspecto para o qual se deve estar atento é a pontuação dos instrumentos. Assim, a pontuação assume maior importância quando, por alguma razão, existem duas pontuações para o mesmo instrumento e esta situação é comumente encontrada nos instrumentos utilizados por Katz que ilustra bem esta problemática.

Efetivamente, no momento da elaboração do instrumento, os autores propuseram um procedimento de pontuação complexa no qual combinaram as respostas das seis funções, classificando o paciente numa escala qualitativa de A até G. Já no instrumento de investigação *The Functional Activities Questionnaire*, de Robert Pfeffer, elaborado em 1982 e revisto em 1984, de acordo com o nosso interesse, o destaque foi para as questões simplificadas como: preencher cheques, tratar de negócios, fazer compras sozinhas, fotografar, preparar alimentos, aquecer água, guardar informações do quotidiano, conhecer programas de televisão, recordar-se da medicação e conduzir. Neste caso, é nítida a diferença entre o instrumento de avaliação de Katz e o de Pfeffer, o que não surpreende, pois foram elaborados com objetivos diferentes.

É de referir ainda que o instrumento de Pfeffer seja mais aplicado nos pacientes idosos com suspeitas de transtorno cognitivos (TC) ou demência leve do que o de Katz. Por isso, todos os instrumentos com este conhecimento têm vindo a ser incorporados no raciocínio das ciências da saúde Geriátrica e da Gerontologia, em que as noções de ABVB, classificadas por Katz e a noção de Atividades de Vida Diária Instrumental (AVDI). Segundo Aguerro-Torres et al. (2002), esses instrumentos estimulam os investigadores a uma primeira divisão a respeito do conteúdo do instrumento que estão a utilizar e a uma classificação geral desses instrumentos e, partindo dos mais restritos, como é o caso do de Katz, para os que consideram um número maior de áreas e dimensões. A sua última versão foi aprovada em 2001, em português, com o nome Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, com a sigla CIF.

A psicoeducação entende que a CIF é uma classificação de componentes da saúde que não diz respeito apenas às doenças, distúrbios cerebrovasculares e aos distúrbios cognitivos comportamentais, pois esses instrumentos de Qualidade de Vida abordam muitos aspectos da saúde humana relacionados com o bem-estar. Assim, o CIF apresenta duas partes, uma denominada Funcionalidade e Incapacidade, e outros denominados Fatores Contextuais, partindo esta bilateralidade ou dicotomia de dois componentes: a primeira parte considera as funções e estruturas do corpo, atividades e participações, e a outra, é direccionada para os componentes fatores ambientais e fatores pessoais. De acordo com essa visão, o instrumento cognitivo funcional (CF) da OMS não se restringe apenas aos pacientes idosos e com doenças degenerativas, mas é aplicável a todos os pacientes, podendo ser classificado como instrumento de amplo espectro.

O estudo deste instrumento foi importante pela determinação comum de um instrumento mais restrito, intermediário, ou mais ampliado, não significando uma classificação hierárquica de valores. O valor de cada instrumento depende dos seus objetivos e de quem vai utilizá-los, seja o prestador de cuidados de atenção à saúde do paciente, o investigador, ou outro elemento, designadamente da psicoeducação, gerontologia ou da neuropsicologia, tornando o instrumento mais ou menos adequado às possibilidades de cada necessidade. O importante é que ao utilizar-se um instrumento de atividade da vida diária se explique essa utilização com clareza ao paciente e aos seus cuidadores, indicando o instrumento utilizado, bem como o modo como foi realizada a sua pontuação, o seu tempo e duração.

2. 2 - Problematizações dos distúrbios cognitivos e funcionais

Poucas pesquisas têm explorado as relações entre as definições dos distúrbios cognitivos (TC) e os distúrbios funcionais (TF) dos AVCs que compreendem cada uma delas. Nas pesquisas de Park et al. (2003) verificamos que a definição do problema, das causas e dos efeitos dos distúrbios dos AVCs e a escolha dos instrumentos para TC, ou para TF, ou para os dois, não foi igual. Com esta leitura, a diversidade de possibilidades pode influenciar a magnitude da prevalência, ou incidência, de cada design e, consequentemente, a natureza da relação entre os dois. Graham et al. (1997), realizaram um estudo que tinha como objetivo fundamental destacar o fato de que nem todos os pacientes com alteração de memória têm demência.

Os pesquisadores propuseram-se tentar conhecer a prevalência das pessoas com síndromes que determinam os distúrbios cognitivos sem demência. O instrumento de avaliação (Questionário Roland-Morris - incapacidade funcional) utilizado nessa pesquisa foi considerado como um complemento ao estudo do TC, principalmente para reforçar a tese da necessidade da atenção especial a pacientes idosos e com seüelas de AVC que apresentaram dualidades nessas problemáticas. Para esses mesmos autores que desenvolveram a pesquisa por meio de um estudo transversal, podemos dizer que esse processo é o menos indicado para estudos sobre causalidade, dados a ausência de temporalidade ligada a esses desenhos epidemológicos.

Assim, os dois procedimentos investigados por Graham et al., (1997) constituíram a composição da amostra, que integra pacientes idosos de 36 cidades do Canadá residentes nos seus domicílios, 1.800 pacientes, e outros residentes em instituições, estratificando-os segundo o número de pessoas que a instituição atende. A substituição dos pacientes idosos que se recusaram a participar por outros, com as mesmas características, classificados de acordo com o sexo, idade e região de residência, foi destacada nesse estudo, que apresentou um erro relevante na amostragem explicitado pelos autores e que resultou numa subestimação da prevalência do TC. Já em outros estudos realizados por Graham et al. (1997), detectou-se que o erro localizado no ponto de corte do *Mini Mental State Examination* (MMSE) modificado, determinou o convite para o exame clínico e, nesse mesmo estudo, o ponto de corte foi de 78.

Agrupando informações de pacientes idosos residentes nos seus domicílios com as informações dos residentes em instituições, e utilizando um sistema de peso de amostras, os autores calcularam a prevalência do "transtorno cognitivo sem dependência" em 16,8%, com intervalo de confiança de 5,5 a 18,1 (IC95%); os resultados desses estudos informaram, ainda, que as prevalências dos TC por sexo e idade possuem valores diferentes da prevalência geral. Outro aspecto que merece a nossa atenção é que nesse estudo detectou-se que a prevalência dos distúrbios da doença na demência somando todas as formas de análise de documento foi de 8%. O presente estudo de Graham et al. (1997), também detectou que entre as pessoas com distúrbios cognitivos (TC) 33,1% apresentaram incapacidade funcional (IF); nos outros pacientes idosos sem distúrbios cognitivos esse percentual foi de 16,5%. Comparando estes dados com a proporção de incapacidade funcional (IF) leve, esta foi semelhante nos dois grupos, mas a proporção de incapacidade funcional (IF) moderada foi bem mais elevada nos

pacientes idosos com (TC: 15,9% nos pacientes idosos com distúrbios cognitivos e 3,0% sem distúrbios cognitivos.

Entretanto, alguns dos resultados centrais da pesquisa poderiam ser decorrentes das características e do enfoque dado, na tarefa e na situação, pelo que foram encontrados 16,8% de pacientes idosos com distúrbios cognitivos e 33,1% destes com alterações funcionais. Cabe, aqui, examinar a influência dos procedimentos desses diagnósticos dos TCs, assim como a metodologia utilizada na construção dos valores das prevalências. Porém, antes de efetuar esse tipo de exame, urge dizer que essa influência não é detectável de forma fácil, ou mesmo automática, e que o sucesso dessa identificação foi variável nas diversas publicações analisadas, uma vez que depende, também, das informações fornecidas pelo autor ou autores.

O padrão de qualidade existente deve ser subsequente ao diagnóstico de TC, que são baseados na exclusão da demência e na presença de alterações em várias categorias cognitivas verificadas no exame clínico e na utilização de uma bateria de testes neuropsicológicos, ainda que não se mencionem os nomes dos testes utilizados. Assim, e de acordo com este critério, os estudos de Graham et al. (1997) e Aguerro-Torres et al. (2002) informaram que as alterações isoladas de memória ocorreram em 32% dos pacientes idosos com distúrbios cognitivos, e que todos eles estavam inseridos no plano estatístico, uma vez que se calcula a correlação entre os valores da cognição funcional e do *Mini Mental State Examination*, assim como entre a cognição funcional e os distúrbios cognitivos; efetivamente, todas as correlações estatisticamente são relevantes e, de acordo com a problematização e semelhanças das causas e dos efeitos dos distúrbios dos AVCs, a investigação norteará o comentário numa próxima pesquisa e a sua peculiaridade metodológica, por ser também um estudo de caso dos tais distúrbios.

Outros estudos como o de Artero et al. (2001) valorizaram o papel dos transtornoss e dos distúrbios das doenças na associação entre transtorno cognitivo e incapacidade funcional.Para tanto, alguns deles formaram grupos para serem estudados os casos sem alterações cognitivas (n=412), com alterações cognitivas (n=127) e com demência (n=285), concluindo que todos os pacientes com idade acima de 50 anos atendiam as finalidades da problematização. Assim, os autores acima citados relataram que detectaram em estudos por eles realizados a presença de algumas semelhanças entre os dois grupos com e sem distúrbios cognitivos. Referiram ainda que tomar banho era uma atividade mais comprometida entre as

atividades da vida diária básica nos dois grupos, ao passo que cuidar da aparência era a atividade instrumental mais afetada em ambos os grupos.

Durante o estudo dessa amostra, os autores constataram que a presença de pelo menos uma doença crônica isolada, ou seja, sem alterações cognitivas, afetava somente as atividades da vida diária instrumental, e que a presença de uma alteração cognitiva, sem doença, comprometia ambas as atividades da vida diária básica e também as atividades da vida diária instrumental. Referiram ainda que, quando havia combinação dos TCs e das doenças degenerativas com o AVC, o comprometimento das atividades da vida diária apresentava crescimentos acentuados. Nesses estudos, os TCs foram definidos claramente pelos investigadores e autores que aplicaram o *Mini Mental State Examination* e consideraram também como determinante básico "suspeito" os pacientes idosos que atingiram pontuação abaixo de 23, e "não-suspeitos" aqueles que tinham pontuação acima de 24.

Assim, todos os pacientes idosos com valor abaixo de 23 no *Mini Mental State Examination* (MMSE) foram submetidos a uma análise mais detalhada dos "suspeitos" e "não-suspeitos", do ponto de vista dos estudos de Agueirro-Tores et al. (2002), a um exame clínico, usando-se o DSM III-R e uma avaliação neuropsicológica, incluindo novamente o MMSE e o teste de memória de lembrança livre. As atividades da vida diária básica (AVDB) foram avaliadas pelo teste de Katz e as atividades da vida diária instrumental (AVDI) com cinco atividades como a higiene pessoal, cozinhar, usar transportes públicos, cuidar de finanças e fazer compras, foram também avaliadas e, com esses dados renovados, os investigadores (Graham et al. 1997) e autores (Agueirro-Tores et al. 2002) só consideraram o paciente idoso com alteração nas atividades da vida diária (AVD) quando era detectada a presença de pelo menos uma atividade alterada.

Ora, este critério tende a superestimar a prevalência das alterações da vida diária e convém lembrar que, apesar de os investigadores e autores estabeleceram uma definição de atividade de vida diária (AVD) que compromete a comparação com outras investigações, eles detêm o mérito de detalharem e fornecerem elementos para a análise e interpretação desses e de outros dados relativos a diversas investigações dos TC. Nomeando outros estudos importantes de Antero et al. (2001), a análise de alguns casos investigados por Graham, que tinha pretensão de fundamentar e identificar a prevalência dos TCs e, por último, a associação doTC com a incapacidade funcional, veio tornar esta problemática muito útil para

os investigadores e os autores reforçaram a necessidade de atenção especial a pacientes idosos com dois ou mais comprometimentos.

Existem igualmente outros estudos cuja preocupação não era verificar a prevalência dos distúrbios cognitivos, e sim a manifestação dos distúrbios da incapacidade funcional dos pacientes, com ou sem distúrbios cognitivos dos AVCs. Quanto aos estudos realizados nos trabalhos de Graham (1997), Artero et al. (2001) e Aguerro-Torres et al. (2002), poderemos afirmar que a pesquisa de Graham teve como objetivo estudar a prevalência dos distúrbios cognitivos, a de Artero teve como objetivo estudar a frequência dos distúrbios da incapacidade funcional em pacientes com distúrbios cognitivos e a de Aguerro-Torres estudar os desenvolvimentos das alterações da memória e da demência.

Essas manifestações já foram excluídas anteriormente por em nada poderem comprometer os objetivos deste trabalho, de acordo com a amostra analisada e constituída por 368 pessoas, com idade acima de 65 anos, selecionadas a partir de uma rede de profissionais especialistas em clínica geral do sul da França que utilizaram uma metodologia que se distingue das demais pela complexidade dos estudos, seja através dos instrumentos utilizados para os diagnósticos, seja pelo *designer* e, também, pela análise minuciosa dos conteúdos. Assim, a partir da investigação dos exames neuropsicométricos, distingue-se a introdução dos diferentes tipos de exames especializados e realizados de acordo com a metodologia e o entendimento do estudo. Os referidos autores analisaram quatro áreas gerais que abrangem diversos tipos de exames realizados para a atenção, a memória, a linguagem e a orientação visual espacial.

Em relação às atividades da vida diária, os autores (Antero et al. 2001 & Aguerro-Torres et al. 2002) trabalharam com dez atividades, desde a capacidade de tomar banho até a de usar o telefone, mas sem diferenciar as atividades da vida diária básica das atividades da vida diária incapacitante. Apresentaram inicialmente os resultados observados após um ano e ressalvaram que os estudos longitudinais, como o de Artero et al. (2001), apresentavam, tecnicamente, maior poder explicactivo do que os outros estudos epidemológicos, uma vez que permitiam análises profundas da temporalidade dos acontecimentos que foram surgindo. Perante esta qualidade metodológica longitudinal, que foi particularmente importante no estudo da problematização e da semelhança entre os distúrbios cognitivos e a capacidade funcional, concluíram que estes comportamentos têm frequência elevada nos pacientes idosos e estão altamente relacionados com os distúrbios dos AVCs e das doenças vasculares.

Entretanto, alguns destes autores, após um ano de publicação e acompanhamento dos resultados longitudinais, constataram que o grupo sem distúrbios cognitivos permanecia sem alterações diante da capacidade funcional, menos em relação ao uso da casa de banho, atividade em que 3,3% desenvolveram incapacidade e no subgrupo com determinação de distúrbios cognitivos 30,8% desenvolveram incapacidade funcional.

Ainda, de acordo com outras abordagens analíticas, os pesquisadores relacionaram cada uma das quatro áreas cognitivas com as atividades da vida diária na perspectiva transversal e longitudinal e conseguiram um grande número de resultados. As associações encontradas pareceram-nos tecnicamente adequadas, não só pela lógica, mas também pelo rigor aplicado, pois os autores recorreram a técnicas de análises múltiplas e multivariadas, como regressão logística e análise fatorial.

De acordo com a percepção final deixada pelos diversos autores, as dificuldades visuoespaciais são as que provocam maior impacto na perda da capacidade das atividades da vida diária, sendo a perda da habilidade de usar o telefone o indicador mais útil do surgimento de incapacidade/ou insuficiência. Assim, e fora de uma situação de confronto, perante as problemáticas iniciais do processamento do diagnóstico de transtorno cognitivo e de distúrbios da (in) capacidade funcional, já parcialmente comentados e destacados pela sua peculiaridade no caso dos distúrbios da capacidade funcional que distingue esta investigação, cumpre-nos registar que a escala de atividades da vida diária não possui respostas fechadas e habituais tipo (tricotômicas) “sim/não/talvez” ou “sim/não/não sei”, mas admite graduações como “ocasionalmente” e outras variantes.

De acordo também com esses três estudos de casos citados, até o momento, esses mesmos estudos representaram os modelos de pesquisas fundamentais que visam conhecer a problematização e a semelhança entre os distúrbios cognitivos e os distúrbios da (in) capacidade funcional impostos pelos distúrbios dos AVCs. Convém acrescentar a este respeito que nos últimos 10 anos vêm-se desenvolvendo variantes importantes para diversos estudos, entre eles, estão os de Conhen-Mansfield et al. (1995) como um dos exemplos de pesquisas que procuram estabelecer maiores relações com essas especificidades das problemáticas e semelhanças.

2. 3 - Implicações Cognitivas dos AVCs

Diferentemente das definições e conceitos analisados, a prevalência dos distúrbios cognitivos dos AVCs é reconhecida mundialmente como a segunda causa de doenças que provocam (in) capacidade ou limitações, principalmente nos pacientes com idades acima de 50 anos, variando de acordo com as regiões e as populações estudadas (Engelhardt. 2003). A estimativa global é de 15-20%, sendo de 2% na população de 65-70 anos de idade e de 20-40% na população acima de 80 anos, e vem aumentando aproximadamente 5% em cada 5 anos, até aos 95 anos, sendo geralmente mais comuns em homens do que em mulheres. De acordo com os estudos de Engelhardt (2003) a influência do comprometimento vascular tem, provavelmente, prevalência maior do que as doenças cardíacas, porém estes estudos quantitativos não são ainda fidedignos.

As possíveis variações encontradas nas doenças cerebrovasculares devem-se às características das populações e das amostras estudadas, assim como aos critérios utilizados e às dificuldades para definir o comprometimento vascular e também à posição dessas patologias em relação ao seu espectro. As demências de origem vascular podem ser causa do declínio cognitivo do paciente adulto e adulto-idoso. Os trabalhos de Tomilson et al. (1970) e mais tarde de Zekry et al. (2003), mostraram que, para a identificação de uma doença vascular pura, é necessário o comprometimento de um volume de cerca de 100cm³ de tecido lesado e que, em associação com a patologia de Demência de Alzheimer, um volume de cerca de 50cm³ passa a ser sintomático.

Está ainda relacionado com a neurotransmissão rápida e lenta, subjacente a processos de neuroplasticidade, em que as condições patológicas, como a isquemia, podem levar o glutamato a agir de modo excessivo nos receptores, *Mini Mental State Examination* **(**NMDA), neurotoxidade. Assim sendo, poderá interferir nos processos de neurotransmissão fisiológica causando neurodegeneração, pelo que os fatores de risco das doenças vasculares que causam comprometimentos cognitivos e demências devem ser reconhecidos como prevenção da proliferação da demência. Alguns dos mais importantes fatores de risco nos AVCs estão relacionados à hipertensão arterial não controlada, as diabetes, a hipercolesterolemia, arritmias cardíacas, o tabagismo, e a hiperhomocisteinemia. É igualmente reconhecido que o AVC silencioso é o que não resulta em ataque reconhecido clínicamente, embora possa ser um determinante relevante para a demência vascular.

A maioria dos AVCs silenciosos detecta-se na substância branca e nos gânglios da base de tipo lacunar e o risco do desenvolvimento da demência num seguimento de 3 a 6 anos aumenta quando são encontrados AVCs silenciosos nas ressonâncias magnéticas. Assim, a importância clínica de um AVC silencioso depende da sua localização, do tamanho e do momento em que ocorre, assim como da situação cognitiva do indivíduo (Manual Merk, Décima Edição, 2007). As manifestações clínicas compreendem o comprometimento vascular cognitivo, sintomas de comportamento psicológico e sinais motores, em associações variáveis, de acordo com a localização e o tipo de lesões que atingem o cérebro. Estas são algumas das principais queixas apresentada pelos pacientes, e estão relacionadas com alterações do controle voluntário, integridade da propriocepção, do equilíbrio, do tônus postural e de movimento (Mota, 2001 & Coelho, 2004).

É através da avaliação neuropsicológica que grande parte dos distúrbios cognitivos das doenças vasculares é reconhecida, permitindo dessa forma uma melhor adequação das estratégias psicoterapêuticas e farmacológicas. Na verdade, os comprometimentos vasculares são vistos como doenças neurológicas típicas, identificadas nos diversos sintomas da demência cognitiva vascular que se refletem nas regiões cerebrais lesadas, sendo a principal causa de incapacidade física e cognitiva em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Doyle, 2002; Lessa, 1999; National SATROKE Association, 2008). Considerando a heterogeneidade dos subtipos de comprometimento cognitivo e as demências vasculares e levando em conta a localização e a extensão das lesões, fica bem visível a variedade de apresentações neuropsicológicas e a dificuldade de estabelecer comparações entre os pacientes.

A diferença está, por exemplo, na doença de Alzheimer e noutras demências degenerativas, nas quais se observa comprometimento vascular sequenciado e relativamente padronizado, expresso em função da gravidade de cada quadro detalhado pela clínica neuropsicológica. De tal modo, a inclusão da avaliação neuropsicológica requer uma habilidade eficaz e eficiente, possibilitando a análise dos principais domínios cognitivos adequados às necessidades e possibilidades de cada paciente estudado. Os demais subtipos de comprometimento cognitivo vascular ou demência vascular norteiam quadros diversos, como os AVCs múltiplos que causam um quadro salpicado de manifestações, os AVCs estratégicos, como o do giro angular esquerdo, com síndromes de Gerstmann, o quadro de demências do tipo subcorticais, com disfunção executiva, lentificação psicomotora, além de distúrbios do

comportamento e do controle motor, as formas mistas, com componentes dos comprometimentos referidos.

São termos que evoluiram nas últimas décadas para incluir outros tipos de lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo que não se tenha alterações detectáveis nas artérias ou veias (Winikates, 1995). Os efeitos dos AVCs no comportamento neuropsicológico são assuntos pouco frequentes, embora os pacientes com comprometimento cognitivo vascular e demência vascular apresentem sintomas de comportamento neuropsicológico da demência com prevalência, o que merece a atenção de todos os profissionais. Estudos indicaram que a destruição de regiões do cérebro é seguida por sinais e sintomas de alterações da atividade motora e, a partir deste comprometimento, existe mecanismo que agem para desencadear a recuperação, passando por diversos estágios que se iniciam imediatamente após a lesão e podem durar meses (Villar, 1997).

Os espectros da sintomatologia dos comportamentos psicológicos com demências vasculares e comportamentos cognitivos vasculares parecem ser em grande parte semelhantes ao de outros tipos de demência em que os sintomas mais frequentes são os distúrbios do humor, ansiedade, depressão, mania, seguidos dos distúrbios de comportamento (agitação e agressividade) e sintomas psicóticos (delírios e alucinações). Apesar da sua relevância, são poucos os estudos que investigam tais patologias no Brasil; no entanto, estas se consagram como a causa de seüelas temporárias ou permanentes (Ryrson, 2004). Conforme Kwakkel et al. (1996). É dificil predizer a extensão de uma recuperação eventual imediatamente após o AVC, embora sinais como continência urinária, idade jovem, AVC leve, melhoria rápida, boas capacidades perceptuais e ausência de desordens cognitivas sejam indicadores de bom prognóstico.

Além disso, *déficits* na função cognitiva, perceptiva e emocional podem estar presentes após o AVC (Carr e Shepherd, 2008). Estudos indicaram que os *déficits* primários neurológicos geralmente predispõem os sobreviventes de AVC a um padrão de vida sedentário e com limitações individuais para as atividades de vida diária, contribuindo para uma pobre auto-estima, depressão, isolamento social e deterioração biofísica (Dobkin, 2004). O estudo específico de controle emocional e cognitivo comportamental indicou que a depressão era a manifestação mais frequente e objeto de investigação, sendo mais elevada no comportamento cognitivo vascular e nas demências vasculares de pequenos vasos em comparação com a demência incapacitante.

No entanto, em 12 estudos (Engelhardt, et al. 2003) relatados, encontrou-se depressão de vários tipos em cerca de 30% (variação de 0-63), sendo a depressão maior representada por 25% (variação de 12-45). Os sintomas psicóticos foram menos estudados, tendo sido relatados em três estudos com cerca de 30% (variações de 3,5 -70) para qualquer manifestação, em seis estudos com cerca de 30% (variações de 4-56) de delírios e em cinco estudos com cerca de 30% (variação de 16-60) (Laks, et al. 2003). Num estudo comunitário nos EUA (2003), concluiu-se que, de 5.092 residentes na comunidade com idade igual ou superior a 65 anos, após triagem, havia 329 pacientes com demência (62 com demência vascular), aos quais foi aplicado o teste de neuropsicologia de (in) capacidade (Cavalcanti, et al. 2003). Constatou-se também que alguns itens da determinação da doença indicavam a presença em 59,7% dos casos, variando entre 1,6 e 32,3%, sendo os distúrbios mais frequentes a depressão, a agitação agressiva, a psicose e a apatia, na maioria dos pacientes examinados.

Nos estudos da sintomatologia comportamental e psicológica dos pacientes pós-AVC nos EUA, detectou-se com maior frequência a depressão e a ansiedade em 60%, a apatia em 20% e a reações catastróficas em 20% (Engelhardt, et al. 2003). No entanto, o diagnóstico de depressão pode ser difícil ou impossível em alguns casos ou em determinados grupos de pacientes idosos, principalmente nos que apresentam comprometimento cognitivo, como afasia, já que a depressão pode durar entre 9 a 24 meses. A lesão do hemisfério esquerdo tem sido considerada como a localização mais frequentemente relacionada com a depressão, embora alguns estudos, como por exemplo, os de Robinson e seu grupo (2003), não demonstram essa característica de modo consistente.

Outros estudos demonstram uma associação significativa com a lesão do hemisfério direito, em que a deplecção (redução de alguma substância ou processo físico, químico ou biológico) de mono-aminas que ocorre após lesões basais ou no lobo frontal, pode estar relacionada com a gênese da depressão. Estas associações das manifestações neurológicas ligadas aos comportamentos cognitivos vasculares são acompanhadas por sinais focais neurológicos numa proporção crescente de casos e de risco (Engelhardt, 2003). O controle motor é frequentemente comprometido em intensidade variável, com manifestações piramidais unilaterais, hemiparesia, hemiplegia, paresia facial ou bilateral e extrapiramidal, parkinsoniana, apraxia de marcha, ataxia frontal, distúrbios da deglutição e da fonação com riso-choro espasmódico, síndrome pseudobubares, distúrbios do controle oculomotor,

presença de reflexos primitivos que são acompanhados de ocorrências frequentes e acontecimentos sensitivo-sensoriais, visuais, auditivos, vestibulares, somestésicos, em que as manifestações autónomas são representadas principalmente por incontinência esfincteriana nesses pacientes.

2.4 - Implicações patológicas dos AVCs

Estudos indicaram que em pacientes atingidos por um transtorno do AVC que foram avaliados clínicamente e submetidos a exames rigorosos, as ocorrências de comprometimento cognitivo verificaram-se em associação com outros tipos de lesões vasculares do encéfalo. O acidente vascular encefálico (AVE) afeta homens e mulheres quase que igualmente, predominando mais em negros do que em brancos, especialmente nas faixas etárias mais jovens (O'Sullivan & Schmitz, 2004). De acordo com Stokes (2000), os AVEs são raros abaixo de 50 anos, mas a incidência aumenta progressivamente nas faixas etárias subsequentes.

Alguns desses quadros clínicos podem ter as suas evidências na decorrência de demências cognitivas vasculares que apresentam grande variabilidade, compreendendo as manifestações cognitivas, comportamentais e psicológicas, funcionais, motoras e autónomas, em proporção e períodos variados, de acordo com o tipo, localização, número, extensão e cronologia das lesões. Essa degeneração cognitiva e as outras manifestações podem desenvolver-se de modo rápido ou lento como resultado das características já mencionadas. Assim, foram classificadas em subtipos as lesões que podem levar a um quadro de comprometimento cognitivo vascular com patologias de demências provocadas pelos distúrbios dos AVCs.

As orientações psicoeducativas são, atualmente, bastante utilizadas e úteis (Sandler, 1991; Myiazaki & Silvares, 1997; Schestatsky & Fleck, 1999; Ito & Lotufo Neto, 2000). O impacto cerebrovascular é o tipo de comprometimento cognitivo vascular que mais prevalece nas demências vasculares, ocorrendo em cerca de 30% dos pacientes indivíduos a um AVC dentro de um período de três meses. O paciente nestas circunstâncias poderá permanecer estável por um determinado tempo e depois evoluir com um declínio cognitivo gradual, algumas vezes acompanhado por depressões ou por distúrbios psiquiátricos diversos.

Como pode ser observado neste estudo de Engelhardt (2003), o comprometimento cognitivo vascular pós-AVC compreende principalmente casos com AVCs subcorticais múltiplos ou estratégicos, assim como lesões decorrentes de AVCs hemorrágicos.

A demência por múltiplos enfartes corresponde a cerca de 20% dos casos de distúrbios cognitivos. As síndromes por isquemia subcortical respondem por cerca de 30% dos casos de doenças vasculares e demência pura ou mista, sendo que aproximadamente 60% correspondem predominantemente do tipo Binswanger.

O fato de a demência de Binswanger poder ser diagnosticada como aguda, com evidências de impacto do AVC, em dois terços dos casos o diagnóstico é considerado falso, sem a ocorrência de ataques isquémicos bem definidos. A demência vascular isquêmica subcortical (DVIS) geralmente tem prognósticos iniciais falsos e as relações temporais entre essas manifestações clínicas e as neuroimagens não costumam ser claras, aparecendo e apresentando-se nos subgrupos mais homogêneos e representactivos de pacientes idosos, com aspectos neurológicos, evolução, desfechos e repostas terapêuticas mais previsíveis em comparação aos outros subtipos dessa classificação estudada.

2.5 - Critérios Neuropsicológicos dos AVCs

A psicoeducação indica através de estudos que a neuropsicologia é uma interface ou aplicação da psicologia e da neurologia, que estuda as relações entre o cérebro e o comportamento humano, tem sua fundamentação na investigação das diferentes lesões que podem causar *déficits* em diversas áreas da cognição humana, estuda as funções metais superiores, não se preocupa com agressividade, sexualidade que passa a ser uma abordagem mais integrativa da fisiologia e da biologia (neurobiologia, neurofisiologia, psicofisiologia, psicobiologia) ou da neurociência. A sua principal contribuição esta nos resultados da pesquisa cientifica que elabora as intervenções em casos de lesão cerebral, quando se identifica ou verifica o comprometimento da cognição e de alguns aspectos do comportamento. Atribui ao Psicólogo Canadense Donald Olding Hebb (1904-1985) o termo neuropsicologia. A neuropsicologia, pelas suas características metodológicas, vem assumindo uma posição de destaque no conhecimento do diagnóstico dos quadros de comprometimento cognitivo e de demência, fazendo atualmente parte integrante de todos os critérios.

Nos estudos de Fischer et al. (1991), os achados foram muito variáveis, considerando a heterogeneidade da doença vascular, os critérios de diagnóstico utilizados e os diversos critérios de inclusão e exclusão, assim como a problemática do encaminhamento. Assim, foi possível descrever como é que os pacientes com doenças vasculares degenerativas comuns tendem a apresentar comprometimentos definidos das funções executivas e da atenção. Quanto ao comprometimento da memória, este foi diferente, apresentando melhores desempenhos na função episódica e de conhecimento, piores na semântica e na função visuoespacial, bem assim, mais alterada nas demências vasculares. Quanto à linguagem, excluídos os casos de afasia pronunciada, a dicotomia tende a ser nítida na demência vascular, embora o paralelismo realizado com outros domínios cognitivos não permita uma clara distinção entre a demência vascular (DV) e a demência de Alzheimer (DA).

2. 6 - Efeitos Bio-Neurogenéticas das Desordens e dos Distúrbios dos AVCs

Através desses estudos foram encontrados indicactivos de que os AVCs podem ser responsáveis por diversos distúrbios neurodegenerativos, que apresentam uma prevalência em cerca de 20% da população, ao longo da vida. A psicoeducação refere, através de estudos realizados (Bottini et al. 2006 & Snowden et al.2002), que existe uma tendência à participação do componente genético-epidemológico que acompanha estes distúrbios. Alguns estudos em famílias demonstraram a existência de um risco quatro vezes maior para o desenvolvimento do AVC em parentes, comparativamente à população em geral. Outros estudos realizados em gêmeos dos quais destacamos as obras de Tienar, (1975), Kendler e Robinette (1983), Tsuang et al. (1991) e a de Ridley (2003) têm demonstrado um risco aumentado em cerca de cinco vezes para gêmeos monozigóticos, que dividem praticamente 100% da carga genética, quando comparados com gêmeos dizigóticos, compartilham próximo de 50% da carga genética.

Portanto, a possibilidade para um AVC em gêmeos monozigóticos sugere a aproximação de 50%. Acredita-se que o componente genético, a herança do AVC, corresponde a cerca de aproximadamente 50% do total de fatores responsáveis pelo desenvolvimento dessa doença, levando-se em consideração na análise todos os tipos de casos de distúrbios provocados pelo AVC. Há algumas evidências de que o AVC pode ser também, responsável pelo transtorno neuropsiquiátrico bastante heterogéneo na sua manifestação clínica. No entanto, um dos aspectos mais importantes desta heterogeneidade para estudos genéticos é a idade de aparecimento dos sinais e dos sintomas.

A psicoeducação sugere que os pacientes devam ser divididos em dois grupos: os de início precoce, ou seja, com aparecimento de um quadro clínico antes dos 10 anos, e os de início tardio, com início de um quadro clínico após os 60 anos de idade (Farrer et al. 1990; Hendriks et al., 1992).

A importância desta divisão advém do fato de que, a idade de início dos primeiros sintomas pode ter uma grande correlação entre membros afetados de uma mesma família, possibilitando uma agregação de determinado tipo de caso nas diferentes famílias, mostrando que eles devem ter uma fundamentação genética diferente.

2.7 - Génese dos distúrbios de início precoce

A psicoeducação norteia através de estudos que com o advento da biologia molecular nos anos 80, passou-se a investigar os possíveis genes envolvidos na etiologia das doenças e dos distúrbios provocados pelos AVCs. Uma das estratégias adotadas foi a de utilizar, para esses estudos, as famílias dos pacientes pós-AVCs com quantitativos variáveis de membros afetados nas várias gerações, identificando aqueles nos quais o transtorno começou antes dos 10 anos de idade. Apesar de essas situações serem raras, a distribuição do transtorno do AVC nessas famílias sugere a presença de um gene único, com herança do tipo autossômica dominante, mendeliana, como causa da doença.

Esses casos de distúrbios e de transtornos de início precoce, com padrões de herança genética autossômica dominante, representam de 8 a 10% do total dos casos de pacientes com distúrbios e distúrbios dos AVCs. Conforme Stolov e Hays (1994), se o diagnóstico e o tratamento são apenas da doença, a assistência pode não ser suficientemente para que o indivíduo volte à interação sócio-familiar. Alguns estudos referem que a gene da proteína precursora da amiloide, o beta-amilóide, fragmento protéico que é encontrado nos depósitos das placas senis dos cérebros de pacientes com distúrbios e distúrbios provocados pelo AVC e com sintomatologia de tipo de Alzheimer, tem origem numa proteína maior, denominada "proteína precursora do amilóide".

O gene que codifica a proteína precursora do amilóide localiza-se no cromossomo 21, tendo já sido identificadas seis mutações associadas às doenças degenerativas. Tais modificações correspondem a menos 0,5% do total de casos de AVC. Em 1992, num estudo sistemático realizado ao longo de todos os cromossomos, gene pré-senilidade um, foi identificado outro gene em famílias com vários membros afetados por AVCs.

Nesses membros não foram detectadas as recém-descobertas alterações no gene da proteína precursora do amilóide. Ainda na sequência do gene da pré-senilina dois, outro gene associado aos casos de doenças degenerativas de início precoce foi identificado, localizando-se no cromossomo um e tendo sido denominado de gene codificador da pré-senilina dois (PS2). O produto desse gene é a proteína com consequência de aminoácidos idêntica à PS2 em 67 %. Duas transformações nesse gene foram relacionadas com as doenças degenerativas. Este estudo (Blaker et al., 1998; Dodel et al., 2000; Gibson et al., 2000) sugere que este gene deve ser responsável por um número mínimo, cerca de 0,5%, dos casos de doenças de Alzheimer e/outras associadas à degeneração.

A educação para a saúde clarifica que nos estudos em famílias de pacientes com distúrbios dos AVCs ou com história clínica de doenças de Alzheimer do tipo tardio, a presença de uma região no cromossomo 19 associado às doenças degenerativas e, também, à doença de Alzheimer. De acordo com estudos que já (Corder et al., 1993; Saunders et al., 1996; Strittmatter et al., 1993; Breitner et al., 1999 & Seshardri et al. (1995, 1997) identificaram, nessa região, o gene codificador da apolipoproteína E (ApoE), uma proteína associada a Lipoproteínas plasmáticas, a qual participa na modulação do metabolismo e excreção do colesterol e outras lipoproteínas de baixa densidade (LDL e VLDL).

2.8 - Contribuições da Neuropsicologia para os AVCs

A neuropsicologia é um dos ramos da Medicina que também é responsável pelo estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção dos distúrbios do comportamento humano. Um comportamento anormal pode ser determinado ou modificado por fatores genéticos, físico-químicos, psicológicos e sociais, entre outros. É uma nova disciplina que estuda a relação cérebro e desenvolvimento-comportamental, e a avaliação neuropsicológica é um dos instrumentos utilizados para este fim (Teerter & Senrud-Clikeman, 1995).

O teste neuropsicológico avalia os efeitos da lesão no funcionamento cerebral, o grau no qual a lesão afeta a capacidade de processar informações em determinado domínio cognitivo, e, como resultado, o desenvolvimento de competência em outros domínios (Fischer & Rose, 1994). De acordo com esses estudos, nos distúrbios do desenvolvimento existe sobreposição de dificuldades afetando mais de uma área cognitiva (Stanford & Hynd, 1994) e os testes neuropsicológicos conseguem discriminar as funções cognitivas básicas comprometidas, tornando a reabilitação específica.

Outros estudos indicaram que as pesquisas neuropsicológicas repercutem-se na prática clínica, alterando a direção da reabilitação cognitiva, como ocorre com o treino de consciência fonológica em adultos e crianças com distúrbios específicos, depois da identificação do *déficit* no processamento fonológico com distúrbios provocado por um transtorno cérebro vascular (Korkman, Kemp & Kirk, 2001).

Quanto à avaliação neuropsicológica, este é um problema adicional dos profissionais interessados nesta área. Há uma escassez de instrumentos padronizados para o português e adaptados à realidade brasileira. Em geral, os instrumentos utilizados são importados da língua inglesa e simplesmente traduzidos para o português (Radonovic & Mansur, 2002).

Com isso, a estrutura peculiar da linguística e semântica da língua portuguesa, única oficial no Brasil, além dos diferentes contextos culturais e estilos de vida dos países anglo-saxônicos e latinos, tornam difíceis as interpretações dos resultados advindos de pesquisas com tais instrumentos. Para além desta dificuldade, os instrumentos precisam ser adaptados à nossa realidade (Hambleton, 1994; Shepherd & Leathem, 1999). A vantagem dessa adaptação de instrumentos já validados em outros países é, apenas, diminuir o custo e facilitar o intercâmbio de informação entre a comunidade científica (Guillemin, 1995 & Hambleton, 1994).

2.9 - A psicoeducação e algumas Considerações Éticas e Legais

A psicoeducação geralmente é chamada para atuar em circunstâncias de crise, nas quais terá que usar de muita flexibilidade, fundamentada em poucas informações, num curto espaço de tempo, fora de um ambiente clínico, contando com uma equipe de assistência sobre a qual tem pouco controle, bem como raciocinando numa combinação delicada de fatores orgânicos e psicodinâmicos. Essas características de trabalho podem torná-la mais susceptível diante de vários dilemas éticos e de situações com repercussões jurídicas.

A proposta de trabalho da psicoeducação está centrada em recomendações clínicas, e deve agir como um advogado, exercendo uma psicoterapia defensiva, excessivamente preocupada com futuras ações legais (Groves & Vaccarino, 1987). Não é apropriada a simples transposição da doutrina norte-americana para o Brasil. O direito anglo-americano não possui uma codificação de leis, ao contrário da maioria dos países latinos (Rojo Redes, 1997). Desta formas, esse sistema baseia-se em decisões de tribunais e de juízes, fundamentando-se no procedente legal e nas regras de evidência.

Caberá ao profissional prova que agiu no caso em questão em conformidade com o padrão da sua especialidade, não se desviando de um modelo ideal de conduta (Neto, 1994). No Brasil, a Constituição de 1998 e o Código de Defesa do Consumidor de 1990 ampliaram as possibilidades de exigências legais relacionadas com a responsabilidade civil de profissionais das áreas de educação e saúde. De acordo com a Constituição do Brasil e nos demais países latinos, sempre que houver responsabilidade do profissional, os danos resultantes da atividade profissional obrigam ao ressarcimento civil e penal. Conforme o esboço no antigo Código Civil Brasileiro, de 1916 (artigos 159 e 1545), a responsabilidade do profissional é extracontratual e subjetiva, imputando-se à vítima o ônus da prova.

O novo Código Civil aprovado em 2002 traz a hipótese de responsabilidade objetiva para todas as profissões que por natureza criem o risco de danos a terceiros (Pereira, 2003). De acordo com esse entendimento, a relação entre terapeuta e paciente é, implicitamente, contratual. A primeira consulta tem caráter probatório, após a qual uma das partes poderá decidir não empreender o tratamento. Considera-se que, ao assistir o paciente, o psicoterapeuta assume obrigações de meio, não de resultado (não se compromete com a cura). É a sua própria atividade o objeto do contrato. Em alguns casos, entretanto, pode-se presumir a culpa (responsabilidade objetiva), quando se espera uma obrigação de resultado, como no caso de hospitais, quanto aos atos dos seus funcionários (Bittar, 1991).

PARTE II – DIVERSIDADE METODOLÓGICA DOS DISTÚRBIOS DO AVC

"Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousãdia, pois o triunfo pertence a quem se atreve... A vida é muita para ser insignificante".

Charles Chaplin

CAPÍTULOS 3 – IMPACTOS E PARADIGMAS

3.1. O impacto dos métodos

O termo metodológico significa literalmente seguir um caminho (*meta*- ao longo de; *hodós* – caminho). Refere-se, portanto, ao passo que devem ser tomados, numa certa ordem e critério, para se alcançar um determinado fim. A literatura indica que o primeiro texto sobre método data da Grécia Antiga e foi atribuído a Aristóteles (silogismo aristotélico): sistema de dedução formal segundo o qual, perante duas proposições denominadas de premissas, delas se extrai uma terceira, chamada de conclusão. Os métodos de investigação aplicados para o estudo do transtorno pós-AVC podem ser divididos em cinco áreas: na psicanálise, na epidemiologia, na genética, nas ciências sociais e nas neurociências.

Entendemos que na Psicanálise há um método especial de tratamento criado por Sigmundo Freud (1856-1939) para a cura de desordens mentais e nervosas (estruturas das neuroses e das psicoses) e é também um meio de exploração do subconsciente através de uma análise psicológica e ciência do inconsciente. Esse trabalho indica que temos uma tarefa de análise profunda. Precisamos procurar aquilo que foi esquecido a partir dos arquivos deixados para trás após a doença, ou, mais corretamente, construí-lo. O trabalho da Psicoeducação é de construção ou reconstrução de um novo perfil socio-familiar. Para Habermas, (1968), a psicanálise é diferente da ciência empírica. Ela envolve o conhecimento através de outro quadro metodológico (a exegese dos textos e das ideias), no qual tentará interpretar aquilo que está por trás das ideias, por trás dos textos, trabalhando, portanto, com a interpretação. Nesse contexto, o método psicanalítico, a validade dos resultados e a validade dos dados têm como objetivo principal o paciente, que necessita ter toda sua cognição preservada.

E, na verdade, este é o ponto frágil da psicanálise, pois toda a validação dos dados e das interpretações é negociada entre o analista e o seu paciente. Convém recordar também que, a psicanálise foi eficaz, intrigante, na modificação do costume e no entendimento entre as pessoas, na expressão dos desejos, no que Freud chamou de inconsciente e que permitiu um entendimento muito melhor entre nós, seres humanos, possibilitando-nos uma maior consciência dos motivos subjacentes aos nossos atos e comportamentos. Existe uma preocupação nesse estudo do impacto do AVC na vida familiar quanto às alterações cognitivas e afetivas que tanto na fase aguda quanto no período de reabilitação que tornou o estudo de caso mais relevante.

A técnica neuropsicológica tem contribuído de forma fundamental para o tratamento do paciente pós-AVC. A psicoeducação entra nesse contexto com a indicação de realização de análise comparativa e qualitativa dos resultados obtidos, permitindo a relação entre disfunção neurológica, histórica e comportamental do paciente e de seus familiares. Permite a correlação com as informações advindas de outros exames e o quadro clínico do paciente e as perspectivas dos seus familiares. O primeiro momento para a reabilitação é a identificação das funções cognitivas e a integração das informações somáticas com outras modalidades sensoriais e com o planeamento dos movimentos que estão relacionados com as áreas de associação do córtex cerebral (Kandel, Schwatz & Jessell, 2000).

Nos estudos de Cllente et al. (2005) foram referenciadas áreas de projeção e de associação que formam as áreas funcionais do cérebro, onde as primeiras recebem ou dão origem a fibras relacionadas com a sensibilidade e motricidade e, se lesionadas, podem causar alterações sensitivas ou motoras. Não devemos excluir que nas áreas de associação são relacionadas funções cognitivas complexas, inclusivamente do comportamento emocional, movimento voluntário, linguagem e percepção sensorial. Toda essa complexidade determina que o córtex pré-frontal se comunique com todo o encéfalo, pois dele passa a receber aferências diretas e indiretas de áreas corticais ipsilaterais e contralaterais por meio do corpo caloso e têm como aferência subcorticais o sistema límbico, sistema reticular, hipotálamo e sistema neurotransmissor (Kemmotsu, Villalobos, Gaffey, Couchesne & Muller, 2005).

Estas vias integram propriedades entre o meio interno e externo. São áreas sensoriais que ficam posteriores e fazem uma síntese entre as dimensões sentimentais e da razão na produção do comportamento (Mesulan, 2000). Noutras investigações, a literatura indica que é a área pré-frontal que compreende a parte anterior e não motora do lobo frontal, e que é através dos fascículos de associação do córtex que se recebem fibras de todas as demais áreas de associação corticais e límbicas. As conexões entre o córtex pré-frontal e o sistema límbico poderiam ser consideradas responsáveis pela interface entre cognição e emoção, geralmente envolvida nas funções consideradas de execução (Naghavi & Nyberg, 2005). Esta é uma das terminologias utilizadas para delimitar um conjunto de funções complexas que envolvem iniciação, planeamento, levantamento de teorias, flexibilidade mental, tomada de decisão, auto-regulação, julgamento, utilização de *realimentação* e autopercepção.

Estas nomenclaturas passam a contribuir, assim, para um desempenho efetivo, contextualmente adequado com a sua capacidade de alternância entre tarefas e a memória operacionalizada (Collette et al, 2005 & Lesak, 1995). Segundo Brass, Derffuss, Forstmann e Cramon (2005) toda a problemática necessita de investimento e focalização atencional (análise dos dados do problema, estratégia, ação e avaliação do resultado). Para Tylor e Saint-Cyr (1995) (citado por Pinto, 2005), o controle da atividade atencional obedece a dois componentes: um processo automático que controla as ações de rotina e o Sistema Atencional Supervisor (SAS), modelo atencional de Norman e Shallice (1986) que intervém na programação da ação e na tomada de decisão para as novas tarefas. De acordo com a literatura, a incapacidade do indivíduo lesionado de fazer aprendizagem associativa está correlacionada ao seu *défict* temporal de memória. As lesões frontais perturbariam a memória prospectiva que permite ter acesso a informações ordenadas no tempo e espaço, a fim de ativar as estratégias necessárias à memorização sequencial das atuações e à resolução de problemas (Brass et al, 2005).

O lobo frontal teria o papel fundamental neste processo, inibindo a atividade concorrente desnecessária e adaptando o comportamento de escolha às exigências encontradas na flexibilidade mental. Assim, pacientes que apresentem lesão frontal podem ter tendência à imitação e persistência por falhas no controle inibitório, explicado pela incapacidade de modular o comportamento adequado às exigências da tarefa (Shiv, Loewenstein & Bechara, 2005). Portanto, as dificuldades de atenção dos indivíduos com lesão frontal podem ser mostradas pela distração e contaminação das tarefas por estímulos vindos do meio ambiente. Desse efeito, a atenção pressupõe orientação e concentração mentais dirigidas para uma tarefa e inibição de atividades concorrentes (Naghavi & Nyberg, 2005).

O nosso trabalho tem por estratégia descrever exploratóriamente um universo de multi-casos com o mesmo enfoque. A linguagem brasileira e portuguesa tenderá a desenvolver-se lentamente e fortuitamente, por acréscimo de vários saberes. A sistematização só poderá ser feita mais tarde, quando os temas carregados de observações gerais se acumularem e passarem a integrar o contexto das razões e das conseqüências. Ocorreu nesse meio-tempo (causa e efeito) uma compreensão dos significantes e dos significados que os termos vão adquirindo em cada conjunto de objetos e objetivos apresentados. Não vamos aqui citar obras de referência nem tão pouco concepções diferenciadas daquelas já consagradas e consideradas, como por exemplo, o Vocabulário de Psicanálise, de Laplanche e Pontalis.

As sucessivas tentativas de definir e teorizar trabalhos de investigação numa área psicanalítica ajuíza numa insatisfação com as abordagens metodológicas pré-existentes, assim como a necessidade de considerar os avanços das diversas teorias. Freud modificou com frequência as suas conclusões teóricas com base em observações posteriores (assim, por exemplo, modificou a teoria da sedução, reviu a teoria dual dos instintos e da ansiedade e utilizou sucessivos modelos da mente). Geralmente, Freud não procurava esclarecer a teoria nova em relação à antiga e preocupava-se pouco com a sistematização da teoria. Contudo, alguns autores e seguidores ocuparam-se muito com toda esta tarefa de "limpeza", em particular, Hartmann (1994) e Loewenstein, et al (1975). O desenvolvimento histórico da ideia de investigar o impacto da doença do tipo AVC na vida familiar, embora relevante, não pode ser totalmente elaborado.

A padronização de termos é essencial para o ensino, para a pesquisa e para o desenvolvimento das diversas teorias, e é impossível comparar dados num quadro comum de referência, numa linguagem comum para a educação e para a saúde, empregando um método de transmissão desses conhecimentos considerados específicos, para alguns, com as mesmas referências e simbologia. Urge criar aqui, neste contexto, um glossário para facilitar a nossa transmissão de conhecimento, condensando os significados posteriores e anteriores, bem como ajudar a esclarecer o status atual de termos e conceitos específicos da educação e/ou da saúde. Aqui vamos tentar apontar também as dificuldades existentes na definição dos termos psicanalíticos, dificuldades que apontam e afetam o esclarecimento do significado que se pretende clarificar.

O lugar da psicanálise na ciência (Hook, 1959), a formação da teoria psicanalítica (Waelder, 1962; Basch, 1973) e os modelos da mente (Abrams, 1971; Gedo & Goldberg, 1973) têm sido de interesse continuado para os psicanalistas. Tais dificuldades incluem o problema da pesquisa, a escolha dos termos e a determinação do espaço a ser concedido a cada um deles, algo que deveria refletir-se na sua importância relativa, na escolha do tema e na modificação das teorias já obsoletas, pois, se as empregarmos mal, vai fornecer conceitos ambíguos. Freud fez as suas observações iniciais, contextualizou os processos mentais, intencionalmente ou não, imaginou uma terminologia para a sua nova psicologia máxima e profunda.

Apesar dos diversos progressos em psicanálise refletidos nos estudos e nas publicações literárias técnicas atuais ainda constituírem num norte de difícil compreensão em diversas línguas do significado de termos originalmente expressos em alemão, aumentado pelas distorções introduzidas pelos diversos tradutores de Freud. Tais esforços foram perturbados ainda pelas dificuldades estruturais da própria tradução e pelas diferenças singulares do inglês e do alemão. Através do contexto simbólico, as dificuldades de demonstração de um contexto ou estrutura linguística de uma causa e de um efeito são intrínsecas nas suas dificuldades linguísticas e no hábito de pensamento que varia de cultura para cultura, e de época para época. Esta é apenas uma das diferenças estruturais que encontramos entre os contextos linguísticos.

Freud recebeu o prêmio Goethe de Literatura por ter apresentado as suas ideias e foi bastante criticado, tendo de adaptar a terminologia das ciências psicológicas, psicopatológicas e neurofisiológicas da sua época (Sonenrich & Estevão, 2007). A metodologia de investigação de Freud concebe o inconsciente sob uma rica variedade de maneiras para capacitar os avaliadores e futuros leitores, deste estudo, a manter simultanemanete diversas imagens na mente. Os termos, conceitos, hipóteses, teorias e leis (relação constante entre o fenómeno e a sua causa) que constituem os instrumentos fundamentais da construção de teorias em ciências são meramente símbolos manipulados de acordo com as normas da gramática e da lógica. O termo fundamentado e a operacionalidade serão definidos de acordo com os efeitos observáveis suficientes e invariáveis para garantir a aplicação do termo a cada ocorrência do efeito.

Quanto às definições, elas são acordos, entendimentos, que nunca deveriam ser confundidas com os fatos. Schafer (1976) encara todos os fenómenos mentais como ações a serem descritas por verbos e advérbios. Essas tais tentativas de clarificação não nos impedem de respeitar os autores que pensam de modo literal, mas também apresentam o risco de introdução de novos problemas. Ao contestarmos os conceitos abstratos, vamos utilizar palavras e expressões em sentido diferente daqueles que, de outra maneira, lhes pertencem. A metáfora, o símile, a metonímia, a sinédoque e a ironia são utilizadas para dar vida, estilo ou ênfase a uma ideia. A nossa linguagem poderá interferir com a compreensão, mas temos de usar o que se encontra disponível no momento na literatura. Embora uma metáfora possa ser transformada num símile pela introdução das palavras “como” ou “semelhante a”, o impacto cognitivo e afetivo é, por isso, diminuído.

Os afetos são complexos estados biopsíquicos que incluem uma experiência subjetiva, assim como componentes cognitivos e biofísicos. Nenhum pesquisador deu mais importância ao afeto (amor), em particular ao amor, do que o suíço Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827). Os afetos variam de distinções e conceitos e são às vezes interpretados de formas diferentes (sentimentos, emoções e afetos).

Os sentimentos referem-se ao estado central e subjetivamente experimentado e podem ser bloqueados à consciência, às emoções e às manifestações de sentimentos observáveis, e os afetos a todos os fenómenos relacionados, alguns dos quais são inconscientes. A psicoeducação mostra que os termos são com frequência utilizados de modo intercambiável, mas, contudo, refere-se a uma gama que vai de estados biopsíquicos primitivos a estados biopsíquicos complexos e cognitivamente diferenciados. Um estado carinhoso relativamente estável e de longa duração, evocado e perpetuado pela influência continuada da fantasia inconsciente, é chamado de humor.

A psicoeducação utilizada neste estudo como área de conhecimento e saberes teóricos e práticos foi claramente identificável. Segundo Coll (2004) este tipo de estudo tem a sua origem na crença de que a educação e o ensino podem melhorar sensivelmente com a utilização adequada dos conhecimentos psicoeducactivos. Tal convicção, que tem as suas raízes nos grandes sistemas de pensamento e nas teorias filosóficas anteriores ao surgimento da psicologia científica, foi objeto de múltiplas interpretações. Hoje existem profundas discrepâncias quanto aos princípios que devem ser aplicados, em que aspecto ou disposição de educação deve ser usado e, de maneira muito particular, o que significa exatamente aplicar de maneira correta à psicoeducação?

Os afetos podem ser divididos nos seus três níveis de conceptualização: (1) manifestações clínicas, tais como o estado relatado de sentimento, em especial em relação ao contínuo prazer-desprazer; (2) concomitantemente com a neurobiologia que inclui fenómenos hormonais, secretores, vegetativos e/ou somáticos; (3) um conceito metapsicológico que foi relacionado com a energia biopsíquica, as pulsões instintivas e sua descarga, com as inclinações sinalizadoras sem descarga de pulsão, com o *ego* e a sua estrutura, o conflito estrutural, as relações objetais, a psicologia do self e com um sistema organizador supra-ordenado para diminuir a sua vulnerabilidade. A vulnerabilidade, conforme é vista por Ayres (1999), está na falta ou na não-condição de acesso a bens materiais e bens de serviço que possam suprir aquilo que pode tornar o indivíduo vulnerável.

Portanto, o componente subjetivo do sentimento de dedicação possui sempre uma qualidade jovial/alegre ou desagradável (exceto os sentimentos que envolvem desligamento e isolamento); os estados afetivos, assim, quase sempre têm qualidades motivacionais, como se as emoções alternassem erroneamente o curso do pensamento, alternando os juízos por completo e verdadeiro (Pinto, 2005a). A ansiedade, por exemplo, é ativada pela percepção do perigo e a cognição que a acompanha, organizando-se em torno dos diversos temas, embora o seu conteúdo específico dependa das experiências e fantasias do indivíduo em situação de riscos percebidos a partir da primeira infância e mais presentes na fase adulta. No entanto, o componente biofísico do afeição é mediado e/ou controlado através do sistema nervoso autónomo (pulsação rápida, suor, choro, aumento do peristaltismo intestinal, enrubescimento, reações fisiológicas possíveis e impossíveis e outros) e do sistema nervoso voluntário (mudanças de postura, expressão facial, tom de voz).

Todos os fatores que determinam a força e a composição do comportamento biofísico de um estado afetivo específico não representam geralmente a realidade, eles não são claros. Evolutivamente, as amizades surgem de padrões de reações biofísicas fixas e geneticamente transmitidas. A psicoeducação entende que nove de tais padrões (surpresa, interesse, alegria, aflição, raiva, medo, vergonha, desprezo e nojo) são universais, proeminentes e facilmente identificados durante o primeiro ano de vida, embora esta sugestão seja controversa. Nessa comparação, Webster (1979) destaca que o termo "emoção" inclui a ideia de se pensar em agitação da mente, cujo efeito se observa no corpo. A reação biológica inicial rapidamente se torna vinculada a traços mnémicos codificados, de maneira que padrões perceptuais familiares mobilizam as reações afetivas apropriadas em antecipação daquilo que o bebé veio a esperar por associação.

Uma vez que esta associação, com frequência, envolve objetos libidinais e agressivos que são experimentados como relacionamento com o self, os apegos são, de um modo geral, intimamente vinculado a representações da self e fantasias relacionadas a estados pulsionais. Esta última vinculação levou Freud a afirmar que as afeições são derivadas pulsionais, mas elas são hoje consideradas estruturas do ego que podem ou não estar relacionados a pulsões ou envolvimentos conflictuosos. Estudos indicaram que a educação não-directiva, Rogers e Kinget, (1977) sugere que os afetos possuem uma importante função adaptativa, ao alertarem ou prepararem o indivíduo para uma reação apropriada ao seu meio ambiente externo e interno, e comunicarem o seu estado interno a outras pessoas, bem como evocarem respostas

naqueles que cuidam e outros indivíduos importantes para ele (doenças crônicas e degenerativas como os AVCs que refletem bem esta relação sócio-familiar).

No entanto, as percepções relacionadas com estímulos imediatos e as suas representações intra-psíquicas (que são avaliadas, integradas e a elas se reage ao longo das linhas de experiências passadas), determinam a natureza de um estado de sentimento. Portanto, a avaliação de tais percepções dá-se simultaneamente ao longo de muitos vetores, dependendo de vários estímulos que despertam sentimentos de perigo, trauma, segurança, prazer, bem-estar, auto-estima, gratificação instintiva, domínio, prazer de função, culpa, vergonha, ou uma combinação de vários estímulos. Nessa perspectiva, o neurologista António Damásio, na sua notável obra *O erro de Descartes* (1996), postula a existência de uma forte interação entre a razão e as emoções, defendendo a ideia de que os sentimentos e as emoções são uma percepção direta dos nossos estados corporais e constituem um elo essencial entre o corpo e a consciência.

Os estímulos derivados de afeto podem trazer à tona sentimentos e associações penosas, ou então assinalar perigo; com eles pode-se lidar mediante uma variedade de manobras defensivas. A falta de literatura que defina uma teoria satisfatória e abrangente dos amores conduziu a posições psicanalíticas competitivas no campo da teoria dos afetos; os teóricos disputam a existência da dedicação inconsciente ou da culpa pré-edípica, a relevância das observações diretas do desenvolvimento e certos afeto (como a depressão, por exemplo) são categorias diagnósticas ou configurações de sintomas. Estudos revelam uma grande diversidade nas taxas de incidências de sintomas depressivos em adulto jovens e crianças brasileiras e de outros países. No Brasil, os dados sugerem que algumas cidades parecem apresentar uma incidência maior, talvez em função de diferenças socio-económicas e características locais ou regionais.

Uma alta incidência tem sido detectada em Recife, na Paraíba e em São Paulo. Bandim et al. (1995) encontraram 12,5% de indivíduos com depressão. Barbosa e Gaião (2001) revelaram 22% desses indivíduos com sintomatologia depressiva na Paraíba. Curatolo (2001) obteve 21% de adultos jovens com sintomatologia depressiva em São Paulo. Efetivamente há também controvérsias sobre se determinados afeto derivam mais de um período que de outro, e existe discordância sobre quais períodos evolutivos (edípico ou pré-edípico, por exemplo) dão origem a enfermidades afetivas específicas ou ha grupos de sintomas.

Estas estão relacionadas, na imagística simbólica, com fenómenos do processo primário e o seu emprego pode ajudar na integração de tais processos biopsíquicos. No entanto, esses conjuntos de considerações são significativos para uma comunicação humanizada de fatores relevantes para prender a atenção e facilitar a compreensão do tema bem como o impacto da doença na vida familiar. Esta consciencialização é muito necessária para a nossa investigação científica na transmissão das nossas descobertas, na transmutação dos achados em teoria e na comunicação dessa teoria para outras investigações, hoje para nós tão relevantes.

3.2 - Os paradigmas da dor biofísica e biopsíquica na Família

A dor psíquica é descrita como uma dor que duros meses, anos, ou a vida toda. Pode haver ocorrências intermitentes dessa dor que passam a responder por uma cronicidade e que se caracterizam por períodos de dor física, intercalados com intervalos isentos de dores físicas e/ou psíquicas. Esse padrão pode repetir-se continuamente durante anos. A dor crônica também pode ser constante, persistir e piorar progressivamente, apesar do tratamento (Atkinson & Murray, 1989).

Serão abordadas as síndromes isquémicas de origem psicossomática, neurológica e sistémica. A motivação para estudar este tema advém da necessidade que temos de aprofundar os conhecimentos e identificar os vários tipos de efeitos de doenças somáticas, em particular na atividade laboral, que têm sido objeto de estudo em diversas áreas do saber, nomeadamente na Neuropsiquiatria, na Neuropsicologia e na Neurociência.

A ansiedade pode ser um sentimento normal diante de algumas situações novas e desconhecidas, bem como, em certas condições, um sintoma de um processo patológico biofísico ou biopsíquico, podendo, ainda, constituir-se na própria doença, como é o caso dos distúrbios dos AVCs. Portanto, a educação para a saúde mostra que, do nascimento à morte, o ser humano tem enfrentado o grande desafio de viver e que, desde o nascimento e aos poucos, foi adquirindo a percepção do mundo ao seu redor e das suas mudanças, dentro e fora do seu ambiente, surgindo então à necessidade de se adaptar ao desenvolvimento atual da modernidade, e que a depressão pode interferir no rendimento da psicoeducação. Algumas investigações têm mostrado que tais sintomas também afetam os hábitos de um modo geral (Palladino e cols. 2001; Pekrun, Goetz, Titz & Perry, 2002).

A questão de viver é, antes de tudo, uma adaptação à percepção das mudanças que causam desconforto e variados graus de sofrimento biofísico e biopsíquico. Para Dembo (1994), as estratégias cognitivas são ensaio, elaboração e organização. Este sofrimento humano tem o seu início com as angústias respiratórias, seguidas por estados de indiferenciação de aflição, a partir dos quais se distinguem a maioria dos afetos, em particular, as emoções sócio-afetivas, com a presença da depressão e da ansiedade.

Contudo, o processo do adoecer vai evoluindo com a depressão e a ansiedade, isto é, passa a fazer parte da vida, é um sentimento intrínseco ao desenvolvimento humano e é experimentado de modo único pelo paciente e pelos seus acompanhantes e cuidadores. Portanto, diante deste tipo de doença, o medo que precede à realização de um exame invasivo ou a ansiedade que surge após um comunicado de diagnóstico ou internamento traz para o indivíduo um sentimento variável, de ser ou de ter de ficar doente (paciente). No entanto, estes são sentimentos e recursos que geralmente possibilitam planear e modificar as condições em que o paciente se encontra para se adaptar de acordo com as novas necessidades e situações adversas que se aproximam aos poucos.

Todavia, quando a ansiedade e a depressão são proporcionais aos valores dados à doença, o indivíduo não poderá melhorar o seu desempenho global em conduzir e promover soluções criativas e motivadoras biopsicossociais, descobrindo, também, que não é agradável estar a produzir esta ansiedade. Alguns estudos de Dalgalarrondo (2000) definem a ansiedade como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável. Entendemos a ansiedade como uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável e que não é difusa, como um mal-estar biofísico e biopsíquico, com apreensão, palpitação, sudorese e até diarreia intermitente, sendo ainda considerada normal se for um mal suportável e passageiro. Porém, muitas vezes a ansiedade é imperceptível, ou não claramente manifestada.

Contudo, quando esta ansiedade passa a ser considerada patológica, ela poderá interferir no desenvolvimento normal do indivíduo com prejuízo na auto-estima, nas relações sócio-familiares, na aquisição de conhecimentos e na memória, além de predispor a uma maior vulnerabilidade, com perdas de defesas biológicas, psíquicas e emocianais. Portanto, poderá ter características que sugerem uma resposta inadequada a uma percepção ou a um estímulo em função da sua intensidade ou duração e, que geralmente, paralisa o paciente ou o faz reagir de forma desordenada.

O estudo de Palladino et al. (2000) revelou uma forte correlação entre os componentes metacognitivos e os componentes afetivo-motivacionais, entre eles a sintomatologia da depressão pós-AVC. Com tudo isso poderá ocorrer dificuldades biopsiquicossociais para a adaptação às situações novas e, nestas condições, o paciente passa a evidenciar sinais e sintomas de grande sofrimento biopsíquico e biofísico provocado pela ansiedade.

Estes sintomas da ansiedade podem ser também específicos de origens de distúrbios diversos e podem estar associados a determinadas situações como a ansiedade situacional, ou serem tão constantes e evidentes a ponto de serem considerados traços de personalidade deste paciente (Tesar & Rosenbaum, 1994). A identificação da ansiedade como um quadro clínico específico deu-se em 1871 por Jacob da Costa, que descreveu uma síndrome cardíaca crônica sem motivo biofísica aparente. No início de 1900, Sigmundo Freud reconheceu que os distúrbios da ansiedade eram componentes centrais das doenças biopsíquicas e usou o termo "neurose de ansiedade" para descrever diversos tipos de ansiedade. Somente a partir de 1980, com a publicação do DSM-III (*Diagnostic ADN statistic manual of mental disorders*, terceira edição), os critérios de diagnóstico para os distúrbios de ansiedade foram desenvolvidos e refinados (Roerig, 1999).

Outros estudos também demonstraram que, na América do Sul, a sua prevalência é muito elevada, sendo o principal problema de saúde biopsíquica verificado nos grandes centros urbanos investigados, onde é frequente a co-morbidade entre os distúrbios de ansiedade e depressão e os distúrbios da personalidade (Roy-Byrne, et al., 1988; Angst & Wicki, 1993; Weissman, 1998). Portanto, é possível distinguir um transtorno de ansiedade patológica de um transtorno de ansiedade normal em resposta a uma situação de risco *stressante* por alguns dos critérios encontrados (Rosenbaum & Pollack, 1991; Tesar & Rosenbaum, 1994) na autonomia em que a ansiedade passa a ocorrer sem causa aparente.

3.3 - Causas individuais e os seus aspectos neurobiológicos

Em estudos das estruturas do sistema nervoso central e nas vias de transmissão, há envolvência na manifestação das emoções e da ansiedade do tipo patológico (Gorman et al., 2000). E, ainda, indica que o núcleo *locus ceruleus*, localizado no tegumento pontino dorso lateral de todos os mamíferos, é o maior agrupamento de neurónios cerebrais noradrenérgicos e a sua hiperativação, geralmente, produz sinais idênticos aos da ansiedade.

No entanto, a utilização de agonista alfa-2 clonidina e beta-bloqueadores em ensaios clínicos mostrou uma potencial redução da conseqüência de hiperatividade adrenérgica e noradrenérgico com supressão dos sintomas da ansiedade, taquicardia, pupilas dilatadas, tremores e sudores (Stahl, 2002). Por outro lado, o sistema límbico, por sua vez, envolve várias áreas corticais e subcorticais, configurando um aparelho neuroendócrino, cujo papel central se verifica na expressão das questões afetivo-emocionais e na regulação do comportamento, de acordo com as exigências do meio ambiente. A psicoeducação através da literatura específica norteia que, experimentalmente, se observou que estas áreas estão associadas a um estado de ansiedade de características diferentes e distintas: a amígdala, o hipotálamo e a matéria cinzenta periaquedutal têm alguma influência sobre as reações de medo, de ansiedade e no comportamento agressivo, regulando o chamado sistema cerebral defensivo.

Verificou-se, ainda, que o circuito septo-hipocampal funciona como fator de prevenção da ansiedade antecipatória, valendo-se da memória de experiências vividas pelo indivíduo, que, além de modularem geralmente o comportamento conforme a intensidade deste estímulo e das representações é associada a um momento de sofrimento biopsíquico. Contudo, neste contexto de avaliação, o julgamento planeado quanto à resposta adequada deste estímulo ocorre no córtex frontal, mas a excessiva ativação e a presença da ansiedade diante do estímulo significativo ou insignificativo leva à inibição dos circuitos septo-hipocampais pelo córtex pré-frontal. A falha desta função pré-frontal está possivelmente relacionada com a manifestação de sintomas obsessivos, que são sinais de alerta libertados constantemente, gerando excessiva ansiedade no indivíduo.

Nos estudos de Graeff (1993, 1999), a participação dos neurotransmissores inibitórios ácidos gama-aminobutírico na ansiedade foi reconhecida a partir do estudo do mecanismo de ação ansiolítico dos benzodiazepínicos. No entanto, os benzodiazepínicos liga-se a receptores específicos no sistema nervoso central o que levanta forte suspeita sobre a existência de ansiolíticos endógenos produzidos pelo sistema nervoso central que atcuam sobre estes receptores, modulando a ansiedade. De referir ainda que os benzodiazepínicos acentuem as ações do em nível pós-sináptico, aumentando a afinidade dos receptores do tipo gama-aminobutírico pelo neurotransmissor e, apesar de ele ser abundante no sistema nervoso central, é provável que esta atuação ansiolítica do gama-aminobutírico (GABAA) esteja relacionada com a frequência e com a ação no complexo amidalóide (Graeff, 1993, 1999).

No entanto, Graeff (1993) e Stahl (2002), indicaram que a participação da serotonina (5-hidroxitriptanina [5HT]) na passagem de um modo para outro de ansiedade, apresenta uma grande complexidade e são muitas as vias serotoninérgicas encontradas no sistema nervoso central, assim como vários tipos e subtipos de receptores hidroxitriptanina (5HT). De acordo com os mesmos estudos a buspirona, um agonista parcial dos receptores 5HT1 A, apresenta um efeito clínico favorável no transtorno da ansiedade generalizada, mas não no transtorno associado a síndromes de pânico.

Geralmente, a literatura indica que estes distúrbios, que têm o seu início numa ação e ou reação das síndromes ansiolíticas da buspirona, e de antidepressivos serotoninérgicos que acontecem após cerca de duas semanas, aconselham um processo adaptativo neuronal de receptores, semelhante aos que ocorrem com efeito antidepressivo.

3.4 - Dos efeitos da ansiedade sócio-hospitalar

A psicoeducação apresenta-se como uma intervenção promotora de saúde social e familiar, fudamentando-se nos estudos de Rosembenbaum; Pollack (1991) e Wise; Rundell (1994) mostra que a maior parte das manifestações de ansiedade vistas no hospital geral não é patológica; é apenas uma resposta temporária normal e esperada pelo *stress*, podendo ser, também, um estímulo necessário à adaptação e ao enfrentar da situação não planeada pelo paciente e seus familiares. Portanto, uma ansiedade moderada e situacional resolve-se, habitualmente, com o desencadeamento ou com a adaptação do paciente à situação (Rosenbaum & Pollack, 1991; Wise & Rundell, 1994) e a percepção de estar fisicamente resignado é um acontecimento objetivo, e também uma envolvência pessoal e reflexiva.

Certos acontecimentos são comuns a essa experiência de adoecer e vão emergindo de acordo com a diminuição de interesse nos outros, com a fixação da atenção nas percepções corporais, no temor em relação ao significado e às consequências dos seus sintomas e no desejo de ser apoiado e protegido por todos os que estão próximos a si. Entretanto, a presença de alguns sintomas, como o sangramento, a vertigem, a dor e a dificuldade respiratória de início súbito são, geralmente, encaradas como mais ameaçadores do que a presença de algumas secreções ou mesmo o desconforto abdominal e são, geralmente, descritos pelos pacientes de forma evasiva, pouco precisa. Outros, ainda, têm necessidade de descrever as suas sintomatologias pormenorizadamente, existindo também aqueles que procuram expressar

a sua angústia em termos corporais, como através da dor, dos espasmos, dos problemas digestivos e/ou outros.

Portanto, a ansiedade pode diminuir o começo da dor, levando à prescrição médica de maior quantidade de analgésicos, principalmente após o anoitecer e, no ambiente hospitalar, o paciente encontra um universo de ameaças internas e externas que são associadas ao medo dos procedimentos a que é submetido, à exposição da sua intimidade a estranhos, à convivência com o ambiente de doença, de dor e de morte, à separação dos seus familiares, a pertences e hábitos, enfim, à perda das suas referências. Além disso, sofre pela incerteza quanto à evolução da sua doença, das suas possíveis consequências na capacidade para o trabalho e no relacionamento com os seus familiares e amigos (De Marco, 2003).

Apesar das divergências clínicas quanto à problemática dos distúrbios, parece ser um consenso o elevado sofrimento emocional causado pela patologia do AVC no paciente e nos seus familiares. Contudo, a presença da ansiedade em pacientes internados em hospitais gerais, ou em avaliação no serviço de urgências, pode representar uma realidade psicológica do paciente à doença, ao adoecer, a um substancial impacto económico e ao ambiente hospitalar, a uma manifestação da enfermidade propriamente dita ou de outros distúrbios psicopatológicos preexistentes, em que predomina a ansiedade como sintoma (Rosenbaum & Pollack, 1991; Goetzel, et al., 2003).

3.5 - Paradigmas psicoeducativos dos efeitos da ansiedade e seus distúrbios

Para alguns pacientes, as ansiedades despertadas pelo ficar de cama, pelo internamento e pelos processos diagnósticos e terapêuticos geralmente agressivos, são amenizadas pelo uso de mecanismos de defesa, uns mais evoluídos como a racionalização, e outros menos evoluídos como a negação e minimização, por uma crença religiosa fervorosa e pelo apoio sócio-familiar. Portanto, sempre que os recursos utilizados pelo doente sofrem abalos e entram em falência, instala-se um estado de ansiedade intensa com vulnerabilidade biofísica e biopsíquica, comprometendo-se a boa evolução, sendo esse estado de ansiedade classificado pela CID-10 (OMS, 1993) como transtorno de ajustamento. Ainda nessa condição, o paciente sente-se ansioso, oprimido e incapaz de pensar e pode apresentar sintomas biofísicos relacionados com o *stress*, como a insónia, a cefaleia, a dor abdominal, a dor precordial e as palpitações.

No entanto, tais sintomas são frequentemente associados a acontecimentos *stressantes*, como a expectativa gerada por uma cirurgia, um exame agressivo, o agravamento da doença, o internamento hospitalar e as complicações médicas com *déficits* e perdas funcionais. Os fatores ambientais, como a tensão e insatisfação do grupo com a instituição hospitalar, a competição entre os membros do quadro e a desvalorização dos profissionais, são geralmente seguidos do aumento de ansiedade nos pacientes e de pedidos de alta hospitalar (Butterill & O'Hanlon; Book, 1992; Botega & Dalgalarrondo, 1997). A psicoeducação entende que o transtorno de ajustamento é uma representação aguda que dura entre alguns dias e várias semanas, regredindo com as melhorias clínicas, com a alta hospitalar ou com o desaparecimento da condição geradora da ansiedade.

Se os sintomas persistem por dias ou meses, deve-se considerar a hipótese da presença de outros distúrbios de ansiedade. Se o paciente estiver debilitado, imunossuprimido ou com um quadro clínico estável, em que a ansiedade situacional é intensa ou intolerável, recomenda-se o uso de ansiolíticos e também de apoio psicoeducativo, pois o risco de piorar é maior em função da ansiedade mantida. Entretanto, é igualmente recomendável a prescrição de psicofármacos para auxiliar os doentes com enternecimento de personalidade, a fim de auxiliá-los na adaptação à enfermidade e ao internamento, procurando-se prevenir a ruptura do tratamento médico por alta hospitalar. A psicoeducação descreve que a ansiedade pode ser um dos sintomas de uma indisposição biofísica e que são várias as condições que se apresentam na clínica desta associação de ansiedade.

Em função dos riscos, numa avaliação médica deve-se suspeitar inicialmente de motivo biológico para os sintomas ansiosos e, somente após a exclusão de uma condição médica geral e de um exame clínico e laboratorial, se pode considerar a hipótese de transtorno biopsíquico. No entanto, os distúrbios de ansiedade são definidos como estados emocionais repetitivos ou persistentes nos quais a ansiedade patológica desempenha um papel fundamental (Neto, 1996). O paciente pode apresentar-se, inicialmente, com sintomas físicos relacionados com a tensão, revelando ansiedade na investigação adicional. Para auxiliar o diagnóstico deve-se interrogar sobre os sintomas somáticos e biopsíquicos da ansiedade, sendo que alguns pacientes, neste momento, apresentam medo extremo de situações específicas (fobia) e usam mecanismos para ignorarem e se esquivarem, como, por exemplo, recusando submeter-se a exames complementares, negando-se a fazer a recolha de sangue, ou pedindo alta hospitalar após presenciar a morte de um colega de quarto.

A participação da família neste processo tem apresentado excelentes resultados em auxiliar a adesão ao processo terapêutico (Miklowitz, 2007). A literatura científica apresenta elevados níveis de *stress* nos familiares com patologias degenerativas (Perlick, et al., 2007) sendo que os cuidadores têm risco acrescido de utilizar serviços de saúde biopsíquica (Rosenheck, et al. 2005). No entanto, estes pacientes precisam de ajuda, como apoio e encorajamento, e até mesmo de prescrições farmacológicas diversas para enfrentarem a situação, na qual os distúrbios de ansiedade são frequentes em hospitais gerais e em urgências, mas são subdiagnosticados e, portanto, não são tratados adequadamente, sendo identificados como tendo reações agudas ao stress, um transtorno de stress pós-traumático, um transtorno de pânico, um transtorno de ansiedade generalizada e/ou um transtorno obsessivo-compulsivo.

Reconhecem-se quadros de ansiedade aguda decorrentes de situações traumáticas específicas, com grande impacto e sofrimento biopsíquico e esse sofrimento é considerado o transtorno que melhor representa a relação entre o acontecimento de *stress* e as suas consequências patológicas (Ito; Roxo, 1995). Entretanto, o que provoca o *stress* pode ser uma experiência traumática esmagadora, envolvendo uma séria ameaça à segurança e à integridade biofísica do paciente ou de pessoas amadas (exemplos: catástrofes, acidente, assalto, violação) (OMS, 1993). No entanto, pesquisas recentes têm demonstrado que diversas condições médicas de ameaça à vida também são acontecimentos de *stress* importantes, como o enfarte agudo do miocárdio, a embolia pulmonar, o aborto, bem como os procedimentos hostis como o cateterismo e a quimioterapia, e a comunicação médica, recepção do diagnóstico de HIV/AIDS/SIDA, do cancro e da patologia genética com mau prognóstico (Mandy; Baum, 2004; Pollack e cols., 2004; Misri; Kostaras, 2000).

A educação norteia que a reação aguda ao *stress* caracteriza-se por um estado de ansiedade intensa, com agitação, tremores, choro e desespero que emergem nas primeiras horas após o acontecimento *stressante* e que o retorno à normalidade ocorre dentro de dias ou até algumas semanas. O estado do paciente pode tornar-se crónico com a persistência de sintomas por mais de um ano e, de acordo com esta indicação, existem alguns determinantes para a persistência da reação aguda ao *stress* em longo prazo e que influenciam neste retorno, nomeadamente os traços de personalidade com tendência à imaturidade e à regressão, pouco apoio sócio-familiar e falta de assistência médica e psicoeducativa após a ocorrência.

O modelo de intervenção psicológica aqui descrito e proposto é baseado no estudo de Reinares et al. (2004), e foi exclusivo para trabalhar com os familiares, sem a participação do doente com distúrbios provocados pelo AVC.

Neste sentido, uma adaptação do manual de psicoeducação sobre a problemática foi realizada e resultou em um protocolo com várias sessões com duração de duas horas cada. Entretanto, o transtorno do *stress* pós-traumático é uma resposta retardada a uma situação excepcional *stressante* e os sintomas incluem crises de ansiedade perante uma situação que lembre o ocorrido, revivendo-se o acontecimento traumático com pesadelos, insónias e outros distúrbios característicos do sono, sendo comum emergirem as fobias específicas nas perdas sociais, na diminuição da capacidade laboral, no sentimento de culpa e, menos mal, na depressão, na irritabilidade, na diminuição do limiar para o *stress* e a adição a álcool, drogas e ansiolíticos.

No entanto, as vítimas de violência biofísica e sexual podem apresentar, além das complicações relacionadas anteriormente, dificuldade em voltar a confiar nas pessoas e em si mesmas, sentir a perda da libido, distimia e efetuarem tentativas iminentes de suicídio.

3.6 - Paradigmas da psicoeducação no transtorno de pânico

Estudos recomendaram que os pacientes com distúrbios de pânico costumam ter os seus sintomas biofísicos e biopsíquicos agravados quando adoecem, devido a quaisquer condições biofísicas e isso pode dificultar o diagnóstico e as intervenções. Por outro lado, o próprio transtorno pode aumentar a vulnerabilidade, predispondo à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial, AVC, prolapso de válvula mitral e à síndrome do cólon irritável (Lydiard; Fossey; Marsh, 1993; Karajgi; Riskin, Doddi, 1990; Kation, 1984).

O conceito do transtorno de pânico e o seu tratamento são imprescindíveis para diminuir interferências no tratamento médico geral, reduzir o tempo de internamento e ter um paciente mais cooperante com o seu tratamento. Este é um dos princípios da intervenção psicoeducativa. As crises de pânico desencadeiam-se abruptamente, com ansiedade muito intensa e sensações de medo, perda de controlo e morte iminente, atingindo um ápice nos 10 primeiros minutos. Estes ataques são persistentes e podem apresentar-se associados a outros sintomas biofísicos (palpitação, dor no peito, tontura, falta de ar e outras).

Entretanto, um ataque de pânico leva frequentemente, ao medo de outros ataques e a evitar lugares onde os ataques ocorreram (agorafobia). Outras complicações associadas podem ser descritas, como a hipocondria (crença de estar fisicamente paciente) e a presença da depressão, que é a mais grave para uma relação sócio-afetiva. A psicoeducação norteia que para se fazer o diagnóstico é importante considerar as condições clínicas necessárias que podem causar sintomas semelhantes a ataques de pânico (como arritmias, isquemia cerebral, doença coronariana, tireotoxicose e outras) e a história clínica e os exames biofísicos devem ser suficientes para excluir essas condições.

Caso haja dúvidas, a realização de exames complementares específicos deve sempre ser considerada. No entanto, algumas vezes o início da doença acontece após algum acontecimento significativo da vida, como a perda, problemas no trabalho ou na sua relação sócio-familiar, doenças médicas e/ou uso de drogas e que são relatados pelos pacientes que apresentaram o primeiro ataque de pânico logo após o uso de marijuana e que podem continuar a apresentar sintomas recorrentes sem estarem a consumir a droga (Rosenbaum; Pollack, 1991; Carter et al., 1992). Por esse motivo tem surgido em diversos países, e também ao nível de organismos internacionais, um crescente interesse por várias formas de intervenções psicossociais das pessoas com distúrbios do humor afetivo (Santos, 2000; OMS, 2002; NHS, 2002; APA, 2004).

3.7 - Efeitos do transtorno de ansiedade generalizada

Estudos de Pollack (1991) e de Carter et al.. (1992), indicaram que o paciente com ansiedade generalizada é caracteristicamente uma pessoa preocupada e nervosa que apresenta ansiedade mantida ou flutuante, em nível elevado, além de perturbações associadas ao sono. Este é, também, um transtorno de ansiedade que requer diagnóstico diferencial com todas as condições médicas que investigam os distúrbios da ansiedade. Conseqüentemente, o paciente pode apresentar sintomas físicos relacionados com a tensão, cefaléia, taquicardias ou insónia, além de preocupação, nervosismo e dificuldade de concentração. Os sintomas de hiperatividade autonómica (tremores, sudorese, tonturas) geralmente estão presentes e são agravados por acontecimentos *stressantes*, mas o paciente apresenta tendência crônica para as preocupações.

Por conseguinte, habitualmente, os pacientes têm uma história de uso de ansiolíticos e, durante o internamento, requerem administração especial em função do aumento da ansiedade e do risco de desenvolvimento de síndromes de abstinência a benzodiazepínicos.

3.8 - Efeitos do transtorno obsessivo-compulsivo

A psicoeducação apreende que os pacientes com distúrbios obsessivo-compulsivo sofrem com a ocorrência de pensamentos indesejáveis com características recorrentes e intrusivas (que são o pensamento obsessivo de fazer o mal a uma pessoa amada, o medo de ser contaminado) ou comportamentos compulsivos como os rituais (lavar as mãos repetidas vezes, verificar repetidamente se uma porta está fechada) e que essas obsessões e/ou compulsões causam sofrimento relevante, consomem tempo e interferem no funcionamento biopsicossocial do paciente (Pollack, 2004).

Nesse mesmo estudo, no ambiente hospitalar, os pacientes com distúrbios obsessivos e compulsivos podem sofrer um aumento relevante da ansiedade se alguma incapacidade biofísica ou a própria rotina do hospital tornar impossível a realização dos rituais compulsivos. A necessidade de controle do gotejamento do soro e dos horários das medicações, por exemplo, pode levar a solicitações frequentes da equipe médica de assistência, provocando ansiedade nos profissionais. No entanto, o apoio da psicoeducação, as medidas ambientais, a terapia cognitivo-comportamental e a farmacoterapia auxiliam na redução dos pensamentos obsessivo-compulsivos e dos rituais compulsivos.

3.9 - A casuística na psicoeducação

Os casos foram fundamentados em estudos, teóricos e práticos, por meio da aplicação dos conhecimentos clínicos e psicanalíticos que compreendem os conceitos psicanalíticos de Freud e Schreber (Freud, 1911), Freud e Leonardo (Freud, 1910), Freud e Michelângelo (Freud, 1914); Melanie Klein e Fabian Especel (Klein, 1955); Herrmann, (1988), Herrmann e Ivanovitch (Herrmann, 1992). Trago, para esse estudo, o caso da família Sousa. Sousa, casado, 37 anos, pai de dois filhos, desde os 17 anos que sofria de uma doença associada aos distúrbios vasculares com taxas permanentes de bioquímicas altas (colesterol, glicose e outros).

No entanto, a família relata que todos estes inconvenientes constatados, bem como o descontrole bioquímico, aconteceram logo que ele começou a ir de férias com amigos para Espanha, onde se envolveu frequentemente em problemas devido ao consumo de álcool. Estudos têm procurado estabelecer os motivos do alcoolismo, como fatores individuais, sociais e culturais, ou a interação desses fatores. Tais estudos têm estimulado o desenvolvimento de teorias biológicas, psicológicas, psicodinâmicas, comportamentais e socioculturais para determinar a etiologia do alcoolismo (DSM-IV, 1995; Shukit, 1999; Frances & Franklin, 1992). Foi à esposa quem descobriu o mau comportamento do marido durante uma conversa com os amigos da família.

Imediatamente após este primeiro incidente, resolveu ter com o seu marido uma longa conversa. Segundo o relato da esposa, com muito desembaraço e com a ajuda da sua formação académica, explicaram a Sousa os riscos que estava a correr com a ingestão de bebidas alcoólicas e aproveitou, uma vez mais, para reforçar a necessidade de induzir um tratamento junto ao médico de família. No entanto, segundo informações da esposa, essa conduta não surtiu o efeito esperado e desejado. Sousa continuou consumindo bebidas alcoólicas, tendo, várias vezes, que ser encaminhado de urgência para o hospital.

A esposa redobrou, então, os cuidados necessários com o marido. Por algum tempo, tudo parecia bem, mas, numa ocasião, houve novamente um sério desequilíbrio biofísico e biopsíquico provocado por ingestão de bebidas. Procuraram a psicoterapia após um trágico final-de-semana, quando a esposa, tomada por um acesso de fúria, espancou violentamente o marido, deixando algumas marcas no seu corpo e um grande desconforto na dinâmica familiar. Os filhos, Júlio e Bethe, que não se envolviam nos conflitos entre os pais, a partir desse episódio acharam necessário procurar rapidamente o auxílio de especialistas em conflitos familiares. Tais acontecimentos foram relatados pela esposa numa primeira entrevista com toda a família: Sousa, a esposa e os dois filhos do casal.

No entanto, fatores que podem influenciar a decisão de beber ou fatores que contribuem para problemas temporários, podem ser diferentes daqueles que contribuem para os problemas recorrentes e graves da dependência de álcool (Shuckit, 1999). Após fazerem o relato dos conflitos, o casal e os filhos afirmaram que estavam todos ali, na psicoeducação, para entenderem e compreenderem as necessidades do pai e, ao mesmo tempo, ajudarem aos clínicos a devolverem a paz à família, tendo-se disponibilizado para estarem presentes na terapia, a fim de diminuir a ansiedade e as angústias provocadas pela dependência de Sousa.

Este permaneceu calado, um tanto distante, como um espectador de uma história da qual, na verdade, era o protagonista. Júlio, entretanto, manteve-se entediado, assinalando de forma não-verbal (gestos faciais) que já não aguentavam mais todas aquelas discussões em torno do pai. A mãe e a irmã, por sua vez, mantiveram-se em segredo. A psicoeducação com trabalhos com a família tem, cada vez mais, conduzida os nossos pensamentos e as nossas interrogações nas questões que envolvem os conflitos familiares. Quando uma família necessita de ajuda, isso acontece pela não-metabolização por parte do grupo familiar, pela experiência bio-emocional muito intensa, pela incapacidade de alcançar o sentido do significante e do significado do adoecer.

Autores como Silva (2000) acrescentam que o homem reage sempre de forma global às situações experienciadas, ou seja, sem conseguir separar as reações físicas das emocionais. No entanto, esta experiência fica, assim, sob o registro da excitação e do quantitativo, ou seja, sob o registro da ansiedade e da angústia transbordantes. Na verdade, a família, impossibilitada de enfrentar a dor biopsíquica, apresenta no todo um sistema de inconsciência de operações, no sentido de se evadir do sofrimento. No entanto, a maneira como a família vive as questões traumáticas depende, naturalmente, do próprio acontecimento, mas, também, e, sobretudo, do sentido dado a este acontecimento e da sua inscrição na história da dinâmica da família.

A forma como a família passa a elaborar um transtorno traumático vai depender diretamente da sua capacidade para acolhê-lo, decifrá-lo e metabolizá-lo. Entretanto, a capacidade de continência do aparecimento biopsíquico familiar (uma aparelhagem psíquica comum e partilhada por todos) fundamenta-se na capacidade do grupo de conter, ligar, descodificar e transformar estas associações de ansiedades e de angústias arcaicas de cada membro do grupo, permitindo a construção e a destruição de um mundo interno sólido e coerente. A presença da (in) capacidade de viver na família e de elaborar limitações, privações, sofrimentos, morte e luto, leva a que se instalem defesas grupais radicais que levam a uma contínua evasão do que provoca a dor biopsíquica. Alguns estudos de Lewontin (2002) questionaram a visão de a biologia moderna fundamentar o desenvolvimento dos organismos apenas em termos de genes e organelas celulares, onde o ambiente teria um papel meramente passivo ou de cenário. O aparelho psíquico familiar pode oferecer uma associação de ansiedades e de sentimentos angustiantes, considerados insuportáveis.

No entanto, a psicoeducação sugere que todas as experiências podem ser restituídas em vivências biopsíquicas, à medida que haja uma contínua comunicação entre consciente e inconsciente, entre realidade interior e realidade exterioriza. Toda esta manifestação pode ocorrer, também, associada aos mecanismos como a negação, a cisão, a idealização e a identificação projetiva, no sentido de minimizar ou, até mesmo anular, a experiência biofísica e biopsíquica dolorosa. Em vários estudos realizados nas três últimas décadas com o objetivo de diferenciar os pacientes e o restante da população, nada se concluiu sobre um perfil do alcoolista, quer do ponto de vista genético, quer da personalidade (Laranjeira & Pinsky, 1997).

O tratamento emprestado a uma vivência traumática dá-se, num primeiro momento, na atualidade, sendo traduzido como uma vivência condensada e imediata de extermínio, ou seja, como sobreposições de vivências de aniquilamento, tanto as atuais quanto as anteriores, as quais não puderam passar por um processo de trabalho biopsiquicossocial. O trabalho de segregação, ou seja, de recolocar os acontecimentos nos seus devidos lugares e tempo, na história de cada elemento e também do grupo, proporciona, assim, um sentido a essas convivências familiares que ocorrem num segundo momento. Por isso, não raro na primeira entrevista com a família, o profissional vê-se às voltas com um excesso de ansiedade e/ou angústia vivenciada que destrói a família e com uma exigência para o alívio de tamanho sofrimento, manifestada pela nova exigência sob a forma de cura.

Por sua vez, o profissional especializado em psicoeducação e orquestrado por uma escuta analítica empenhar-se-á em oferecer a tais famílias uma reconquista na cadeia de sentimentos, à medida que possam experimentar pensar e elaborar as vivências de desmoronamento em espaço terapêutico da família com segurança. Este estudo foi apoiado no campo das transferências e contratransfências que, geralmente, se estabelecem de imediato na primeira entrevista sócio-familiar. Em todos os casos, estas intervenções surgem como complemento ao tratamento e como tal devem ser selecionados e adequados às necessidades e preferências de cada paciente nas várias fases da sua vida e da doença (APA, 2004). Neste processo, a família leva o profissional, via transferência, a experimentar as suas urgências e exigências, e o profissional, via contratransferências, passa a experimentar as sensações e as reações durante o contato com determinado funcionamento psíquico apresentado pela família.

Durante a entrevista psicoeducativa podemos experimentar um extremo desconforto biofísico ou biopsíquico, dores corporais, sensação de prostração, sentimentos de violência, incapacidade para organizar algum pensamento, sono, distanciamento, um grande desejo de tratamento, excitação, e outros. A psicoeducação norteia que toda a experiência comunicada pela família impõe uma capacidade de acolhimento num primeiro instante e, em seguida, uma capacidade para identificar os efeitos de uma transferência. Mesmo com toda a experiência, os profissionais podem abater-se durante um processo terapêutico, deixando-se arrastar por um mergulho conturbado com o grupo familiar, passando, assim, a apresentar um funcionamento biopsíquico semelhante ao do grupo, perdendo com isso a sua capacidade de escuta.

Um dos elementos fundamentais para o sucesso do trabalho dos motivos das implicações do trauma na família baseia-se no funcionamento biopsíquico profissional, no reconhecimento contínuo do seu próprio estado mental, fruto este determinado pela corrente da transferência e contratransferência que se encontra presente, praticamente, em todas as relações da psicoeducação e da humanização que centra a sua atenção para um tipo patológico de receptividade profissional da projeção do paciente e da família. A mente do profissional pode tornar-se produto para as preparações projetivas do padecente e da família, uma vez que fica comprometida com o processo de cura, não podendo, assim, manter certa distância para determinado estado biopsíquico do paciente, oferecendo caminhos significativos para as situações de aniquilamento do paciente e da família.

Como ocorre com quase todas as famílias que necessitam de ajuda, o que a mobiliza para uma consulta ou tratamento é um sintoma geralmente grave num dos integrantes produtivo, agora paciente. O profissional vê-se pressionado, através dos mais diversos movimentos inconscientes da família, a compartilhar a ilusão de um alívio imediato dos sintomas. Mas vejamos como os profissionais podem trabalhar as questões das causas e efeitos do trauma na família com um ser agora paciente e com as suas funções biopsicossociais alteradas.

3.10. Da problemática à metodologia terapêutica

Antes da explicação metodológica do processo terapêutico, vamos descrever como a família foi, aos poucos, dando sentido e significado às experiências emocionais transbordantes.

Primeiro, vamo-nos reportar à entrevista, pois ela contém elementos importantes para a prática psicoeducativa e um grande entendimento sobre o funcionamento biopsíquico individual e grupal perante o traumatismo vivenciado pela família. Nessa entrevista, os familiares expressaram como num primeiro momento trataram a doença ou enfermidade de Sousa, ou seja, reagiram como se nada de diferente se estivesse a passar (sempre aceitaram como uma forma de conhecer a vida – liberdade). A família manteve, assim, o episódio doença e os seus efeitos na realidade biopsíquica de cada um e de todo o grupo, sob a égide da negação. Mantiveram também a realidade (as alterações vasculares, bioquímicas e outras…) num campo temporal o mais limitado possível (antes tudo estava bem, agora é que surgiu o problema).

E o problema, uma vez agravado, ficou restrito ao que é palpável, visível, concreto (a ingestão de álcool), como se possuísse uma mente-informatizada, com um contexto diverso que não pode ser assimilado, nem tão pouco transformado (para as questões imediatas da homeostase familiar): Sousa teria de deixar de beber. A psicoeducação observa que cada elemento da família é influenciado pelos fatores conscientes e inconscientes e causa reações igualmente inconscientes nos demais integrantes. A sintomatologia apresentada por um dos integrantes deverá despertar nos demais um conflito inconsciente e, no momento em que cada um interpreta o comportamento do outro como reflexo das próprias angústias, perde a capacidade mútua de ajudar.

No entanto, as reações afetuosas e emocionais de cada um tendem a agravar a doença e os conflitos dentro do grupo, já que deixam de estar relacionados com as próprias desordens internas, mas contam também com os estímulos uns dos outros. Isto conduziu-nos, num primeiro momento, ao reconhecimento da natureza eminentemente *conversacional* do trabalho em saúde e a uma primeira tentativa de sistematização das *técnicas de conversa* que efetiva ou potencialmente dão forma a este trabalho (Teixeira, 2003). Com esta sequência de processos afetivos cria-se um vínculo vicioso, no qual a palavra e as atitudes de cada um justificam e reforçam as interpretações feitas pelos outros membros da família. Na verdade, é sob esta concepção que entendemos a dinâmica da família. Quanto mais Sousa explicar os seus conflitos em relação à enfermidade, menos os seus filhos e a esposa conseguirão ajudá-lo, pois interpretam o comportamento dele como um reflexo das próprias angústias.

Quanto menos podiam ajudar, mais Sousa dinamizava e colocava para todos os próprios conflitos e todos se distanciavam destes e dos próprios que se relacionavam com os medos, com as desilusões e as ambivalências. As questões da (im) possibilidade de representar no seu mundo interior as suas fantasias e desejos e os destinos da realidade traumática que estavam a viver apegavam-se cada vez mais a uma fantasia de controle omnipotente que, no quotidiano da dinâmica familiar, tomava a forma de regras rigidamente estabelecidas, as quais ocupavam o lugar de um pensamento mais elaborado (filho, temos que fazer com que Sousa (teu pai) pare de beber.

Esse pensamento é um produto de nosso emocional, uma maneira de viver de acordo com o desejo de uma coexistência dignificada na estética do respeito mútuo. (Maturana & Verden-Zöller, 1997). A doença de Sousa transbordava as capacidades de continência e de metabolização da sua família, sendo que as resposta aplicadas à dinâmica comportamental e às traduções interpretativas que cada elemento da família dava eram marcadas por uma reação defensiva em face de algo não-integrável e tão perturbador para a família. Esses funcionamentos visualizaram-se, e também se viabilizaram, através do uso constante dos mecanismos de divergência de opinião, de identificação projetiva e de idealização.

Por intermédio desta dissidência mantinham os estados mentais do prazer e do descontentamento (ausência e presença de conflitos) incomunicáveis, como se constituíssem dois mundos à parte: o primeiro, idealisticamente identificado como muito bom (que seria a ausência da dor biopsíquica) e o segundo, formatado em ideias de muito mau (que seria a presença constante de conflitos). Essas são as formas de reciprocidade diádica que precisam ser compreendidas no contexto das estruturas formadas pelas suas conexões (Wellman & Berkowitz, 1988). Ao mesmo tempo, através da identificação projetiva, esses estados mentais idealizados eram mantidos fora do próprio interior, uma vez que eram percebidos como pertencentes a outros.

Trata-se de uma fantasia inconsciente cujo conteúdo favorece a crença de que se gera descontentamento e que está localizada fora da realidade interna. No caso apresentado, Sousa passa a ser o objeto mau, causador de sofrimento. Em contrapartida, Sousa era percebido (em fantasia) como um objeto delicadamente como sendo bom, como o pai responsável que não tinha e não causava problemas. No entanto, notam-se neste estudo de caso que a separação de importância entre a realidade interna e a realidade externa, acompanhada da identificação projetiva, gera diversas associações biopsíquicas do objeto externo da fantasia, que passa a ser

alvo de uma inter-relação narcísica em que o objeto externo é confundido com partes do próprio eu.

Há certa indiferença em relação a tudo o que se aproxima da vontade de homogeneização (por exemplo, viver a queda como vítima), mas cumplicidade também com todo e qualquer movimento de entrega e de diferenciação Rolnik (1995). Os seus conflitos resultaram em consequências de vulto no funcionamento biopsíquico da família de Sousa. Verificou-se uma sedimentação das diferenças entre a realidade interior e a realidade exterior, uma confusão entre o que é verdadeiro e o que é considerado falso (analisando tanto o que é proveniente da realidade interna de cada membro desta família como da realidade externa). Conseqüentemente, esta é uma das incapacidades que se correlacionar com o acontecimento traumático com fatos biopsíquicos e, portanto, esta situação resultou na impossibilidade de colocar as experiências psicoemocionais sob a forma de pensamento, e os axiomas sob a forma de palavras.

No entanto, a apresentação dos receios e das consternações, especialmente das agonias de aniquilamento, necessitam de encontrar um continente adequado, um aparelho psíquico grupal capaz de acolher esses medos e de transformá-los em definição e sentidos. De acordo com Vasconcelos et al (2004), a assistência da psicoterapia caracteriza-se por cuidados intensivos de alta complexidade, com utilização de recursos tecnológicos avançados, exigindo dos profissionais conhecimentos e capacidades específicos para promover o cuidado especializado e familiar necessário ao incoveniente e ou à patologia. Quando isso não é possível, cada um dos integrantes da família reintroduz as ansiedades e as suas angústias projetadas pelos dilemas dos demais acrescidas das próprias sintomatologias e adoecem. Este processo de constituição original precede o da formação da palavra.

Resta, então, ao grupo familiar intensificar a cisão, a idealização e a identificação projetiva como uma maneira de evacuar e descarregar tudo o que for tolerável no próprio interior. Assim, a relação psicanalista com a psicanálise da dinâmica sócio-familiar está diretamente relacionada com a capacidade profissional em reconhecer como uma exacerbação de um sintoma pode estar ligada a uma aliança inconsciente entre os integrantes da família, na qual o objeto externo se confunde com as experiências provenientes da realidade interna de cada um. Vejamos como, aos poucos e gradativamente no decorrer da psicoeducação com a família de Sousa, o emaranhado de angústias transbordantes se foi separando de um todo indiferenciado e tomando sentido individualizado.

Segundo Ollendick e Mayer (1984), na fobia há dois tipos de variáveis:

a) fatores relacionados com o atendimento, como o medo a algum profissional/especialidade, baixo rendimento profissional, problemas com as relações com os et al de trabalho, problemas pela aparência ou defeitos físicos, etc, e

b) acontecimentos vitais negativos, doença prolongada, separação dos pais, falecimentos, etc. Neste trabalho realizado ao longo de mais ou menos um ano, a urgência em modificar o comportamento inadequado de Sousa foi cedendo lugar a uma capacidade para a transformação da experiência traumática em elementos que puderam ser pensados e sonhados.

A psicoeducação foi aos poucos sendo menos utilizada como uma extensão da consulta, um agente ao serviço da eliminação do sintoma e, cada vez mais, como um espaço em que as angústias a respeito da delicada saúde de Sousa puderam ser acolhidas e nomeadas. Esta confiança fortalece, no outro e em si mesmo, a coragem da entrega (Rolnik, 1995). Foi uma grande luta para uma possível identificação do reconhecimento da culpa omnipotente dos componentes dessa família, por não serem capazes de fazer com que Sousa cuidasse do próprio corpo, por sentirem ciúmes de Sousa ante o excessivo zelo da mãe e dos filhos, pelo temor que todos tinham de perder Sousa, pelo medo de que ele ficasse sem condições motoras de viver a vida que sempre sonhara.

Nas consultas psicoeducativas, foram expressos, ora individualmente, ora em conjunto, o conflito em relação aos ciúmes, à perda, à necessidade de perceberem Sousa como perfeito, isenta de qualquer problema. E também o uso defensivo que muitas vezes todos faziam da doença para não terem de olhar mais atentamente e seriamente para os conflitos individuais e conjugais que inevitavelmente povoavam a dinâmica individual e familiar. O que torna às defesas um aspecto patológico é a sua utilização ineficaz ou então sua não adaptação às realidades interiores e fora ao problema averiguado (Bergeret, 2006).

Numa das consultas, a esposa relata um sonho que teve mais ou menos dois meses após o início da psicoeducação para a família. O sonho foi um relato inicial desta sessão e com muito entusiasmo por parte da esposa e curiosidade por parte dos demais elementos da família. Todos pareciam ter vivenciado aquele momento que continha elementos que sintetizavam, davam corpo e esclareciam alguns aspectos da dinâmica familiar que vínhamos analisando no decorrer deste trabalho. Naquele momento, a família tentava, com especial coragem, enfrentar a realidade do adoecer. Recordamos que a ansiedade é uma das mais possantes características do ser humano (Mc Reynolds, 1990).

Todas as famílias, mais cedo ou mais tarde, têm de enfrentar essa realidade, mas a enfermidade degenerativa (crônica) apresentada por um dos seus integrantes, de certa forma precipita essa verdade de maneira pungente e contínua, tornando quase impossível negá-la, distorcê-la e /ou dissimulá-la. Ainda a propósito do sonho, a esposa passou a relatar: No sonho, estamos todos na Serra da Estrela, contemplando um bonito vale. Estávamos numa parte plana da Serra, uma espécie de patamar. Sousa insistia em ficar cada vez mais perto do precipício. Fui ficando muito irritada - salientou a esposa - dizendo que ele fazia aquilo de propósito, só para irritá-la, para estragar aquele momento de felicidade e de muita tranquilidade. Olhei então para os nossos filhos, procurando ajuda, mas eles não se davam conta do perigo, não entendiam que Sousa estava em busca da morte. Sousa estava lá, mas distante, olhava umas orquídeas no tronco de uma árvore. A esposa continuava o seu relato, estavam todos entrelaçados, brincando na Serra, e foi então quando alguém gritou… Esse lugar é muito perigoso, muitas pessoas já escorregaram aí e morreram! Depois do relato da esposa sobre o sonho houve um longo silêncio.

Estávamos todos sob o impacto de um cenário e de um enredo que sumariava, com enorme nitidez, o drama de cada um e de todos, nomeadamente as dificuldades de Sousa em assumir o seu comportamento de risco e a vivência persecutória da esposa (ele faz isso para me irritar). A dificuldade da família em enfrentar juntos os seus conflitos, a tendência dos demais integrantes de se encapsularem para não sofrer dor, o afastamento de Sousa (olhava umas orquídeas no tronco de uma árvore, idealizando uma condição forte e saudável). Assim, entendemos que a obediência virá como algo mais e deverá ser justificada pelo fato de se inscrever num sistema em que a sociedade só pode significar uma coisa: o melhor ambiente para o homem executar e transpira humanização (Deleuze, 1978/1981).

Passámos a ouvir os membros da família que, aos poucos, foram dando sentido ao sonho, reconhecendo a posição de cada um na família, as suas reações e as formas de lidarem com a angústia, fazendo isso espontaneamente. Mas o que chamou a atenção da psicoeducação foi o fato de que já estávamos quase no final da sessão, e não se havia tecido nenhum comentário a respeito da parte final do sonho. Estudos de Maturama (1997) indicam que as conversações são capazes de desencadear modificações recíprocas no encontro, a partir dos entrecruzamentos das redes de confabulações. Fomos diretos. Informamos a respeito da imagem do solo enganoso, que poderia colocar todos em grande risco de morte, a um passo de desequilíbrio mortífero, com o riso acrescido de não poderem reconhecê-lo.

Fez-se um silêncio por alguns minutos e então a Filha disse: Contudo ainda temos você aqui para nos alertar. Parem! A serra não traz medo! Motivados pela psicoeducação e não apresentando mais nenhum desequilíbrio metabólico, encaminhamos Sousa e os demais membros da família para um trabalho psicoterapeuta individual.

3.11 - Como avaliar o percurso desse paciente na visão da psicoeducação

Considerando a escassez de um instrumento nacional relativo a julgamento psicoeducacional e apontando como referencial teórico a psicologia cognitiva baseada na teoria do processamento da informação, o objetivo deste trabalho foi descrever casos nacionai e internacionais em andamento desenvolvido sob a nossa orientação, relativos à construção, tradução e validação de instrumentos, nesse referencial, tendo em vista contribuir para a discussão e produção de conhecimentos nessa e em outras áreas.

Estudos realizados por Boruchovitch (2004a) numa perspectiva de processamento da informação indicam que pesquisadores e teóricos constroem e testam modelos acerca de como a atenção, a memória e a percepção trabalham juntos para processar a informação do ambiente e se combinam na solução de problemas (Sterberg, 2000).

Favorável desta visão, a psicoeducação, delineou até o momento, através da fragmentação da própria clínica, como a família de Sousa estava presa aos contextos sócio-familiares de um círculo vicioso, em que o comportamento de Sousa semeava e provocava angústias intensas nos demais que já não podiam, por aquelas razões, contribuir com alguma ajuda para o seu tratamento.

Argumentos indicaram que estes sentimentos podem desencadear respostas somáticas e emocionais, pela liberação de catecolaminas, o que pode se manifestar de diferentes formas nos múltiplos indivíduos, conforme Peniche e Chaves (2000) advertiram. Sousa, desta vez, reagia diante de um acumular de vivências: as provenientes dos seus próprios conflitos internos e, também, os estímulos dos demais integrantes da família, cada qual sendo apanhado na dificuldade e/ou na impossibilidade de subjetivar os termos do seu sofrimento individual para proteger o vínculo familiar, do qual tinham absoluta necessidade.

A questão do ajuizamento de um procedimento psicoeducacional desta natureza fundamenta-se em conceitos provenientes da psicanálise, visando à escuta que torna possível ao profissional identificar, apreciar e distinguir o motim interligado com uma aliança inconsciente entre os membros da família, ou seja, o ponto de intersecção entre as angústias de cada um. Este é um campo onde se misturam baralham e se associam a realidade/ficção do aceitável ao excêntrico. Nesse sentido, a literatura indica que os seres humanos são capazes de modificar os processos regulatórios que orientam o comportamento e o pensamento (Pressley, Borkowiski & Shcneider, 1989), bem como de atestar a relevância das variáveis afetivas e motivacionais no processo da concepção e conhecimento.

Muito embora tenha apresentado um caso em atendimento por mais ou menos um ano, discutiremos a seguir a importância de uma ou mais consultas com a família efetuada pela clínica interdisciplinar e multidisciplinar, com o objetivo de ampliar e aprofundar o processo de diagnóstico e prognóstico de situações que levam a família a somar tantas inquietações.

A realização destas consultas psicoeducativas sugere, também, a finalidade de abrir um espaço de comunicação entre o consciente e o inconsciente, sendo denominadas consultas psicoterapêuticas. O objetivo desta consulta é não só avaliar o funcionamento biopsíquico do membro sintomático, mas, sobretudo, observar a relação sócio-familiar do paciente e de seus cuidadores.

No entanto, evidenciam-se os aspectos da dinâmica biopsiquicossocial que deverão ser investigados pelo profissional que estiver na orientação não-directiva da psicoeducação da família e as alianças inconscientes entre os membros da família que poderão estar a exacerbar os sintomas afetivos emocionais, a capacidade da família de reconhecer os seus conflitos como grupo, a tendência de banalizar, minimizar ou anular esses conflitos, a denominação e demonstração de (in) capacidade para correlacionar os sintomas com os fatores biopsíquicos, para não se levar em conta a apresentação das condições para *insight*.

Se a família exige que a versão que é dada para os seus conflitos seja considerada como a única correta (o problema é que Sousa está a beber), um imediato encaminhamento para a psicoeducação pode intensificar ainda mais a sua resistência e os seus mecanismos defensivos. As articulações nesse estudo fazem-se entre a teoria e a prática, entre o sujeito e o objeto (Paulon, 2005). Profissionais altamente qualificados não estão isentos, nestes casos, de estabelecer uma verdadeira batalha com estas famílias, podendo utilizar instrumentos de

avaliação desenvolvidos e adaptados por Santos e Boruchovitch (2001), por uma disputa intransigente no sentido de descobrir quem está com a razão, quem detém o poder do conhecimento dentro e fora desta esfera.

As questões que estabelecem a avaliação profissional quanto à acessibilidade da família e a aliança investigativa durante as consultas estão diretamente relacionadas com o tipo de vínculo que se fornece e se forma entre o funcionamento biopsíquico da família e o funcionamento biopsíquico profissional. Em alguns pontos anteriores, discutiram-se as motivações inconscientes da psicoeducação e do profissional da área clínica para atender famílias em situação de crise provocada pelos distúrbios das doenças. Destacamos como inevitável a persistência do que permanece sexualmente conflituoso e infantil na personalidade do psicoterapeuta e que poderá levá-lo a atender famílias e casais numa tentativa de reparar maniacamente a família interna, estragada e deteriorada.

Nestes casos, a sua mente permanece saturada por uma ânsia compulsiva de curar os seus doentes de enfermidade que, na verdade, estão disseminados no seu próprio mundo interior. As questões da regressão da própria personalidade do profissional entram em constante dinâmica no decorrer do processo de tratamento da família. Às vezes o padecente poderá ser identificado por uma visão distorcida do profissional o seu respeito. Identificamos nesta concepção que o doente, por sua vez, torna o profissional – via transferência – um espelho da sua realidade psíquica.

Este é um processo com duas vias, em que também o paciente – via projeção do profissional – se poderá tornar um campo fértil para a exteriorização de determinada realidade. Como salienta Caper (1997), tal processo é induzido por dois fatores, sendo um deles a habilidade do paciente em manipular o estado mental do profissional, e o outro o grau em que a mente deste fornece um campo fértil para a manipulação dessa ordem. Observemos que este segundo fator está relacionado com o compromisso do profissional em reconhecer continuamente a própria mente, isto é, a percepção a respeito da sua experiência emocional sob o impacto do encontro com aquela determinada família num dado momento.

O compromisso com a sua análise pessoal e a sua capacidade para se apoiar em conhecimentos teórico-técnicos da educação continuada, são ampliados e questionados, estabelecendo-se uma distinção entre o processo analítico e a cura. Toda a cura se baseia na manipulação das estruturas mentais, tanto do paciente como do profissional, visando uma configuração do que se considera saudável ou indesejável.

O profissional que está a tentar a cura da família (i.e. que acredita que existe uma atitude correta da esposa para livrar Sousa do seu comportamento de risco) está desempenhando o papel de superego arcaico fundamentado na fantasia alucinatória omnipotente de que tudo pode e tudo sabe. Um processo de estudos analíticos, por sua vez, consiste em acolher, observar, descodificar e traduzir os relacionamentos dos membros da família, ajudando-os a alcançar sentidos e significados para as experiências emocionais que permaneceram no registo da excitação e do quantitativo. Se o profissional puder adotar esse funcionamento psíquico (e sempre que perde procura recuperá-lo), o seu trabalho manifestará profundo respeito pelos pacientes.

Este tipo de respeito tende a provocar nos pacientes um sentimento de responsabilidade, por si mesmos, com capacidade para a integração, ou seja, torna-os capazes de percepcionarem e reconhecerem o próprio eu como um todo, um eu inteiro, e não demasiadamente confundido com os aspectos da personalidade do outro, com os estados mentais do outro. O que é certo e inevitável é que o mergulho na irrealidade (todo entrelaçado no corpo da montanha) garante a ilusão de uma bela paisagem, de uma atmosfera emocional de tranquilidade paradisíaca. Entretanto é certo também que, como bem nos mostrou o sonho da família de Sousa, essa ilusão é alcançada através da negação de que o chão pode não ser assim tão plano. Podemos recusar destacar e projectar em decorrência desses artifícios inconscientes, experimentarem menos aflição, ficando incomparavelmente mais serenos, porém, em grande perigo de vida: a um passo da morte da lama, a um passo desta já ter morrido e sem o benefício do seu próprio aviso prévio, Lispecto (1998).

3. 12 - A Psicoeducação face os efeitos da patologia nos profissionais de saúde

A psicoeducação indica que, quando o médico ou alguém da sua equipe se defronta com uma doença que provoca transtorno crónico e/ou degenerativo, é mobilizado por ideias, sentimentos e fantasias de diversas intensidades, predominando aquelas com características devastadoras. Estudos indicaram duas situações relevantes de ansiedade denominando-as de traço e estado de ansiedade (Spielberger, 1975). Todos estes conteúdos não são conscientes, incluindo as angústias, ansiedades, as defesas decorrentes desses distúrbios, e a sua dinâmica depende de como se constituiu o mundo interior do profissional de saúde, agora paciente.

Por outro lado, a envolvência da fantasia, da angústia e da ansiedade inconsciente repercute-se nos et al médicos e paramédicos, por vezes de forma perspicaz ou simulada, resultando num sofrimento mental biopsíquico que pode extrapolar para a conduta biopsicossocial.No entanto, a psicoeducação observa que, geralmente, os profissionais de saúde não se dão conta do próprio sofrimento, nem tão pouco do sofrimento desencadeado pela doença nesses pacientes e na sua antiga equipe, onde os contatos com a morte e as fantasias inconscientes acompanham a equipe profissional em todo seu percurso de vida (Pitta, 1991, 1992).

Assim, a psicoeducação mostra que os médicos e paramédicos revelaram ter, provavelmente, mais temor da morte do que os outros profissionais, ainda que de forma não consciente, podendo esse receio ser um dos motivos da escolha da ocupação e/ou profissão. Ao enfrentar a morte, ele passa a lutar contra os sentimentos aterradores que ela desencadeia, podendo estimular o pensamento e a atuação de outros clínicos dedicados que usam todos os recursos para recuperar a saúde biofísica e biopsíquica dos seus pacientes, não importando a sua relação afetuosa ou emocional com os mesmos. Mas, em alguns dos casos estudados, o funcionamento biopsíquico do profissional da área de saúde leva-o a atitudes que visam, primordialmente, evitar o contato com o evento, com a destruição e com o perecer pendente, utilizando mecanismos que poderíamos chamar de contra fóbicos, pelos quais o pânico é recusado e expelido.

Deste modo, o profissional de saúde pode chegar ao ponto de perder o contato com toda a realidade sanitária ou paramédica, utilizando mecanismos de defesa que dificultam a percepção de que o aniquilamento existe e faz parte da vida de cada indivíduo, independentemente da sua realidade profissional. Essa percepção é definida como sendo o contato que o organismo mantém com o ambiente, o seu estado interno, as suas atitudes e movimentos (Day, 1972). E é, também, resultante de uma relação dinâmica entre o campo perceptivo e a potencialidade organizadora do sujeito que a ela se apresenta em certo momento (Kandel, 2002; Sakamoto et. al., 2003). Alguns deles tentam escapar das ansiedades e angústias consequentes de terem de enfrentar a sua impotência profissional e, mais ainda, com o fato de que eles mesmos, como seres humanos, com certeza, são mortais. A psicoeducação detectou em estudos da ansiedade e da angústia profissional que estes são fatores extremamente penosos, que para alguns podem ser suportáveis e, para outros da mesma especialidade, terrivelmente insuportáveis.

Consequentemente, a defesa imposta pelos profissionais por vezes é a conduta omnipotente, vista como histórica, ainda que a razão, nessa situação, demonstre que nada mais há a ser feito para prolongar ou mesmo evitar a realidade da morte do paciente. Diante desses conflitos pessoais, a fobia ante a morte e o morrer, vão-se articulando com outros fatores biopsíquicossociais e culturais que têm tornado a morte como algo desconhecido, feio e inoportuno, que deve ser escondido e tratado com desprezo. Por consequência, nas últimas décadas, e aos poucos, o ser humano foi perdendo o direito sobre a própria vida/morte, que passou a ser controlada pelas indicações terapêuticas específicas, entre elas as da saúde biofísica e biopsíquica.

O indivíduo foi perdendo o direito sobre a própria vida, passando esta a ser controlada por diversos estudos profissionais de áreas específicas, nos quais a morte foi não somente tratada (To Genter et al., 2003; CMA, 2003; Firth-Cozens, 2003; Tomas, 2004), como também se tornou numa área de especialização da Psicologia (Covolan, 1996). Assim, se antes o moribundo podia morrer em sua casa, cercado pela sua família e pelos entes queridos, muitas vezes reconciliando-se com eles e consigo próprio, agora não tem mais o direito de escolher, opinar ou mesmo saber exatamente o que está ocorrendo à sua volta. A psicoeducação tem questionado esta tanatocracia e a autora pioneira que abriu espaço para relatar o que hoje chamamos tanatologia, foi Elisabeth Kubler-Ross, psiquiatra de formação, suíço-americana que nos mostra como as experiências da sua vida a levaram a descobertas importantíssimas, com repercussões para a atenção aos pacientes que sofrem por degeneração e que vão morrer independentemente da sua relação médico-paciente.

Com isto, a psicoeducação define que é importante o confronto dos profissionais de saúde com as dificuldades da sua atividade, pois são as mesmas com que os pacientes e as demais pessoas se defrontarão. O resultado de algumas vivências profissionais provoca repercussões na desumanização das áreas biofísica e biopsíquica, tanto na educação como na saúde, na coisificação do paciente e da doença, a quem não se permite ter nome nem fala que possa manifestar as suas expectativas diante das suas reais fantasias, dos seus desejos, do seu passado e da sua humanidade (Toews et al., 1997; Thomas, 2004). A psicoeducação vê este termo "coisificação" como sendo prejudicial não apenas em termos afetivo-emocionais, mas, também na repercussão dos tratamentos clínicos indicados para esses pacientes desconsiderados, abandonados e maltratados.

Sabe-se que esses doentes, frequentemente, desejam viver os seus últimos dias em contato com pessoas queridas, no seu meio ambiente e que as dificuldades geradas pela enfermidade quando o paciente está no hospital parecem trazer emoções fortes e incontroláveis. São estes sentimentos, trazidos agora pelo resignado em relação à percepção da sua degeneração, à possibilidade da morte e ao sofrimento adicional, que causam o tratamento terapêutico dispensado pelos colegas da própria equipe de saúde. Alguns desenhos indicaram que quando um clínico é abordado subtilmente, abandona as suas defesas e assume o medo da morte e de morrer e, assim, toma consciência de que não pode evitar o contato com a sua impotência e com a desesperança do seu paciente (Nougueira-Martins; Jorge, 1998; Center et al., 2003). Esta possibilidade de lidar com a realidade certamente tornam a sua vida mais adequada e produtiva, para si mesmo e para os seus doentes. Este fato já nos revela que os profissionais, muitas vezes, deverão ser suficientemente criativos para encontrar métodos que permitam enfrentar situações constrangedoras e que nunca foram abordadas na área de educação e da saúde frente à ameaça de destruição.

3.13 - O Caso do profissional de saúde frente às patologias

As consequências de um AVC num paciente da área médica, passando este a ter sintomas diversos de (in) capacidade de reconhecer a sua omnipotência e a sua aparente tranquilidade, transformam-se em novas possibilidades. É importante destacar que este é um tipo de intervenção no trabalho na qual os indivíduos, mesmo que partilhem coletivamente a vivência do espaço de trabalho, são confrontados individualmente com as violências da laboriosidade da organização hospitalar (Dejours, 1992). O sentimento angustiante da incerteza da própria vida e o reconhecimento deste sofrimento, geralmente sem perspectiva de sobrevivência, traz de volta na relação consigo e com os outros, experiências de um passado próximo com os seus antigos doentes e isto se vai transformando num sentimento angustiante associado ao receio. Ao remeter-se ao temor daqueles que estão submetidos a ritmos elevados de trabalho - como no caso das trabalhadoras da educação e da saúde. Dejours (1992) afirma que estes estão constantemente em uma situação de trabalho completamente impregnada pelo risco de não acompanhar o ritmo de trabalho. Na verdade, é nesse momento de angústia que o médico passa a divagar sobre o que acontecerá com aquele corpo limitado pela doença e, também, pelas diversas formas de investigação, em busca da definição coerente de um

diagnóstico que indicará uma terapêutica anódina ou salutar da enfermidade e também do doente.

Com este sofrimento incapacitante, numa tentativa abrupta de afastar o incômodo, em que o medo de ser tragado pela morte já se aconchega com ou sem desgosto de incapacidade ocupacional e profissional, o profissional de saúde vai devastando e matando todos estes pacientes. No entanto, o sofrimento que este adoecer provoca no indivíduo e na sua família mobiliza uma relação constante de amor e de ódio. Isto acontece apesar de nos primeiros momentos após o ficar de cama, a aflição biofísica, a agonia biopsíquica e as limitações deixadas pelo corpo, demonstrem as conseqüência devastadores de uma moléstia que, às vezes, é reproduzida por esse adoentado, conhecedor dos diversos domínios da área de saúde. Assim, é para ele, agora, uma tarefa difícil, pois exige conhecimentos não só biofísicos, no entanto, das Ciências Sociais, da experiência profissional passada e da empatia com a relação humanizada com o todo e não apenas com uma das partes.

O clínico, às vezes, pela ignorância ao ter trabalhado o seu cliente e ter desconhecido o seu processo de adoecer com os membros da própria família, pode trair o seu doente que fica aprisionado deste processo, em que a maneira de reagir a novas situações depende de muitos fatores que poderão modificar os conceitos experimentados de viver e viver bem. Ao mesmo tempo não depender da sua história de vida, da sua personalidade, das crenças, do apoio que passa a dar e a receber, do tempo de convalescença dos seus pacientes e, sim, depender, do seu estado afetivo-emocional.

Esse desenvolvimento é uma condição para a apropriada conduta do indivíduo com o seu ambiente (Forgus, 1971). A perspectiva da imortalidade do profissional da área clínica e paramédica transporta-se através do silêncio do seu corpo que está sempre esquecido e que, às vezes, parece ser nosso e que se submete aos nossos desejos e obedece às nossas ordens.Na verdade, neste exato momento, passa a não corresponder às possibilidades de morrer ou viver, pois o inconsciente revela que somos todos imortais. Quanto à enfermidade, ela serve para alertar a todos que o corpo pode deixar de responder ao seu próprio comando e desfalecer, conforme a sua vivência no atendimento às patologias limitadoras ou degenerativas. O sentimento de ser pessoa que protegem todos e que agora precisa de ajuda ao sentir-se gravemente enfermo, é o tipo de sentimento que desnuda a confiança e transforma o desejo de voltar a ser dono de si.

Nesse momento, Frosting e Muller (1986) constataram que o desenvolvimento da percepção visual em condições favoráveis é caracterizado por um complexo de habilidades e funções diferentes e relativamente independentes uma das outras. Imaginemos, por exemplo, o caso de um médico neurocirurgião que, devido a um AVC passou a não movimentar os membros superiores e inferiores. Esse médico antes pensava: "levante-se" e via o seu corpo a andar, a trabalhar, dando ordens e executando tarefas de grande relevância para a população em geral. Com estas limitações impostas pela doença, agora passa a sujeitar-se ao seu corpo, e é a ele que tem de perguntar: "Posso…? Como posso? Por que…?". A nova experiência e a vivência de se tornar escravo dos seus movimentos corporais e do seu próprio tempo, revelam que a maneira de agir e reagir a esta situação depende de muitos fatores biopsicossociais que envolvem a sua relação com as suas crenças, a sua personalidade, a sua história de vida, o seu estado afetivo-emocional e o apoio que possa receber e também aceitar nesse momento.

Nesse contexto, surgiram modelos teóricos que investigam como o sistema neuro - perseptivo e visuais verifica informações espaciais e objetos (Santos et. al. 2005). Esta vivência trazida agora para este ser adaptado quebra uma linha de continuidade da sua própria biografia, das suas funções técnicas desempenhadas, das suas previsibilidades certas e contínuas que guardava sobre o futuro e que, neste percurso de enfrentar a doença que o imobiliza, congela a sua existência e provoca como consequência uma nova relação com este seu mundo. Este é um momento de reflexão que acontece com todos os profissionais da área de educação e da saúde, ou seja, uma interrupção da continuidade da referência temporal e existencial. É um momento de suspensão, sendo difícil ligá-lo à vida passada ou relacioná-lo com as experiências do presente sem se deter nos pensamentos sobre o futuro. As preocupações mais imediatas passam a emergir e também a girar em torno do seu estado biofísico e biopsíquico com a passagem das horas.

Esta noção foi enfatizada por Freud, em 1914:

> "É do conhecimento de todos, e eu o aceito como normal, que uma pessoa atormentada pela dor e mal-estar orgânico deixe de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento. Uma observação mais cuidada também nos ensina que ela também retira o interesse libidinal dos seus objetivos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar […]. Devemos então dizer: o homem enfermo retira as suas catexias libidinais de volta para o seu próprio ego, e põe-nas para fora novamente quando se recupera. (Freud, 1974,)".

A psicoeducação norteia que a enfermidade transforma o homem de sujeito de intenção em sujeito de atenção especial, e a entrada de um profissional da área médica numa unidade de emergência hospitalar, motivada por uma indisposição biofísica ou biopsíquica, torna esse momento angustiante ainda mais dramático.

Outros autores, como Firth-Cozens (2003) e Thomas (2004), postulam categorias de *stress* psicológico intenso a que está submetido qualquer paciente hospitalizado por uma enfermidade aguda ou grave, tendo por base as fases psicodinâmicas do desenvolvimento, nomeadamente:

1. A ameaça básica à integridade narcisista onde são atingidas as fantasias omnipotentes de imortalidade, de controle sobre o próprio destino e do seu corpo indestrutível, podendo surgir, através da mente, diversas fantasias catastróficas, com síndromes associadas ao pânico, síndromes de aniquilamento e de impotência. Síndromes provocadas pela presença da ansiedade da separação, não só de pessoas significativas da sua relação social, mas também de objetos, ambientes e estilos sociocupacionais.
2. As síndromes do medo de estranhos, independentemente da sua função profissional. Por exemplo, ao entrar no hospital qualquer paciente coloca a sua vida e o seu corpo nas mãos de pessoas desconhecidas, cuja competência e intenção desconhecem.
3. A sensação de culpa e medo da retaliação e outras ideias, como a de que a doença veio como castigo por pecados e omissão, ou fantasia de destruição de uma parte do corpo enfermo, surgem na vida do paciente como uma traição.
4. O medo da perda do controle de funções biofísicas e biopsíquicas adquiridas durante o seu desenvolvimento, como a fala, o controle dos esfíncteres, a marcha e outras.
5. A sensação de perda do amor e da aprovação, com sentimentos de autodesvalorização gerados pela dependência e pela sobrecarga financeira.
6. O medo das perdas e/ou danos que o adoecer deixa em partes do corpo físico e psíquico e as diversas limitações, disfunções de membros e de órgãos que alteram o esquema corporal, são perdas equivalentes às de uma pessoa muito querida.
7. Finalmente, as síndromes provocadas pelo medo da morte e da dor.

Por outro lado, este impacto da situação emergente para um paciente da área de saúde e dos seus familiares demora algum tempo a ser percebida. Passada a fase do diagnóstico e da terapêutica inicial, o paciente acalma-se e, mais ou menos depressa, vai-se recompondo e ampliando os seus interesses, voltando a ter ânimo e a planear o seu futuro.

Por outras palavras, na fase observada aqui, vê-se um processo de luto normal. Passado o momento deste impacto da enfermidade e da moléstia para a família médica, surge de imediato, a esperança, nos domínios das ciências, de que se transforme o sofrimento numa esperança de retomada da própria vida e o regresso do conforto da relação sócio-familiar, ainda que esse processo de socio-reabilitação possa ocorrer apenas na esfera mental. Mas nem sempre é isto que acontece na vida do paciente, dos médicos assistentes e dos terapeutas dos pacientes e dos seus familiares, pois não importa agora a sua especialidade, mas a sua vontade de voltar a viver. Portanto, a psicoeducação mostra que de acordo com vivências e experiências hospitalares, os profissionais de todas as áreas só passam a compreender as ameaças e as frustrações que acompanham o doente e a doença quando enfrentam a realidade de um sofrimento assistente intenso, principalmente quando a doença passa a recomendar uma marca da impotência que transforma uma ferida narcisista que não cicatriza, ainda que os tratamentos biopsicossociais, de fato, estejam a dar sinais de melhoras.

Através de estudos de CMA (2003) Center et al. (2003), indicam que a grande maioria desses pacientes da área de saúde tem demonstrado um sofrimento acentuado e prolongado, pois passam a identificar-se (confundindo-se) com os objetos deixados na história ocupacional e da vida, não conseguindo elaborar essa nova situação de perdas (que se transformam num luto patológico). Diante deste confronto com as razões e as implicações dos AVCs, os profissionais de saúde, os próprios pacientes e os seus familiares que estão acostumados a manter o controle das diversas atividades que conduziam as suas perspectivas de viver e viver bem pode passar a relacionar-se exacerbadamente com todos os seus terapeutas e cuidadores.

Ambos, paciente e terapeuta, definem uma posição de gestão da situação, em que a exigência dos atores deve ser cumprida, rigorosamente, conforme os seus desejos. Isso confunde os terapeutas e os pacientes, transformando uma relação de amor em ódio, pois, na maioria das vezes, a equipe sente que o paciente e os seus familiares querem explorar e controlar toda a situação da doença e do doente, causando com isso hostilidade em ambas as partes. Para que essa nova situação de entendimento entre terapeuta e paciente retome um fluxo de homeostasia na relação de atenção continuada intra e extra nosocômio, torna-se necessária que uma resposta adequada seja dada às necessidades da doença e do doente e as indicações prescritas.

São diversos os fatores que vão determinar esta aliança com as respostas individuais que não são reconhecidas pela enfermidade nem pelo enfermo na sua totalidade. O significante e o constituído da pessoa e a subjetividade que a doença biofísica desperta parece-nos ser o fator fundamental que passa a modular as características atuais da personalidade, das circunstâncias sociais e da própria natureza da patogenia e dos possíveis tratamentos a que são expostos o paciente e a doença.

Todo o processo de ajustamento do indivíduo à sua nova realidade constitui um grupo de distúrbios frequentes entre padecentes e os seus médicos e terapeutas. Entre os pacientes estudados, num total de 178 internos em enfermarias de clínicas especializadas, 31% apresentavam sintomas de ansiedade e ou depressão (Rosenbaum & Pollack, 1991; Wise & Rudell, 1994). Num terço dos casos, os distúrbios observados associavam-se ao conjunto de histórias clínicas de problemas afetivo-emocionais e sociais, sendo que, nestes casos afetivos e emocionais, o risco de degeneração e de a doença ser crônica é maior.

Quando procuramos respostas nos fundamentos teóricos e nos manuais de especialidades médicas encontramos, apenas noções das reações de ajustamentos que estão subdivididas de acordo com a sua duração e com os sintomas atuais predominantes. Poderemos entender que nas tomadas de decisões em relação às síndromes catalogadas e apresentadas na literatura especializada (Thomas, 2004; Firth-Cozens, 2003; Toews et al. 1997), a síndrome parcial de um transtorno específico do humor-afetivo encontra-se a meio caminho entre o normal e o patológico, com ou sem gravidade.

De acordo com as várias observações relatadas pelos investigadores (CMA, 2003; Center et al., 2003; Cassorla, 1994) médicos e professores, é ainda na atenção primária que encontramos a natureza indiferenciada das sintomatologias, compreendendo as várias dimensões da preocupação excessiva da presença de uma ansiedade, como a depressão e a insónia. No caso específico dos derrames, os sintomas vão-se desenvolvendo ao longo do tempo de internamento que poderá ser identificado nos primeiros dois ou três dias, após o AVC.

É comum, nos primeiros dias, a presença de ansiedade, principalmente quando não se tem ainda definido o possível diagnóstico e não há uma evolução no quadro sintomatológico e clínico do paciente. Se os resultados não são evidenciados e há necessidade de se prolongar o internamento, o paciente passa a desenvolver uma sintomatologia depressiva que poderão durar dias e ou semanas.

Dependendo da conduta utilizada na terapêutica do paciente, em geral, os sintomas passam a ser transitórios, a frequência entre dias melhores e dias piores vai depender do processo utilizado na psicoterapia e na relação dinâmica da comunicação utilizada entre terapeutas e paciente. A evolução do processo clínico vai devolvendo o bem-estar biopsíquico ao doente o que, provavelmente, conduzirá a uma alta hospitalar. Serão disseminadas, de imediato, medidas preventivas para evitar possíveis recaídas. Essas medidas podem ser conduzidas através de psicoterapias, psicotrópicos e a presença contínua de um profissional de conhecimentos técnicos de saúde biofísica com especialização em doenças degenerativas.

Isto, porém, não significa que a preocupação e a abordagem nos sintomas sejam desfavorecidas. Em todos os casos sintomatológicos mais graves e com dificuldades de diagnóstico prolongado, bem como na expectativa de condução da doença e do paciente, a avaliação neuropsicológica ou psiquiátrica é indispensável. Constatou-se nestes estudos de Center et al. (2003), em alguns casos, que as sintomatologias são persistentes nos pacientes com algum conhecimento da área de saúde. Em geral, estes sintomas são de natureza depressiva, atingindo níveis de gravidade compatíveis com os critérios de diagnóstico para episódios depressivos. A psicoeducação aconselha uma avaliação de todos os pacientes, uma pesquisa minuciosa de sintomas como anedonia e perda de interesse e de motivação, com desejos motivacionais de voltar à vida. A natureza e a persistência nos sintomas indicam uma necessidade específica do tratamento da depressão.

Ao longo dos anos, nestes estudos do impacto de doença tipo AVC na vida familiar, temos encontrado nas experiências e vivências em hospitais e em consultórios um número expressivo de pessoas que são acometidas por episódios depressivos moderados e também graves (Nougueira-Martins, 1994). Dos pacientes pesquisados que necessitavam de internamento, uma significativa percentagem de indivíduos apresentou depressão grave e passou a ter ideias suicidas, enquanto outros sofriam de depressão grave e não tinham ideias suicidas. Estudos indicam que este tipo de depressão tem caráter recorrente, e o risco de apresentarem num segundo momento episódico é de 50%, aumentando para 70 a 80%, mesmo com tratamento dinâmico e competente centrado nos distúrbios depressivos e de ansiedade. No entanto, estes distúrbios depressivos confirmam o grupo de diagnóstico psiquiátrico mais prevalecente em todas as unidades de atendimento biopsíquico e biofísico.

A depressão é considerada um transtorno do humor, uma vez que, do ponto de vista psicopatológico, a alteração e perturbação do humor e do afeto consiste em um dos mais importantes sintomas depressivos (DSM IV, 1994; White, 1989). O termo depressão tem sido utilizado de forma genérica e muitas vezes distorcido. Outros estudos nacionais revelaram que distúrbios depressivos, de diversos níveis de gravidade, acontecem em 20 a 30% dos pacientes que são internados nos hospitais gerais e que estes resultados, tecnicamente, são maiores em determinados grupos de pacientes, como os que estão a ser atacados pelas doenças crônicas e degenerativas por acidente vascular e/ou cerebral; a sintomatologia depressiva pode comprometer a qualidade de vida tanto ou mais do que as outras condições médicas críticas e, entre elas, indicamos a artrite reumatóide e/ou a diabetes que são fatores de risco para complicações cardíacas em geral.

Durante muito tempo, pensou-se que a depressão em paciente pós-AVC não existia, ou seria muito rara, nessa população. No entanto, a partir da década de 1960 alguns estudos foram realizados e atualmente não há dúvidas quanto à ocorrência da depressão no paciente e nos seus familiares (Bandim, Sougey & Carvalho, 1995; Baptista & Golfeto, 2000; Andriola & Cavalcante, 1999; White, 1989; Soares, 2003). O impacto da ansiedade e da depressão torna-se ainda mais significativo considerando-se que o diagnóstico associado e somado a estas novas necessidades especiais impostas pelos distúrbios dos AVCs, não é adequadamente tratado na maioria dos casos estudados. Estes distúrbios cerebrovasculares associados a depressivos são um dos desafios que se põem aos profissionais de saúde biofísica e biopsíquica, que enfrentam nas unidades de emergência os impactos de doença e se sentem incapacitados para solucionar ou adiar a dor dos pacientes.

A educação para a saúde indica que o desafio maior é reconhecer esta ansiedade e esta depressão como algo mais além do quadro clínico do paciente, agora paciente e com as suas angústias. Segundo Poznanki e Mokros (1994), são diversos os fatores que contribuem para essa variabilidade. Deve indicar-se ainda o prognóstico correto e a terapêutica necessária, considerando as nuances dos quadros clínicos, das indicações, das contra-indicações e das interações entre drogas na perspectiva de combater a doença dos pacientes. É aqui que todos esses processos de mecanismos adaptativos da doença e da hospitalização dos pacientes podem obter características investigadoras sob ópticas e vertentes psicodinâmicas (mecanismo de defesa) da fisiologia (*stress*) e cognitivas (*locus de control, coping*).

No mecanismo de defesa, ao atendermos os pacientes ouvimos os seus relatos, observamos comportamentos, intuímos as suas vivências e interferimos nas suas defesas psicológicas. A idéia de mecanismos de defesa do "ego" ocorreu a Freud quando sente que indivíduos, pacientes e médicos se deram conta da resistência que os mesmos manifestavam contra representações inconcebíveis (conteúdos penosos) que chegavam à consciência e que são atitudes defensivas reconhecidas pela psicanálise como um dos mecanismos principais da etiologia da histeria. Os estudos sobre o "ego" identificaram uma ansiedade associada às síndromes características de pânico, em que o medo de algo e da natureza estão presentes, bem como o desejo de se proteger dos perigos interiores e exteriores, de forma menos consistente, e que são sinais geralmente encontrados na psicanálise como uma sublimação e/ou uma regressão, respectivamente. No entanto, alguns estudos indicaram que as medidas de defesa não são inteiramente obra do "ego", ocorrendo algumas delas antes da configuração do "ego".

Estas constatações foram levantadas e evidenciadas nos estudos de Freud e, mais tarde, em 1952, trabalhadas por Melanie Klein, com as noções de "clivagem do objeto", "identificação projetiva", "negação da realidade" e "controle omnipotente". Outros estudos revelam também que todos estes mecanismos passam a ganhar relevância em pacientes terminais internados nos hospitais, principalmente pelas reações que costumam despertar na equipe de saúde auxiliar. O contexto teórico em relação aos mecanismos de defesa, quanto à natureza, à especificidade e às associações, são fases do desenvolvimento da saúde bio-psíquica-social que inicialmente foram descritas como defensivas e que são essenciais na própria constituição do sujeito e da sua personalidade, capazes de proporcionar uma espécie de viabilidade biopsíquica e biofísica na relação do indivíduo com a realidade. A psicoeducação sugere que este é um dos recursos usados para evitar o sofrimento, o receio e o desespero provocados pelas implicações das doenças nos pacientes.

Às vezes, este sentimento toma conta da família que pode, geralmente, desrespeitar ou abandonar a indicação terapêutica inicial por não acreditar nos resultados dos exames, agindo como se nada de grave estivesse a acontecer, ou, acontecendo, tenta acreditar que o problema é apenas clínico e de natureza branda, leve, não representando o pensamento sugestivo da equipe médica. Estudos, como os de Baptista e Golfeto (2000), lembram ainda que, além desses fatores, as diferenças regionais, económicas e culturais na população europeia e brasileira podem contrbuir para as diversidades dos resultados encontrados.

Em momentos diferentes, assustados ou apáticos, observamos uma pessoa que, embora submetida a procedimentos agressivos e dolorosos, não questiona a razão destes procedimentos nem o seu internamento, ou mesmo os remédios que são prescritos e administrados diariamente a intervalos de quatro em quatro horas, ou mais. Podemos citar também como manifestação biofísica destas à administração da hiperventilação, as náuseas, diarreia, a boca seca, a insónia, inapetência e fraqueza (Reynolds; Spielberger, 1990). Desta forma, a presença da racionalização, outro mecanismo de defesa bastante observada na clínica neuropsicológica, apoia-se na negação e no isolamento de sentimentos penosos. No entanto, o paciente poderá querer conversar, às vezes, sobre os aspectos técnicos do seu diagnóstico, prognóstico e tratamento.

Diversa forma de o paciente negar conflitos e sentimentos é a banalização dos processos terapêuticos indicados, em que o doente perante um problema com muita gravidade, apenas dá alguma importância, ou muda de assunto, ou faz uma brincadeira com outras situações sérias vividas no passado; na verdade, o paciente apresenta certas características associativas que impressionam a equipe de saúde e, às vezes, o fato de o paciente não dar importância ao seu diagnóstico e prognóstico, retrata o uso de mecanismos de defesa. Toda a representação significa, afinal, a impossibilidade de suportar a carga situacional afetivo-emocional advinda da situação do adoecer e da doença. Os pacientes apresentam um grau de negação útil para enfrentar a ansiedade e a depressão despertadas pela doença ou cirurgia iminentes. Este comportamento é considerado, por alguns autores, um fator associativo de necessidades advindas do desejo de proteção quando os pacientes estão internados em unidades de cuidados especiais, principalmente de cardiologia e neurologia.

De acordo com esta perspectiva, é preciso respeitar o paciente não o obrigando a enfrentar este tipo de verdade, mas levando-o a refletir sobre as suas necessidades e dificuldades. A investigação mostra que esta conduta responde mais à angústia e à falta de preparação da equipe médica do que a uma necessidade de franqueza com o paciente, com os seus familiares, face à eficiência e/ou eficácia na relação médico-paciente-doença. Todas estas dúvidas devem ser confrontadas com a realidade e as associações clínicas afetivo-emocionais de cada terapeuta, paciente e familiar. A negação deste confronto entre os desejos do paciente da família e a relação ética profissional do médico compactua-se numa decisão duvidosa de comunicar ou não algo penoso, mesmo quando o paciente se encontra em plenas condições mentais de trabalhar com as associações de sentimentos que esta revelação provocará.

Através dos desenhos de Henderson (1990), vemos que estes fatores dependem, geralmente, da personalidade do sujeito, da forma como ele percebe e avalia o seu tratamento, do desenvolvimento e evolução da sintomatologia e da sua problemática, da magnitude, da intensidade, da frequência, da duração e da previsibilidade de cada acontecimento, da experiência e envolvência desta pessoa com casos semelhantes e associadas a algumas situações de doença, dos fatores biopsicossociais e da motivação para aceitar mudanças radicais de atitude. No entanto, a observação do paciente, da sua instabilidade afetivo-emocional, com crises de choro repetitivas, irritabilidade, insónia, bem como uma procura exagerada e desnecessária de atenção, poderá indicar o esgotamento do mecanismo de negação, ou seja, é uma garantia de que a pessoa já pode e necessita de desabafar com alguém.

E, de acordo com todas estas informações, a doença exigirá da medicina assistencial determinada qualidade e conhecimentos para que, conversando com a equipe clínica e com os familiares, seja possível auxiliá-los na tomada de decisão quanto ao que fazer para não agravar o quadro desta doença. Acredita-se também que a comunicação dolorosa, de um modo geral, deve ser feita pelo médico ao paciente e aos seus familiares e, após esta comunicação, a equipe assistente poderá ajudar no apoio psicoeducacional; se for solicitada, continuará a prestar apoio após o conhecimento do diagnóstico pelo paciente e pelos respectivos familiares. Com os esboços sobre as associações das doenças com as sintomatologias que implicam numa regressão, o impacto psicológico da doença associado às próprias condições de um internamento no qual o paciente recebe cuidados básicos de higiene, alimentação e medicação, beneficia, no todo, o mecanismo de regressão.

Entretanto, a atualização deste costume de funcionamento, ligado a estas etapas mais precoces do desenvolvimento, permite satisfações de necessidades afetivo-emocionais primitivas e, por outro lado, o paciente poderá aceitar uma posição muito passiva, não demonstrando uma posição de força para reagir, regredindo no seu comportamento e nas suas necessidades, chegando, às vezes, a fases biopsicossociais. A recuperação desse paciente com seqüelas de AVC constitui-se em grandes desafios, tanto pela complexidade das funções perdidas, quanto pela incidência de desordens envolvendo a percepção traduzida em dédificts visuais, motores, cognitivos e funcionais (Purton & Golledge, 2007). No entanto, observa-se neste mesmo contexto, que a regressão nada tem de anormal numa situação grave e/ou aguda.

Infelizmente, a incapacidade de se entregar a certo grau de regressão, forçando uma perfeição na adaptação à doença, poderá fazer com que esta nova adequação, com o tempo, possa ser prejudicial ao paciente, à família e à equipe auxiliar.

Quando a equipe médica assistente oferece período ao momento no decorrer do tratamento generalizado e não especializado, a regressão aumenta e torna-se desnecessária a permanência no leito hospitalar, incentivando a dependência e retardando a sua convalescença.

Este comportamento impede o paciente de usar os seus recursos pessoais mais consistentes para enfrentar as dificuldades presentes, deixando gravada a imagem de que a sua participação mais ativa nos procedimentos terapêuticos poderá trazer maior sofrimento para si, para a equipe de cuidadores e para os seus familiares.

É na regressão do doente que encontramos uma relação favorável da dependência clínica na qual este indivíduo se encontra e que, através desta relação, devem ser impulsionados outros desejos e outras vontades em se desprender das atitudes impostas pelos familiares e pela equipe médica assistente, que passaria a tratar esta relação médico-paciente com alguns mimos.

Esse comportamento representa um dos principais motivos de internamentos e deficiências desta população (Bucchi & Angelo, 2005). Estas atitudes, associadas com as realidades agora vividas, poderão reforçar uma nova regressão, passando ao paciente a impressão de que o julgam realmente incapaz, pois ele deverá reagir e não aceitar este reforço negativo. A psicoeducação, mesmo trabalhando numa relação de impulso e motivando sempre o paciente para que sinta tais necessidades, afirma que não há indicação para este reforço.

Na maioria das vezes, a incapacidade vem através dos movimentos externos ao paciente e depois internos à sua verdadeira necessidade de fugir do sofrimento angustiante do ser paciente e da dor. Assim sendo, o tratamento do paciente com respeito é indispensável, embora não seja necessário enfatizar o que se está a realizar.

Nesta situação, o paciente necessita de gotas homeopáticas de motivação, não de uma ordem quase eufórica e condenatória. Todas estas preocupações implicam de modo negativo na integração da imagem visual e do sistema motor para execução de tais movimentos (O'sullivan; Schimtz, 2003; Mark, 2003; Oliveira, 2008).

De acordo com uma entrevista dada no Hospital do Brasil, após um acidente vascular cerebral e passado duas semanas em coma, quando regressa do coma, Federico Fellini relata que:

> "**Durante meses, você é inserido em lugares aparentemente protetores, com hierarquias, histeria e acesso de raiva que não são seus, num vórtice de dias que não são seus. Você é tratado como um jogador de futebol: "Vamos lá, não desista. Você tem que conseguir. Onde está sua coragem? "Você precisa cooperar, vamos lá…" Ou então como se fosse um bebê: "Agora eu quero que você venha e pegue este lápis com sua mão esquerda…". E você não consegue nem sequer fazer isso. […] Você é mergulhado num ambiente infantil, de berçário. "Agora vamos lavar nosso rosto. Será que queremos um pouco de queijo na nossa sopinha? Agora vamos tomar nosso comprimido, nosso comprimido para dormir, nosso tranquilizante". Mas o único "eu" nesse "eu", o único que é obrigado a lutar e sofrer é você mesmo. A doença torna você dependente. Essa dependência faz você regredir à infância. (Folha de São Paulo, 1993).**

A preocupação do paciente explode através dos sentimentos de agressividade e da raiva contidas, contra tudo e contra todos: os cuidadores, a equipe médica e os familiares. Na verdade, esta é uma das formas do paciente deslocar a sua ansiedade, a sua angústia e a sua revolta, que não consegue conter, culpando sempre todos os envolvidos no processo de tratamento da sua doença e da sua incapacidade de se relacionar com o mundo, aquele que agora vivência e que não tinha planeado. Esta reação ou este tipo de comportamento corresponde a uma das fases em que o paciente ainda está sob o impacto da notícia, o prognóstico e o diagnóstico determinam resultados desastrosos para o paciente e também para os seus familiares. Além disso, não existem instrumentos disponíveis, na sua maioria, que possam analisar aspectos mais específicos dos mecanismos neuropsicológicos que em conjunto possam servir como parâmetro de uma possível evolução (Maki et. al., 2006).

Mas, à medida que o tempo de hospitalização vai aumentando e a aceitação da nova situação vai tomando um rumo com as primeiras reações de tristeza, o paciente relembra momentos íntimos da sua vida, tentando compreender e aceitar a sua doença. Pelo menos nos casos em que não houve um prognóstico deprimido, o paciente passa a idealizar um planeamento da sua nova vida e uma possibilidade de alta hospitalar com uma nova envolvência dos mais íntimos conhecimentos e sentimentos que se começam a descortinar. O fato de se adoecer provoca uma atitude de ódio e de raiva no doente pela sua condição de dependência, que poderá ser manifestada pela arrogância e pelo desprezo pela própria família, passando o paciente a exigir um nível de dedicação que afastará as pessoas que realmente o amam e o respeitam.

Atualmente, o pleno restabelecimento da função é alcançado apenas em alguns pacientes, o que reflete tanto os limites relativos de plasticidade cortical e funcional após uma lesão cerebral, como a falta de estudos científicos que tentam descobrir capacidades visuais residuais, o que seria um procedimento de estimulação, bem como de melhoria da sensibilidade das avaliações para maximizar os resultados (Kerkhoff, 2000). A relação com a equipe médica e paramédica passará a colocá-lo numa situação de expectativa constante e, de alguma forma, de agressão desumana. A questão do adoecer com a equipe trazem à luz da cognição vários casos de contaminação, nos quais os sentimentos de ansiedade e de angústia do paciente, principalmente nas necessidades mais primitivas, poderão influenciar e modificar a metodologia inicial adotada na relação entre terapeuta e paciente e cuidadores. Esta situação poderá acrescentar queixas de fadiga ou *stress* provocados pela envolvência da doença no paciente.

A assistência pode não ser suficiente para que o padecente volte a interagir normalmente com o seu meio e a incluir-se biopsicossocialmente (Falcão et. al., 2004). A educação para a saúde indica ainda que o conceito generalista de *stress* venha da física, referindo-se ao grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço contínuo. Quando este conceito chega à medicina, ele é relacionado com as reações adaptativas de um organismo vivo quando submetido a agentes nocivos da dor, do frio, da fome, dos estados tóxicos e infecciosos. A psicoeducação associa o *stress* a uma relação de cumprimento de tarefas e de responsabilidades e, também, a reações a diversos acontecimentos imprevistos e relacionados com situações que sugerem sentimentos angustiantes, ao enfrentar uma nova vivência.

Estudos como os de Weinmann (1987), indicaram que, da mesma forma que a maioria dos animais reage ao *stress*, o indivíduo também passa a reagir a qualquer espécie de desafio *stressante* que mobilize o organismo que se prepara para uma luta. No contexto da humanização, esta é uma questão de desafio biopsicossocial aceitável. O conhecimento movimenta todo o organismo para impor uma resposta biofísica inadequada e, com a presença desta repetição sintomatológica da angústia, provavelmente o indivíduo adoecerá. O impacto violento da doença e do adoecer num indivíduo na fase produtiva provoca uma reação não só associada a um perigo real e atual, mas também, a ameaças de perigo, potenciais e imaginários, relativos tanto a situações pessoais quanto a condições de um ambiente inseguro, criado pelo nosso sistema social e económico.

O que determina a patologia são a reação deste organismo e, com muita frequência, a gravidade da enfermidade que se deve, em princípio, à violência dos mecanismos de defesa biofísica e biopsíquica. O *stres*s prolongado afeta o sistema imunológico do corpo e as suas defesas naturais contra infecções e/outras possíveis sintomatologias associadas a estas patologias biofísicas e biopsíquicas. No caso do AVC, há muitos elos desconhecidos iniciados por acontecimentos que têm um caráter simbólico, provocando respostas biopsíquicas, chegando a inquietações neurofisiológicas. No entanto, a psicoeducação defende que o conhecimento dos fatores sociológicos, psicológicos, históricos e circunstanciais contribui para intensificar ou suavizar o *stress*, podendo favorecer a elaboração de estratégias a serem utilizadas em tratamentos terapêuticos individuais ou coletivos, de caráter preventivo.

Outros estudos - Lazarus (1976) - indicaram que o modelo cognitivo do comportamento divide as pessoas em duas categorias, de acordo com a maneira de enfrentar o adoecer e a doença (*coping*). A educação para a saúde indica que deve haver uma orientação não-directiva centrada na problematização e/ou na orientação dirigida à relação afetivo-emocional. Na primeira hipótese, ao trabalhar com a situação da doença, a tendência é procurar na história de vida do indivíduo informações, promovendo a troca de conceitos, acreditando que se podem alterar estas concepções do ambiente em que habitam e, com isso, alterar a situação atual. A finalidade do processo psicoeducactivo de reassumir o controle da sua vida torna os distúrbios desta doença mais toleráveis. As demais situações estarão centradas nas questões afetivas e emocionais, reduzindo o impacto da doença.

E, de acordo com Caixeta (2004), estes pacientes, se não aceitarem uma orientação não-directiva, terão mais dificuldades em colocar em evidência as alternativas cognitivas. Com esta associação que foi detectada nesta nova relação de aprendizagem, os pacientes responderão mais emocionalmente e usarão mais mecanismos de defesa, sentirão mais desespero, desamparo e depressão. As representações mentais associadas e consideradas excêntricas sobre o AVC, bem como o tratamento psicoeducacional específico para cada paciente, devem ser pesquisadas nos seus elementos concretos objetivos e subjetivos. Para que estas representações mentais mal-entendidas e/ou distorcidas sejam esclarecidas e desfeitas na base destes tratamentos associados à interdisciplinaridade, foram realizadas estudos prospectivos com 55 pacientes que tinham sofrido AVC do tipo isquémico e que demonstraram que o comparecimento nas sessões de reabilitação está associado à crença durante o internamento de que a doença poderia ser curada ou controlada.

Assim, o retorno mais rápido ao trabalho associou-se à percepção de que o AVC duraria pouco e traria menos consequências negativas e, para aqueles que tinham pior ideia dos AVCs e dos seus distúrbios, também foi pior o seu desempenho nas avaliações de atividades de lazer e vida social. De referir ainda que as percepções iniciais impostas pela psicoeducação que os pacientes tinham dos seus problemas cerebrovasculares foram fatores determinantes na sua recuperação e tiveram acesso a informações que diferenciavam os AVCs hemorrágicos dos AVCs isquémicos. A educação para a saúde defende a relevância do apoio psicoeducacional da família e da equipe médica recebido pelo paciente, mais em termos de qualidade do que em quantidade (Henderson, 1990).

Este apoio psicoeducacional é uma das linhas da psicologia clínica que também procura, nas construcções teóricas, associações que suportem os seus princípios fundamentais fenomenológicos e existenciais que se distinguem do apoio de acontecimento disponibilizado ao paciente e aos seus familiares, bem como a percepção que eles têm em relação à adaptação terapêutica oferecida como suporte ou ajuda. Entretanto, esta associação de tratamento psicoeducacional contribui com a redução da mortalidade e morbidade e também sugere que uma rede de apoio biopsicossocial adequado poderá, de fato, repercutir-se biologicamente na redução da associação das emoções com o *stress* e, em consequência, dos distúrbios da doença. Assim sendo, em contato direto com o paciente, o psicoterapeuta da família deve esquadrinhar contornar as situações ameaçadoras mais seguras e contribuir para o reconhecimento e para a expressão dos sentimentos vivenciados, compreendendo-os e oferecendo todo o apoio biopsicossocial.

Quanto aos comportamentos que transgredam os padrões de normalidade desses pacientes pós-AVC, eram vistos como problemas sócios familiares e resolvidos mediante orientações psicossociais nos hospitais especializados (Delgado, 2001; Resende, 2001). A abundância dos conhecimentos sobre os AVCs e os seus distúrbios pode não ser compreendida e, na medida do possível, este tipo de compreensão será necessário e fundamental para o sucesso do processo terapêutico do paciente. Entretanto, com o transtorno chocante da doença e do adoecer, as famílias angustiam-se com a enfermidade que surge abruptamente, passando também a precisar de tratamentos tranquilizadores. A psicoeducação sugere que inicialmente sejam identificados no seio da família aqueles que se encontram mais predispostos a doenças e outros que poderão servir como elo entre a equipe assistente e a família quando for necessário permanecer mais tempo ao lado do paciente.

Quando nos defrontamos com os pacientes crónicos, passamos a observar a maneira como cada pessoa vivencia e enfrenta a doença no aspecto pessoal e individual, em função da personalidade, da capacidade de tolerar frustrações, das vantagens e desvantagens advindas da posição de paciente, assim como da sua relação com as pessoas e com o seu projecto de vida. Alguns estudos indicam que os pacientes lidam melhor com o caráter crónico da sua enfermidade, procurando interagir com pessoas da relação assistente na obtenção de respostas sobre a doença, sobre o seu tratamento e o seu prognóstico. A partir da segunda metade do século XX, movimentos sociais produziram transformações no campo da atenção à saúde biofísica e biopsíquica, gerando um novo paradigma para a reabilitação através da inclusão biopsicossocial (Alves, 2001; Amarante, 2001; Pitta, 2001; Saraceno, 2001; Lancetti, 2003).

Nesta envolvência de movimentos na procura de uma resposta ou de informações, o indivíduo é geralmente motivado para o tratamento, seguindo as recomendações médicas e promovendo uma série de mudanças ao longo da vida, a fim de se adaptar às limitações impostas pela doença, incluindo novas ocupações e participações em grupos de auto-ajuda. Nestes percursos, outros pacientes terão dificuldade em aderir à terapêutica indicada. Neste sentido, devemos conceber a adesão ao tratamento como um processo com novas vertentes e diferenças no domínio da doença. O paciente passa a ter a ideia de cura ou melhoria que se vai formando na sua memória e no lugar do seu médico imaginário. Cada um destes componentes contribui para a formação de uma opinião e para a tomada de decisões relacionadas com a doença considerando, sempre, as representações biopsicossociais e as suas associações a outras vertentes da doença que poderão determinar à hora de parar ou continuar o tratamento.

Essa nova proposta, formalmente regulamentada pela legislação em vigor no país (Brasil, 2004), determina a reabilitação do portador de transtorno biopsicossocial provocado pelas doenças degenerativas através de sua inserção na família, no trabalho e na comunidade. É com estes vários fatores que se vai associando e provocando a sua envolvência, as recomendcções médicas e a adesão ao tratamento dos pacientes pós-AVC, incluindo as síndromes afetivas emocionais associadas aos comportamentos da equipe médica assistente, ao comportamento da família e dos demais cuidadores. No entanto, o paciente tem as suas concepções sobre a enfermidade e o tratamento: a complexidade de compreender as instruções, não saber como proceder, não possuir capacidade ou recursos necessários para seguir o tratamento.

Julga-se incapaz de tudo, inclusive em seguir o tratamento, duvida da utilidade dos processos do tratamento psicoeducacional, acredita que os benefícios oferecidos não valem os esforços, demonstra ansiedade, angústia e falta de paciência com a velocidade dos distúrbios progressivos e tem outras preocupações mais relevantes. Apesar disto, os fatores relacionados com o tratamento são esquemas complexos, custam muito caro, têm geralmente efeitos indesejáveis para o paciente e para os seus familiares, os resultados em longo prazo exigem demasiado do paciente, incluindo uma qualidade de condução da sua própria vida e as doenças, nesses percursos, são assintomáticas ou não incomodam, mas, em geral, os sintomas apresentados dificultam os cuidados e interferem no tratamento. Com isso, os familiares se depararam com o novo desafio de encontrar soluções acomodadas às necessidades de cuidados e ao relacionamento com o doente em tratamento (Pereira, 2002).

As instituições de saúde dificultam o acesso ao serviço especializado, o tempo de espera, à distância e a duração da consulta, não compensando ir à procura de um novo projecto de vida. A acrescentar a tudo isto, há ainda à existência de alguns profissionais que, por vezes, não são cordiais, são desinteressados e distantes, inacessíveis, impessoais e formais. Nesta conjuntura, identificou-se ainda que alguns desses profissionais estiverem sempre ocupados, com pressa, atendem com várias interrupções, usam jargão, não consideram as dúvidas e as preocupações do paciente e não informam o que deve ser realizado, ou fazem-no de maneira imprecisa perguntando sobre coisas que o paciente não contaria sequer a amigos e que não oferecem uma atenção contínua e personalizada, com retornos programados.

Diante destas sugestões práticas capazes de provocar a adesão do paciente ao tratamento, encontramos uma simplificação do esquema do tratamento, dividindo o mesmo em passos diferentes: ser pragmático; ser seletivo; dar informações sem gíria médico com instruções escritas; empregar ilustrações, auxílios mnemônicos, esquemas analógicos e outros. Certificar-se da compreensão, empregar ajudas para a memória (deixar o medicamento ao lado de objetos utilizados rotineiramente, como a escova de dente, chávena de café e outros). Na maioria das vezes são comuns os pacientes e os familiares rejeitarem as limitações impostas pela doença, principalmente as doenças que são consideradas crônicas e que vitimizam estes pacientes inocentes. A relação médico-paciente-doença é um exercício de paciência e perseverança, no qual um acabará por conhecer muito a respeito do outro.

E, tratando-se de uma afecção, notadamente os distúrbios e os distúrbios funcionais de pacientes com certas características de personalidade na relação médico-paciente são abalados durante o percurso do tratamento. Alguns já terão passado por vários profissionais, incluindo os de maior prestígio na sua especialidade, e a sensação que transmitem ao novo médico é a de que ele será sempre mais um numa lista de fracassos. A psicoeducação mostra que, ao longo do tempo, as atitudes diante da morte foram passando de um mito colectivo para um fenómeno individual (Ariès, 1977). Perante essas indicações, é relevante a avaliação cuidadosa da modalidade relacional estabelecida entre os médicos anteriores e este paciente. Nesta evolução histórica do paciente, há que procurar identificar e compreender os sentimentos de amor, ódio, raiva, tédio e frustração que surgem no paciente.

Para o médico e equipe de saúde, os pacientes que geralmente apresentam um diagnóstico com perspectivas associadas ao fato de a doença se tornar crônica, podem despertar sentimentos de impotência, de desespero e de desvalorização, e algumas tentativas de abordagens psicológicas que, neste campo, podem ser repelidas. Assim sendo, esse indivíduo em crise pode apresentar intensas perturbações de comportamento, manifestações de delírios e alucinações, perda do juízo de realidade, embotamento afetivo e episódios de agressividade (Melo 1986; OMS, 1993; Kaplan; Sadock & Grebb, 1997; Dalgalarrondo, 2000; Brito, 2004). É mais prudente tocar em assuntos psicológicos à medida que o vínculo estabelecido se vai fortalecendo. A indicação de psicoterapias, quando necessárias, deve ser trabalhada e realizada de tal forma que o paciente não se sinta rejeitado pelo seu médico e pela sua família, ou mesmo ameaçado de abandono pela equipe assistente.

Os profissionais de saúde estão frequentemente, a enfrentar questões angustiantes de diagnósticos e de doenças de mau prognóstico e a ter de fazê-lo. Para outros profissionais, é comum no início da consulta comunicar a qualquer paciente todas as informações relevantes do diagnóstico e do prognóstico dos distúrbios provocados pelos AVCs. Acredita-se que, com esta atitude, o paciente venha a ter um equilíbrio e reaja passivamente à doença e ao seu impacto e que, cooperativamente, enfrentará essa nova situação. Outra equipe de profissionais de saúde opta por omitir o diagnóstico e aumentar a equipe de médicos assistentes do paciente, acreditando que, assim, os pacientes serão poupados ao desespero das doenças emocionais, como a depressão. Toda a regra tem a sua excepção e as atitudes rígidas e padronizadas, tomadas unilateralmente, não podem, no entanto ser recomendadas como regras absolutas de uma boa conduta da equipe assistente ou médica.

É comum, nesta relação, a interferência de um dos parentes na interdição da comunicação, que passa a funcionar como elo emergente das resistências da família para lidar com os sentimentos despertados pela doença e pela aproximação do óbito. Cognitivamente, espera-se que o paciente perceba, tenha intuição do que o cerca e possa compatuar com isso, com o silêncio, não impondo nem fazendo perguntas. Noutros momentos, os pacientes reagem intensamente, apresentando alterações afetivo-emocionais diversas e também comportamentais. Tal comportamento embaraçado provoca forte impacto sobre a vida sócio-familiar (Mcelroy, 1996; Martone & Zamignani, 2002), e transforma-se em problemas cuja resolução muitas vezes está acima dos recursos materiais e emocionais das famílias (Scazufca, 2000; Rosa, 2003). É nesta relação que a psicoeducação impõe a sua presença, colocando a homeostasia de volta através da escuta, com simplicidade e franqueza, sobre a doença e sobre os sentimentos do paciente.

Posto isto, a decisão a respeito do quadro e de como informar, provavelmente será menos difícil do que se supunha (Shavelzon, 1978). No estudo da moléstia degenerativa (terminal), foram apresentados casos de distúrbios mentais mais graves, que necessitam de avaliação psiquiátrica. A confusão mental, a depressão e os comportamentos desadaptados relevantes são algumas das condições que, mais frequentemente, justificam subsídio especializado. Os distúrbios cognitivos e afetivos podem ser ocasionados por distúrbios metabólicos, por infecções sistémicas e intelectuais, por diversos medicamentos, entre os quais antivirais e quimioterápicos, pela radioterapia e por metástase cerebrais (principalmente de carcinoma de pulmão; também de tumores de mama, trato gastrointestinal, próstata, pâncreas e melanomas). Os sintomas mentais podem, ainda, fazer parte de uma síndrome paraneoplásica, sem que haja lesões cerebrais.

A equipe médica assistente e a especializada devem estar prevenidas a outras condições que possam provocar desconforto e que agravam as condições mentais, como a dor, a insónia, a náusea, o vómito e a dispnéia. Um erro comum é o julgamento de que a depressão, compreensível diante da situação do paciente, não deve ser avaliada e tratada especificamente. É com o sentimento de aproximação da morte que inúmeras defesas sociais contra emoções e sentimentos angustiantes entram em intervenção. Não é por acaso, como lembra Fabrega (1977), que um correlato da ciência biomédica ocidental refere que as características da enfermidade e do morrer se tornaram, progressivamente, independentes da conduta social. Atualmente, morrer tornou-se mais técnico e solitário.

A solidão da morte é intensa e desilude todos os que dela dependem. A reação dos profissionais de saúde diante da morte iminente vai depender da maneira como a equipe vivencia esta relação de viver e morrer, e, também, da sua própria relação, no que diz respeito aos principais mecanismos de defesa e de aceitação utilizados em situações de crises individuais e coletivas.

Entretanto, no paciente, as suas condições físicas, a sua maneira como imaginam a morte e o apoio vindo de pessoas queridas são fatores que, também, devem ser considerados como muito relevantes. O medo da morte e a forma de enfrentá-la não dependem da morte em si, senão da intensidade das ansiedades paranóicas e depressivas que se vão ativando.

Nessa relação, mais uma vez, não é a morte, mas o morrer que se teme com medo da dor, do desfiguramento, da mutilação, da falta de ar, além do isolamento e do abandono, que é outra situação difícil que ocorre nos casos em que o paciente sofre muito e não há mais recursos terapêuticos curativos para o seu caso, em que o seu estado só se deteriora, mas ele não morre. Um dilema ético, em alguns casos, é quando limitar o tratamento. Como podemos racional e eticamente decidir?

Alguns autores como Cassem e Bernstein (1977) delimitam dois princípios básicos:

1. *Primum non nocere* (Primeiro não causar danos). O médico está incumbido de restaurar a saúde e aliviar o sofrimento sem que isso cause mais danos ao paciente. É importante valorizar o fato de que, em algumas situações, a única ajuda médica possível será no sentido de aliviar o sofrimento do paciente e de lhe conceder conforto durante o período de vida que lhe resta.

2. O desejo do paciente, no seu bem-estar, é a lei suprema. No entanto, há casos em que o bel-prazer do paciente é muito complicado, se não impraticável de apreender, ou em que a capacidade do paciente está comprometida, como nas ocorrências de angústia extrema ou de pressentimentos exorbitantes, de depressão, de emergências, de psicoses e desalento de outros.

Nestes casos, é importante consultar a família sobre os desejos manifestados anteriormente pelo paciente, caso viesse a defrontar-se com uma situação como a atual. O tratamento médico é justificado pelo benefício que traz ao paciente. Este princípio pode ser útil ao iniciar-se um tratamento ou para decidir quando deve ou não ser mantido. Tal processo de decisão é muito importante e difícil e deve ser dividido com o comité especializado nesses assuntos, como o comité de ética médica hospitalar.

A ação de cuidar de um paciente pós um AVC, além de provocar modificações na dinâmica das relações sócio-familiares, gera *stress* físico e mental em todos e, de forma mais intensa, naquele estabelecido como cuidador único (Datillio, 1995; Enumo, 1997; Garrido & Almeida, 1999; Silveira & Carvalho, 2002; Cerqueira & Oliveira, 2002; Malerbi, 2002). Os familiares e a equipe médica poderão ficar muito mobilizados com o agravamento da condição clínica do paciente, com o insucesso terapêutico, com a aproximação da morte. Há sempre aflição e culpa entre os que ficam. A morte de uma pessoa que já se tornara querida no leito de um hospital pode abalar profundamente os profissionais mais dedicados e que estavam fortemente identificados com o paciente.

Em ambientes dessa natureza, nos quais essas situações são frequentes, reuniões periódicas lideradas por um profissional experiente em dinâmica de grupo, podem ajudar muito a equipe assistente e especializada na relação da dor e da perda. Estudos desvendaram que quando a equipe médica se defronta com pacientes que vão morrer é mobilizada por ideias, sentimentos e fantasias de variadas intensidades, predominando aquelas com características aterradoras. Geralmente, esses conteúdos não são conscientes, incluindo as ansiedades e as defesas deles decorrentes, e a sua dinâmica depende de como se constituiu o mundo interno do profissional de saúde física e mental. Nós, que habitamos o mundo da saúde física e mental, sabemos que as fantasias e a ansiedade inconscientes se repercutem na equipe médica especializada e na assistente que, por sua vez, de forma sutil ou inaparente, redundam em sofrimento mental e somático, podendo extrapolar para a conduta biopsicossocial.

Nessa altura, observa-se que, geralmente, o profissional não se dá conta do próprio sofrimento nem do que o desencadeia: o contato com a morte, o morrer e as fantasias inconscientes que o acompanham ao longo da sua vida profissional. Há estudos indicativos da relação de medo na profissão médica. É na profissão médica que encontramos o maior número de casos de medo da morte, ainda que se apresente este medo de forma consciente, podendo até esse medo ser um dos motivos da escolha da profissão. No caso do AVC, uma das consequências dessas sobrecargas são as intervenções dos familiares que não estão em tratamento psicoeducativo, na qual grande parcela aponta mais o afastamento do paciente de casa que propriamente tratá-lo (Tsu, 1993; Rodrigues & Figueiredo, 2003), o que acaba por trazer de volta uma prática do antigo modelo de exclusão social familiar.

Enfrentar a morte, lutar contra tais sentimentos aterradores que ela desencadeia, pode estimular o pensamento e a ação de médicos dedicados, que usam todos os recursos para recuperar a saúde dos seus pacientes. Hoje, na maioria dos casos, o funcionamento mental dos profissionais de saúde leva-o a atitudes que visam, primordialmente, evitar o contato com o fato (a morte e o morrer), utilizando mecanismos que se poderiam chamar de contra - fóbicos, pelos quais o terror é negado, expelido. É comum encontrarmos alguns profissionais que chegam ao ponto de perderem o contato com a realidade, utilizando mecanismos de defesa que dificultam a sua percepção de que a morte existe e faz parte da sua vida.

E é com esta convicção que o médico evita ter a certeza do morrer, procurando fugir das ansiedades consequentes do ter que se defrontar com a sua impotência profissional e, mais ainda, com o fato de que ele mesmo, como ser humano, também é mortal e pode percorrer caminhos idênticos aos do paciente em causa. Estas vivências são fatos extremamente penosos e, para alguns, podem ser insuportáveis. Outras consequências dessas defesas por vezes são as condutas omnipotentes vistas como heróicas, ainda que a razão demonstre que nada mais há a ser feito para evitar a morte de qualquer ser humano. Todos estes conflitos pessoais, a fobia perante a morte e o morrer e a sua contrapartida contra-fóbica, articulam-se em fatores sociais e culturais que têm considerado a morte como algo feio, inoportuno, que deve ser escondido e tratado com menosprezo.

Estamos a entender menos o sentido da "Humanização", a imagem idealizada do homem e mais a incitação ao processo de humanização das intervenções em si e a inclusão das novas práticas (Barros; Passos, 2005). A relação com a morte, hoje, (principalmente nos Estados Unidos e na América do Sul) constitui uma área especializada, cuja função primordial é fazer com que os rituais de luto sejam padronizados - sem envolvimento familiar, a morte e o morto são maquilhados a tal ponto que incomodam o menos possível. No seu último livro (Kubler-Ross, 1998b), a autora revela como a experiência da sua vida a levou a descobertas importantíssimas, com repercussões para a atenção dada aos pacientes que vão morrer e que se aplicam a qualquer relação médico-paciente. É muito importante descrever os obstáculos que Kubler-Ross encontrou na sua atividade ocupacional, pois são os mesmos com que os profissionais e demais equipes médicas assistenciais que lidam com AVCs se defrontam ao longo da sua jornada de trabalho e que foi fruto das suas próprias experiências.

A autora percebeu a repercussão da desumanização da medicina, da coisificação do paciente (não só daquele que vai morrer em curto prazo), a quem não se permite ter nome nem fala que possa exprimir as suas expectativas. Cabe salientar que o mesmo estudo tem sido alvo de debates acalorados e críticas recentes (Ribeiro, 2004). Neste entendimento da coisificação, todos os profissionais de saúde médico e paramédico têm demonstrado que é uma realidade prejudicial não apenas em termos psicoemocionais, mas também na repercussão dos tratamentos com indicação médica em geral.

Nesses mesmos estudos, a literatura centrou-se nas histórias dos pacientes que iriam morrer e descobriu que eles eram ainda mais desconhecidos, abandonados e maltratados. Ela observara, também, que, frequentemente, esses pacientes desejavam viver os seus últimos momentos em contato com a família e/ou com pessoas queridas, no seu ambiente, e que essas mortes lhe pareciam muito mais tranquilizadoras que aquelas observadas no isolamento das UTIs dos hospitais especializados. E é nesse processo de reeducação e ou reintegração biopsicossocial desse paciente, pós-AVC, que são utilizados programas de treinamento em capacidades sociais, buscando dotar esses pacientes e seus familiares de uma maior autonomia, o que contribui também para redução da sobrecarga sobre todos os envolvidos nos cuidados (Bandeira; Machado & Pereira, 2002; Araújo & Prette, 2003).

Estimulada pelo interesse dos estudantes, passou a entrevistar pacientes que hoje consideraríamos que estariam fora das possibilidades terapêuticas e surpreendeu-se com a quantidade de informações obtidas, não somente sobre os sentimentos trazidos pelos pacientes em relação ao seu estado e à sua percepção da morte, mas também sobre o sofrimento adicional que lhes causava o tratamento dispensado pela equipe de saúde e pela instituição. A possibilidade de trabalhar com estas e outras realidades internas e externas ao hospital, certamente que transforma a vida dos profissionais de saúde física e mentalmente, quando não têm o apoio da equipe especializada, cheia de distúrbios; quando tem o amparo e ajuda, ele passa a tornar a vida mais adequada e produtiva, para si mesmo e para os seus pacientes. A psicoeducação, através da literatura, detectou e procura alertar para essa violência (Campos 2000).

Este fato já nos revela que os profissionais de todas as áreas de saúde e também da educação deverão ser suficientemente criativos para encontrarem métodos ou tácticas que permitam enfrentar situações aparentemente inabordáveis com et al, pacientes, familiares e com a sociedade em geral.

De acordo com este estudo de Kubler-Ross (1998), constatou-se a existência de padrões de fantasias, de comportamentos, de ansiedades e de defesas que auxiliam o profissional de saúde física e mental a perceber os mecanismos que estão a ser utilizado pelos pacientes ante a ameaça de morte e como lidar com eles. A psicoeducação demonstra através deste e de outros trabalhos que, quando a equipe de saúde física ou mental está envolvida com um novo processo de adoecer, o paciente não aceita algumas das indicações terapêuticas; a equipe, com certeza, entra em crise, envolvendo o relacionamento entre seres humanos (paciente médico e a equipe de saúde assistente). É referido, ainda, que todo esse processo pode decorrer, em parte, de uma necessidade de conhecimento na área especializada em saúde biofísica ou biopsíquica por parte dos profissionais que assistem diretamente o paciente.

Na verdade são os profissionais que estão sempre a efetuar os exames necessários para complementar o diagnóstico diferencial entre uma depressão ou um quadro psicótico de base orgânica, por vezes consequência do quadro lesional subsequente à doença, discriminando essas patologias de reações emocionais associadas e decorrentes de sofrimento. Em vários trabalhos de Cassorla (1996, 1997) foram abordados os principais problemas da relação dos profissionais de saúde face aos efeitos dos AVCs e outras doenças degenerativas, assim como algumas das características necessárias para o entendimento da moléstia e do paciente. A resolução deste problema é, em síntese, o processo de encontrar uma solução eficaz para esta situação problematizadora (Nezu & Nezu, 1996) e, para uma fetiva resoluções são usados procedimentos que encorajem o aparecimento de uma nova resposta que sugira uma solução adequada às necessidades de todos (Skinner, 1994). A experiência hospitalar demonstra com grande frequência a solicitação de ajuda e/ou apoio de profissionais de áreas especializadas da saúde biopsíquica que decorre de dificuldades no trabalho dos cuidadores com o paciente, no sentido da relação humana, incluindo-se, neste mesmo contexto, as contra-reações emocionais associadas a outras dificuldades inerentes à própria equipe médica assistente ou de outros profissionais envolvidos nos cuidados e diagnóstico dos pacientes.

Se os fatores psicoemocionais predominantes forem detectados na sua origem e as personagens nomeadas e separadas (paciente, família, médico e equipe assistente ou a subcultura institucional), os problemas estarão presentes em todos os participantes no processo, ainda que em graus diferentes, e tal não é difícil compreender se nos lembrarmos de que os sentimentos e as emoções são contagiosos, isto é, atinge as pessoas envolvidas através de mecanismos como a identificação projetiva e introspectiva.

Estudos de Simmel (1927) consideram que a proximidade entre os indivíduos abre espaço para o conflito pelo fato de essa proximidade emprestar conteúdo ao indivíduo, emergindo as características singulares. As defesas contra o sofrimento afetivo-emocional também serão mobilizadas e serão diferentes, dependendo das características individuais das pessoas envolvidas na relação saúde-doença-profissão-efeito. Quando identificamos que a equipe de saúde assistente ligada ao paciente não está disponível, emocionalmente usamos mecanismos de afastamento, rejeição ou negação muito intensos. O profissional especializado no trato emocional vê-se impossibilitado de continuar a trabalhar com essa equipe. Nesse intervalo de procedimento será possível, apenas, tratar exclusivamente do paciente.

Mas a psicoeducação indica que o médico deve ficar alerta, e procurar encontrar um espaço que lhe permita ir mais além, podendo contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela equipe assistente e da instituição em geral. O processo será o mesmo em relação às famílias, que podem ter dificuldades em lidar com essa realidade. Esta perspectiva aproxima-se daquilo que alguns denominam de objectualização do paciente (Testa, 1992). Nos serviços especializados nos distúrbios provocados pelo AVC ou por doenças vasculares e nas emergências em geral em que ocorre uma mobilização afetivo-emocional de grande intensidade, existe a tendência de incluir o profissional especializado em doenças biopsíquicas como parte da equipe assistente devido à sua relevância em lidar com as pessoas.

Com isto, ele passa a ter acesso direto ao paciente e aos seus familiares, mas também terá um conhecimento destes pelos et al e vice-versa, podendo identificar aspectos subculturais que se foram firmando no grupo assistente. Com o bom uso dos conhecimentos biopsicossociais, os membros da equipe passam a confiar e a respeitar esse profissional, permitindo um maior entrosamento dos vários especialistas e um trabalho compreensivo e solidário, abandonando as defesas prejudiciais. A psicoeducação mostra a sua importância fundamentada na sua especialização para que a equipe possa aprender a lidar com as dificuldades decorrentes da mobilização emocional, e passe a compreender melhor os sentimentos, as necessidades e algumas indiferenças da própria equipe. Segundo Skinner (1999), resolver um problema é mais do que emitir a resposta que será a solução. Implica ainda dar os passos necessários para tornar a resposta-solução mais provável de ocorrer, geralmente promovendo mudanças no ambiente ou no próprio comportamento.

Em outras situações conhecidas, a equipe assistente, ainda que inclua a psiquiatria e a psicologia, solicita que um profissional de saúde mental especializado a supervisione. Geralmente esse supervisor é externo, "não-contaminado" pela insalubridade afetivo-emocional em que a equipe assistente trabalha e que o impede de perceber determinadas situações de conflito e os mecanismos que mascaram essa situação. Quando o supervisor tem alguma relação mais estreita com o chefe ou com os membros da equipe, torna-se persecutório, dificultando o trabalho. Não se recomenda tão pouco, que a supervisão seja efectuada por um membro do grupo assistente pelos mesmos motivos (Cassorla, 1998). Os profissionais de saúde, face aos efeitos dos processos de adoecer, podem estar a sofrer tanto quanto qualquer membro da família do paciente, pois passam a lidar com o seu fracasso ao impedir uma morte, que se afasta do paciente, abandonando-o.

Na maioria das vezes, os pacientes percebem isso imediatamente e, além de se sentirem rejeitados, sofrem pela frustração que causam aos demais componentes da equipe de cuidadores. Esse mesmo autor norteia que essa equipe pode efetuar diversos procedimentos desnecessários que causam grandes sofrimentos, não avaliando as suas causas e os seus efeitos nem mesmo a sua utilidade, no desespero de evitar que o paciente chegue à morte (óbito), sabendo que é inevitável. A equipe, reconhecendo que fez tudo para evitar o transtorno emocional, passa a esconder a dificuldade que tem em lidar com as limitações e com a sua perda de omnipotência. Entretanto, um problema ocorre quando falta uma resposta no repertório de uma pessoa, a qual seja capaz de gerar-lhe uma condição que lhe será reforçadora (Skinner, 1999).

Os conflitos são evidentes e devem-se usar todos os procedimentos médicos assistenciais necessários para resgatar uma vida, mas há que se perguntar se o seu resultado será benéfico em termos de melhoria de vida, ou se são fruto do desespero que deteriorará as condições de morte, impedindo uma morte digna. Outros fatores evidenciados através da racionalização são efetuados por argumentos jurídicos, e não nos podemos esquecer de que, por vezes, existem interesses económicos ao manter vivos, por meses ou anos, pacientes clínicamente mortos. Os profissionais de saúde biofísica e biopsíquica, ao conversar com um paciente sobre o que ele deseja saber, devem fazer a comunicação de forma clara e que satisfaça a necessidade, de imediato, daquilo que o paciente já sabe e quer ouvir novamente, oferecendo-se como ser humano que o vai acompanhar na jornada com que se defrontará.

Este acompanhamento implica continuar a tratar o paciente, eliminando os distúrbios biofísicos e biopsíquicos que lhe são terríveis, principalmente os associados à sintomatologia da dor, e oferecendo cuidados paliativos que evitem sofrimentos desnecessários pelas associações dos distúrbios causados pela doença. Desta forma, busca-se a solução onde melhor se atua, e ela apenas será possível se for reconhecida a natureza da dificuldade (Skinner, 1983; 1984). O que é relevante para o paciente atingido pela doença de ordem biofísica ou biopsíquica é a presença do profissional de saúde, como ser humano, disposto a servir. Como já foi referido, torna-se necessário chamar os cuidados paliativos, aqueles que se ocupam do cuidado total e activo de pacientes cujas enfermidades não mais respondem aos tratamentos curativos, e em que as prioridades são o controle da dor e a abordagem de aspectos biopsicossociais e espirituais.

Os cuidados paliativos implicam não apressar nem adiantar a morte e oferecem um sistema de ajuda e de apoio para viver tão ativamente quanto possível até a morte e, também, ajudam a família a lidar com os seus conflitos, perdas e lutos. Para tal, é necessária a intervenção directiva da equipe multidisciplinar, na qual o profissional de saúde mental tem um papel importante (Rezende et al., 2000). Concluindo esta parte dedicada aos profissionais de saúde face aos efeitos dos AVCs, e dedicando a todos os agentes de saúde biofísica e biopsíquica, alertando sobre as características que norteiam adequadamente seu trabalho, importa reter ainda algumas ideias que a seguir se expõem. Para Martins (2003), ao entendermos a doença como fatos simbólicos e sociais total podem inseri-la numa rede de signos e significações em que intervêm as dimensões da totalidade social e humana.

O profissional que lida com a morte e o morrer com pacientes, familiares, equipes de saúde, instituições e a sociedade em geral, como a equipe de saúde biofísica e biopsíquica, deve ter características comuns: preparação técnica, amor à verdade, capacidade de empatia com o sofrimento alheio, condições para se relacionar com os outros seres humanos, atitudes psicoterápicas, ética, e outras inerentes ao profissional e à profissão. A psicoeducação mostra ainda que, além desse conjunto de características, são desejáveis outras que podem ser desenvolvidas através da aprendizagem contínua da relação com os et al mais experientes, em grupos de discussão de caso (como os grupos de Balint) e na realização de um trabalho de psicologia clínica hospitalar associada a uma psicanálise individual que indica:

1. A aceitação da realidade da morte: é uma conscencialização de que a morte é um fato da vida, natural, que dela fazem parte todos os profissionais. Os terrores decorrem

muito mais do desconhecimento e da perda dos vínculos do que da morte em si mesma, já que nada se sabe sobre ela (Cassorla, 1998).

2. A aceitação das limitações humanas: o profissional de saúde deve aceitar as suas limitações, sem reagir a elas caindo na sua omnipotência que pode resvalar para a mania psicótica, e não melancolicamente, sentindo-se culpado e impotente.

3. As culpas pela não–omnipotência perseguem os profissionais que ainda não se deram conta da potencialidade dos recursos, tanto da medicina como pessoais.

4. Humildade, sem perder a potencialidade, e o uso máximo desta, mas sem cair na omnipotência, resumiriam esse dito.

5. Capacidade de identificar e resolver conflitos complexos: aqui entra a necessidade da psicoeducação e/ou de um profissional de saúde biofísica e biopsíquica em desenvolver a percepção dos mecanismos emocionais, geralmente confusos, que envolvem todos os atores do drama que resultará em morte, perdas, lutos, raivas, culpas, punições e sofrimentos.

Estudos de Mery e Queiroz (1993) indicam que este modelo pressupunha o processo saúde-doença como um fenómeno colectivo, porém, determinando em última instância pelo nível indivídual. Muitos profissionais têm uma sensibilidade especial para isso, decorrente das suas próprias experiências pessoais. Mesmo esses, bem como aqueles que têm mais dificuldades, terão de tomar consciência dos seus próprios conflitos para que, ao não misturá-los com os demais, possam servir como agentes psicoterapêuticos.

A ética, o exercício indispensável dos preceitos éticos pela tanatologia é mais complexo do que para os demais profissionais. Estudos indicaram que falar a verdade faz parte da ética, mas existem as nuancem já discutidas relativamente à forma e ao momento. Falar da morte constitui um dos maiores enigmas da existência humana e exigiu esforços para seu equacionar ao longo da história do pensamento ocidental (Dastur, 2002).

E essa verdade não é só a do paciente, mas a dos familiares, et al e instituições. A omissão não é ética, mas o furor em dizer a verdade pode tornar-se prejudicial para o paciente. Lembramos que expor a verdade sem amor é cruel, como sabem os psicanalistas. O profissional que lida com a morte e o morrer, mais do que os outros, trabalham num ambiente psiquicamente insalubre. Estará constantemente a ser alvo de identificações projetivas e da introspecção de aspectos altamente perturbadores.

Por vezes, as necessidades imperiosas de reparação maníaco-depressiva, as culpas e o ato de punição inconsciente fazem com que o profissional não se cuide e entre numa rotina, sem descanso físico e emocional. Isso acarretará, além de uma má qualidade de vida, maior vulnerabilidade ao sofrimento físico, emocional e social. O profissional de saúde deve, portanto, estar sempre alerta, sabendo cuidar-se em relação a envolvimentos exagerados, por vezes desnecessários, e questionar-se constantemente sobre os motivos que o levam a essa atividade e em que grau.

CAPÍTULO 4 – RESPOSTA DA FORMAÇÃO OSFATORES EMOCIONAIS

4.1 - Impactos da formação nos fatores emocionais

A ação pré-corrente faz com que a resolução de problemas varie de forma sistemática e não aleatória, tornando-a mais provável de ser eficaz. A auto-instrução, por exemplo, pode alterar a sensibilidade do indivíduo às contingências através do efeito do comportamento verbal encoberto sobre o não verbal (Hubner, 1997). Nesta investigação, a nossa preocupação centrou-se na colocação de problemas e nos aspectos ainda insuficientemente estudados pela psicologia da educação e da sociopsicologia que trata dos efeitos do humor afetivo na vida da família pós-AVC, que são campos da profissão médica, mas que nos permitem uma abordagem metodológica de ordem prática, norteando uma defesa para avançar na qualidade de vida e do bem-estar da população. Saímos dos limites estreitos de uma atividade profissional interessada quase que exclusivamente nos aspectos curativos e individuais da patologia, para entrar francamente no campo das ciências da cognição e do comportamento, que interessam igualmente aos profissionais de saúde, e da educação, aos investigadores e profissionais em geral.

Neste contexto da educação para a saúde, e caminhando para uma atitude mais ampla, vemos como a questão social reconheceu que os problemas da saúde, da doença e da convivência normal e patológica excedem todos os âmbitos profissionais e transformam-se em áreas de cuidados especiais e de atenção. Nessa incorporação definitiva, desempenhando funções diversificadas relativamente aos profissionais da educação para a saúde, procuramos neste contexto conhecer e compreender melhor o indivíduo considerado sadio bem como o paciente, norteando questões inerentes da saúde e da doença biofísica e biopsíquica. Quando contextualizamos a medicina na sua totalidade, torna-se necessário ter em consideração a parte biofísica, a biopsíquica, que são aspectos inseparáveis do homem e do ambiente em que nasce, cresce, se desenvolve e morre. De acordo com estudos de Deslandes (2004), a humanização do atendimento abrange fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para uma democratização das relações que envolvem esse tipo de estudo e o acolhimento. É neste mesmo contexto estático da educação para a saúde que a saúde e a doença se convertem em aspectos dinâmicos e aparecem como um processo, em que a hereditariedade e o ambiente atuam como fatores permanentemente relacionados.

De acordo com alguns estudos, os motivos e as implicações da saúde e da doença só se tornam compreensíveis num contexto transversal ou longitudinal, onde o presente se constitui num momento em que a história da vida passada poderá ajudar a efetuar uma projeção para o futuro. No entanto, se o comportamento é governado por essas regras devemos, então, analisar o assunto e o processo de resolução ou adequação dessa problemática (Cerutti, 1989; Moroz, 1991), porque as regras, como descrições verbais ou não verbais das contingências que controlam comportamentos relacionados a tais problemas, atuam como estímulos discriminatórios que podem funcionar como pré-correntes na emissão da resposta-solução (Baum, 1999). Nesse sentido, torna-se importante o estudo de auto-regras, uma vez que as pessoas as usam para resolver problemas de sua vida diária e são resumos de experiências relevantes passadas que sustentam a suposição de que contingências futuras serão resolvidas com a mesma resposta (Kunkel, 1997).

Mas existe uma diversidade de aspectos a contemplar na tarefa de compreender e entender a educação e na visão da psicologia como processo de mudanças na saúde e na doença do homem, no seu ambiente, com métodos e técnicas dinâmicas e humanizadas, apoiadas nas diversas causas e efeitos biológicos, psicológicos, antropológicos e sociais. Estudos de Nogueira-Martins (1991), indicaram que é procurando o consenso nas causas e nos efeitos que a educação e as outras ciências devem romper com o esquema de uma medicina baseada apenas na etiologia específica da doença, esquecendo a interdisciplinaridade e, ainda, a multidisciplinaridade. A participação das novas tecnologias psicoeducacionais promove a tendência à especialização e leva à criação de diversas novas profissões. Mas estas novas vivências da especialização devem estar sempre coordenadas e integradas nas relações interdisciplinares ou multidisciplinares.

A reintegração e coordenação de funções exigem uma correta divisão de trabalho. A complexidade de funções só poderá funcionar na homeostase dentro de um grau de organização em que os objetivos formulados e o planeamento de programas de trabalhos se realizam cientificamente e se repartem as responsabilidades, como é o nosso caso do impacto do AVC na vida familiar. No entanto, a parte afetivo-emocional associada à doença, contribui para os efeitos degenerativos, e as causas das relações emocionais são trabalhadas separadamente dos processos interdisciplinares nos estudos de casos. Todavia, para ser uma atividade efetiva no sentido de promoção da saúde e do bem-estar, devem adotar-se métodos e atitudes diversificadas preventivamente.

Alguns estudos indicaram que a finitude da vida possui sempre duas representatividades, uma biofísica e outra biopsicossocial, a morte de um corpo (biológica) e a morte de uma pessoa (Martins, 1983). Nessa incorporação preventiva adquire-se um alto grau de eficiência e de capacidade de prevenir doenças, de abreviar e erradicar as existentes e de promover a educação e a saúde biopsicossocial. Mesmo sendo o seguimento de regras uma forma de se resolver problemas sócio-familiares, um paciente pós-AVC também aprende, através de tentativa e erro, sob controle direto das contingências, (Brownstein; Shull, 1985; Cerutti, 1989) e isso pode ser-lhe útil, como no caso de um repertório psicoeducactivo verbal e não verbal restrito, insuficiente para gerar-lhe uma maior variação de alternativas de resolução de algumas das suas necessidades.

As questões biopsíquicas têm algo de semelhante com o contato com problemas relativos à área da medicina e às questões sociais. O médico não pode resolver todos os problemas relacionados com a saúde do indivíduo, nem mesmo quando se tratam de uma atenção eficiente e da prevenção das doenças, nomeadamente as cerebrovasculares. No entanto, nas questões psicoeducativas, tornam-se incompreensíveis para a sociedade contemporânea, científica e tecnologicamente avançada, ao não dedicarem o máximo de atenção ao estudo das necessidades globais do indivíduo e dos grupos humanos, em estado de saúde e de doença, para evitar e prever tudo o que possa dificultar e impedir a consecução do alto nível de saúde e de bem-estar desejável para a população. Este ponto torna-se um vazio por ele deixado e que não atinge somente as pessoas que conviviam com quem adoeceu, mas também a toda rede social (Rodrigues, 1983).

Num ponto norteador da metodologia e numa das práticas educativas, concebemos uma visão do trabalho médico-assistente para a prevenção, estabelecendo como oportunas as questões relevantes às limitações associativas deixadas pelas doenças cerebrovasculares. De entre tais critérios, destacam-se o de consistência das regras com o comportamento observado (ou relatado) pela família e ou pelo cuidador principal, e de generalização da regra a partir de descrições implícitas nos relatos diários (Reese, 1989). Na verdade, é a partir deste ponto de vista metodológico e prático que deverão resultar as concepções convenientes do trabalho da psicoeducação, essencialmente orientadas para a premeditação das causas e dos efeitos sócio-familiares das doenças vasculares que levam ao AVC, estabelecendo, como oportunidade, algumas vertentes da relação existente entre pensamento e ação. Nesse caso, trata-se apenas de uma regra caracterizada, simples descrição sem poder de controle (Terrel; Johnston, 1989).

A proposta da conceptualização da problemática da educação para a saúde preventiva dos AVCs centraliza-se nos fatores de risco, na mortalidade e na morbidade que são fundamentais nas relações afetivas e emocionais. O presente estudo constitui-se no contexto da relação afetivo-emocional tendo em conta a nossa experiência e vivência, tanto na Educação quanto na Saúde.

Assim procuramos questionar todos os níveis de ação e reação para contribuir com a opinião antecipada dos principais fatores que foram, inicialmente, os seguintes:

1º. Realizar uma análise de estudo de casos dos fatores de risco e as suas contribuições para as doenças cerebrovasculares.

2º. Contribuir através destes estudos com programas educativos internos e externos nos hospitais e instituições de ensino e também junto da sociedade civil.

3º. Divulgar as contribuições da investigação realizada e os seus benefícios para a saúde.

4º. Explicar a função do stress para os profissionais de educação, da saúde e da sociedade em geral.

5º. Promover debates, seminários e encontros com profissionais interessados na influência das emoções na saúde e na doença cerebrovascular.

6º. Nortear a ação psicoeducativa de boas práticas ao longo da vida, da saúde biofísica e da saúde biopsíquica.

Neste contexto, a educação centralizou a ação psicoeducativa destes fatores considerados de risco pelo conhecimento exaustivo da história da saúde e da doença de cada indivíduo. Para isto, foram realizados estudos e investigações à procura da cooperação de equipes interdisciplinares e multidisciplinares. Portanto, não existindo impulso ou desejo nem a vontade de coordenação e integração de alguns, os trabalhos não produzirão grandes sucessos. Todas as instituições e os seus profissionais têm uma relação direta com a educação e com a saúde, mas não são interdependentes de uma mesma situação, sendo essas relações especiais para a investigação. O professor educador, especialista ou não na área, é um profissional absolutamente necessário na equipe médica e na promoção da saúde física e mental, pois contribui com a sua informação sobre o que fazer, como fazer e por que fazer neste tipo de programa nas instituições de ensino e nas organizações que tratam da saúde e da doença. Foi realizada uma sessão com cada uma das famílias participantes, seguindo passos adaptados da técnica clínica proposta por D'Zurilla e Goldfried (1971).

Partimos para a essência das causas e dos efeitos da doença ou da ausência de saúde, para a incapacidade de colaboração biofísica e biopsíquica, tanto como para as dificuldades de comunicação e para a capacidade de colaboração entre os indivíduos, e entre estes e as suas instituições e organizações. Estudos indicaram que Nordenfelt (2001) definiu a saúde como um estado físico e mental em que é possível alcançar todas as metas vitais, dadas as circunstâncias. A definição adotada pela OMS tem sido alvo de inúmeras críticas desde então. Definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível, e assim a definição não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde. Alguns afirmam ainda que a definição tivesse possibilitado uma medicalização da existência humana, assim como abusos por parte do Estado a título de promoção de saúde.

No entanto, estas mesmas organizações e instituições que passam a conspirar contra o exercício da liberdade individual e dos grupos humanizados, são contrárias à felicidade e ao bem-estar dos públicos internos, externos e especiais, sendo qualificadas como uma comunidade competitiva regida pela negatividade. Neste estudo, os educadores, os professores, os psicólogos e os agentes de mudança, tiveram um amplo campo comum de trabalho na prevenção e na facilidade do progresso e aperfeiçoamento da vida do homem e do seu meio ambiente. Por isso é que, compreendendo e entendendo a educação e a psicologia clínica, quando nos deparamos com um momento especial, interagimos rapidamente com os fundamentos da sociologia e da antropologia cultural, como meios auxiliares de significado das etiologias e patogéneses das estatísticas médicas e do método epidemológico aplicado aos trabalhos médicos de investigação científica de problemas médicos e suas instituições.

Contudo, deve ter-se uma ideia clara do que significam para um programa de investigação de educação para saúde psicoeducacional, os seus princípios e técnicas de administração aplicadas à saúde e ao bem-estar. Neste contexto, encontramos dificuldades em colocar a psicologia clínica e a psicoeducação ao serviço da saúde preventiva nesta experiência da formação de psicólogos clínicos e o desejo de transformar o professor-educador num profissional claramente posto ao serviço da educação e da saúde da comunidade. Foram delimitados inclusivamente, alguns termos para a efetiva relação educação-médico-psicólogos. Foram limitadas as funções ou atividades inerentes à educação e à saúde, de preferência as que agem, fundamentalmente, sobre o nível psicológico dos fenómenos humanos, com métodos e técnicas procedentes do campo da psicologia clínica e social.

Pode-se inferir o eventual uso de regras nas respostas de resolução da problemática, através dos diversos critérios incluso nesse contexto (Reese, 1989). Mas, para o nosso paradigma, interessa a problemática de uma concepção metodológica própria da atividade científica e profissional, e estudar cuidadosamente e com grande objectividade a possibilidade de aplicação dos conhecimentos da psicologia e da educação com o propósito de melhorar a realidade biopsicossocial, do ser agora adoecido, angustiado e desajustado do seu grupo sócio-familiar, e que perturba e dificulta o progresso das instituições da educação e da saúde criadas pelo próprio homem, mas que, por diversas vezes, não se encontram no seu serviço.

Nesse contexto problemático, envolve-se a educação, a saúde e a visão da psicossociologia nas relações humanizadas, constituindo-se um problema que transcende a ação de um profissional de educação que age na intimidade de um consultório ou de uma sala de aula. Na verdade, por se voltar para uma atividade de marcado caráter preventiva no seio da própria família, dos grupos e da sua instituição, são raros os profissionais de educação para saúde que pensam na sua família e na sua doença.

Diferentes estudos (Toews et al., 1997; Nougueira-Martins; Jorge, 1998; Center et al., 2003; CMA, 2003; Firth-Cozens, 2003; Thomas, 2004) contribuiram, com magnífica relevância fenomenológica, para um trabalho no contexto da mudança comportamental e psicoeducacional, para a formação das neurociências e para o acesso à vida profissional liberal como investigador de processos cardiopsicológicos e neuropsicológicos no campo individual, institucional e social. Como psicoterapeuta, sugere-se, ainda, uma ação associada à medicina, pois não se pode alcançar sozinho este nível técnico com total eficiência.

Para a psicoeducação é importante e relevante o esclarecimento e as evidências de que a atividade do psicólogo no campo da psicoterapia traz grandes conflitos nas relações com a medicina curativa e paliativa, devido à pretendida intromissão do profissional no campo, aparentemente exclusivo, da medicina.

Mas também é certo que a formação universitária do médico não é suficientemente profunda no que se refere à psicologia clínica, nem para fazer de cada médico um psicoterapeuta cientificamente preparado para a atenção correta ao paciente e para a solução de problemas de inter-relações humanas numa comunidade aparentemente sã. Menos ainda para enfrentar as repercussões psicológicas e sociais da doença sobre o grupo familiar e as instituições.

A convivência com indivíduos portadores de transtorno de doenças degenerativos como o AVC impõe situações às suas famílias, as quais frequentemente as identificam como problemas de difícil resolução (Tsu, 1993; Rosa, 2003; Shirakawa, 2003), agravados pelas precárias condições materiais de vida da maioria da população do país (Oliveira; Bastos, 2000). Estas são algumas das situações que não são abordadas com clareza e objectividade nos demais estudos, chegando-se à conclusão de que a psicoeducação deve encontrar a sua maior fonte de trabalho e preocupação no terreno, ou no âmbito da investigação da psicologia clínica e também na psicopedagogia para contribuir para a formação e informação de profissionais da educação que se preocupam com o processo de qualidade de vida na comunidade.

Esta é uma situação inovadora para a educação e para saúde que leva diretamente à ocupação dos profissionais da psicologia na prevenção dos problemas das alterações da vida, da comunicação e da compreensão biopsicossocial das famílias agora adoecidas. O trabalho psicoeducactivo aplicado ao grupo familiar possibilita ao paciente uma sensação de semelhança e continência. Estudos de Knobel (2004) indicam que este espaço é fundamental para reduzir o sentimento de solidão e abandono do paciente pós-AVC, melhorando a sua qualidade de vida através da motivação. Com esta preocupação, a instituição de ensino leva o seu formando a adquirir a experiência necessária na investigação das causas e dos efeitos das doenças vasculares, em especial dos AVCs, em matéria de investigação operativa, que constitui uma atividade impreterível, assim como no uso correto de métodos clínicos para dar base científica ao seu desempenho.

Neste estudo, pretende-se clarificar e nortear a ação da educação para a saúde nos fatores sócio-afetivos e emocionais e perceber a sua influência nas instituições públicas e privadas, na opinião do consultor, orientador, professor e técnico especialista, principalmente nas universidades e hospitais que acumulam infinitos problemas de desajuste que travam com frequência a sua eficácia e a sua eficiência. E é com esta experimentação que a psicoeducação já traz em si uma força terapêutica, e a ação desenvolve a espontaneidade (Filho, 2000). A tarefa da educação sociopsicológica neste estudo das causas e dos efeitos não constitui, evidentemente, o estudo exclusivo dos indivíduos pacientes, mas sim, e fundamentalmente, o estudo dos papéis e a ação desenvolvida pelos indivíduos que compõem a instituição em relação aos objetivos desta última, o que se esquece com frequência (Zimerman, 1992; Casorla, 1994; Nougueira-Martins et al., 2004; Stella; Nougueira, 1997).

Há um acumular suficiente de causas e efeitos conhecidos do comportamento, que permitem ao profissional da educação agir como fator de mudança no que diz respeito às normas de conduta. Esta ação é muito mais valiosa para intervir nos processos que gravitam e influenciam a estrutura da personalidade e, portanto, nas relações de igualdades e desigualdades presentes em todas as instituições que são inerentes aos fatores de risco da doença vascular. A responsabilidade da educação e da saúde na formação é de trilhar caminhos que acentuem a necessidade de conhecer o melhor possível as leis naturais e as tendências que regem os processos neuropsicológicos no contexto cultural particular que resulta em evidências para a sociedade organizada e progressista, já que, da ação individual das suas próprias organizações depende a estabilidade social e a necessidade contínua de crítica ao melhoramento dos processos psicoeducactivos.

Supõe-se que isto se deve pelo fato de serem aqueles que lidam mais diretamente com os pacientes com doenças vasculares em grandes hospitais ou em hospitais especilaizados em neurologia ou gerontologia, apresentando uma proximidade menos ameaçadora ao paciente para que este possa conversar sobre esta temática que se revela constrangedora para muitos, tanto para profissional como pacientes (Vieira, 2007). Os processos das causas e dos efeitos sócio-familiares dos AVCs constituem, para a educação, uma parte nova da realidade, da mesma maneira que as instituições e os objetivos da natureza não conseguem modificar radicalmente os seus fatores e as suas leis.

A educação para a saúde entra nesse contexto fenomenológico da ação das causas afetivo-emocionais que reprimem a capacidade do indivíduo de se adaptar às várias condições físicas, sociais ou institucionais do seu meio ambiente, no sentido de ajustamento, conformismo e submissão. Considerando isto como uma situação normal ou desejável, adverte-se que a nova adaptação no sentido biológico não elimina a tendência natural do individuo à sua independência física e espiritual e à sua sensação de mudança e progresso, e encaramos as doenças ainda como fontes de outros riscos. Na verdade, a emoção é responsável pela capacidade do indivíduo em modificar o seu ambiente e complementar os seus desejos, dominando, às vezes, a natureza e aperfeiçoando das suas instituições.

As diversas atividades específicas de se relacionar com o mundo levaram o indivíduo a separar e delimitar os seus sentimentos e as suas emoções. McCann (2003) aponta para a necessidade de haver uma ação que integre temas de relacionamento afetivo-emocional e psicoeducacional em sessões sócio-familiares.

A educação procura nas causas e nos efeitos uma saída para a prevenção ou para a cura, o que não é só uma responsabilidade dos médicos e terapeutas. No entanto, torna-se difícil designar campos limitados na educação. Se abalizarmos os campos do ensino corremos o ímpeto de criar certos conflitos de interesses da saúde e da educação. Assim, há uma necessidade de diversificar e adequar a nossa investigação às novas tecnologias e ao ensino avançando para compreender os problemas e identificar as responsabilidades das causas e dos efeitos, mas não podemos monopolizar tais paradigmas.

A promoção da educação e da saúde tornou-se amplamente conhecida e disseminada por meio das conferências internacionais dos anos de 1986 a 1997 (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundswal, 1991; Jakarta, 1997), que estabeleceram as suas bases conceptuais e políticas. E não vamos reclamar o direito de orientar e organizar uma comunidade interdisciplinar para conduzir trabalhos de investigação sobre as questões afetivo-emocionais que contribuem para as razões e para as conseqüências sócio-familiares das doenças cerebrovasculares.

Vamos, sim, adquirir conhecimentos particulares para defender este paradigma da necessidade de dar amplo acesso à aprendizagem das técnicas psicoeducacionais e conhecimentos próprios da psicologia da educação, da psicologia clínica, da psicanálise e da sociopsicologia, por que não são todos os conhecimentos teóricos e práticos que estão a serviço dos diversos problemas que as emoções podem transformar, às vezes, em causa e/ou em efeito individual e ou colectivo.

Nesta perspectiva de apresentação dos problemas emocionais que refletem as causas e os seus efeitos sócio-familiares das doenças e dos pacientes, como investigadores, esperamos contribuir para a discussão acerca dos problemas de saúde que necessitam de ser clarificados e corretamente situados no campo do conhecimento da educação, para que as técnicas e os métodos com que foram abordados os estudos se relacionem com a seriedade dos seus objetivos primordiais: a melhoria da qualidade de vida. A promoção da saúde compreende um campo conceptual teórico-prático que envolve mudanças profundas em valores sociais, culturais e políticos e implica um processo de transformação da sociedade, dos trabalhadores da saúde e do fomento às políticas públicas (Buss, 1999). Os elementos de investigação e de estudo serão informados pela relação de pensamentos psicosociológicos e de transcendência que serão passíveis de discussão e de futura revisão.

Nos estudos realizados, não encontramos nenhum trabalho epidemológico com uma magnitude dos fenómenos das causas e dos efeitos sócio-familiares dos AVCs. Nestes continentes não foi possível detectar dados epidemológicos até o momento, de um fenómeno tão simples que compreenda a educação e a saúde cerebrovascular. O salto para a relação causal das emoções e dos seus efeitos foi de uma magnitude tal, que se vincularam os problemas científicos da psicologia e da educação ao desenvolvimento desta investigação que está entrelaçada na exigência da vida real nestes últimos anos. De fato, o salto é de uma epistemologia experimental para uma social (Campbell, 1969; Sullivan, 1984).

O estudo do desenvolvimento normal e patológico da doença vivenciada pelo indivíduo produtivo, e que necessita de um apoio impreterível da psicologia para entender as leis psicológicas que passam a reger a sua vida e a dos seus familiares, a sua conduta e as suas possibilidades de orientação espacial e organizacional, vai contribuir para a reorganização das partes limitadas da afectividade entre este ser, agora paciente, e os seus familiares. As evidências encontradas indicam que o processo da psicoeducação ao serviço da aprendizagem dos fatos naturais como espécie, a construção e o manuseamento de novos instrumentos e de técnicas com diversos objetivos, talvez não retratem a realidade para uma orientação da vida humanizada. O caráter da individualidade, ter de trabalhar com grupos que estão institucionalizados ou mesmo praticar a ação comunitária, é um impacto fatal nas relações socio-afetivas de todos os indivíduos e provoca um grande *stress*.

Esses princípios tornam-se cada vez mais relevantes no contexto psicoeducactivo, já bem conhecido do acelerado crescimento populacional da saúde e da doença (Camarano, 2006; Kalache et al.,1987). As leis desconhecidas da psicologia da educação e da antropologia cultural que passam agora a reger a sua vida são totalmente ignoradas pelo paciente. As crenças mais positivas sobre o processo psicoeductivo permitiram que várias correntes teóricas se apropriassem desta discussão, desmistificando o paradigma vigente e inevitável de crescimento, estabilidade e contração sobre o ciclo vital humano (Neri, 2001). Delas agora dependem, em certa parte, as situações de tensão, a insegurança nas mãos dos cuidadores desconhecidos, os riscos permanentes de acidentes, as situações caóticas que podem chegar a uma depressão severa e levar à morte. Isto não significa, de maneira alguma, que o paciente passe a criar uma dependência dos cuidadores e familiares, mas sim que estes são uma quota-parte de bens consideráveis para salvaguardar e melhorar a sua qualidade de vida.

Colocado desta maneira, o ser agora paciente tem de se inserir, cada vez mais, na realidade social e num círculo mais amplo, incluindo a sua experiência individual e os grupos operacionais, as instituições e a comunidade, como um ser com problemas sociais e afetivo-emocionais de todo o tipo, já que a sua dimensão complexa necessita de uma reorganização biopsicossocial que se faz presente no AVC (independente das limitações). Conhecendo as suas limitações, o paciente passa a colaborar na transmissão das suas vivências e experiências e terá resultados imediatos. or outro lado, através destas informações, devemos trabalhar com a finalidade da investigação, mas, nos processos socioeducativos devemos ter objetivos e finalidades que seguramente, esta investigação nos fará transformar, orientar o percurso que passa a ser mais produtivo e exato.

A função social da psicoeducação é a transcendência de métodos e técnicas, ampliando com sucesso a preocupação com a investigação biopsicossocial, que terá o propósito de promover inquietações em todas as áreas do saber, problematizando essas questões e, especialmente, ampliando novas perspectivas para a educação da saúde física e mental. A organização dessa rede topológica, a noção básica desse território, poderá ser especialmente orientadora (Delgado, et al., 2007). É nessa prática psicoedutiva que demonstramos que o convívio com um paciente pós-AVC com transtorno depressivo pode ser árduo para o familiar, sobretudo para o cuidador, constituindo-se em uma fonte de stress crónico. Esse risco acentua-se quando há falta de informações adequadas ou noções erradas sobre a doença.

Esses modelos psicoedcaionais reconhecem que os episódios dos distúrbios e dos distúrbios pós-AVC criam uma sobrecarga de ordem prática, emocional e financeira para os familiares envolvidos com opaciente e sua doença. Quando sob esse tipo de stress, muitos familiares demonstram comportamentos de elevada emoção e geralmente expressam o seu sentimento (Craighead & Miklowitz, 2000). Os aspectos positivos e negativos desta problemática refletir-se em todos os processos de investigação e nos investigadores que tratam de ações preventivas das doenças vasculares, em especial dos AVCs e dos seus distúrbios. As evidências indicaram uma carência de clarificação sobre esta problemática e sobre o uso de uma metodologia adequada às necessidades interdisciplinares e multidisciplinares do aprender a aprender nos programas da formação da educação, utilizando a higiene física e mental numa perspectiva biopsicossocial dos fenómenos atuais da doença e do paciente.

E tudo se passa neste contexto da integridade biopsicossocial e da difícil tarefa da organização dos paralelos entre a educação e a saúde, o seu conteúdo, revisão bibliográfica, orientação, combinação de objetos e objetivos, a revisão dos esquemas conceptuais e técnicos para interligação numa perspectiva conducente com a teoria e a prática de cada especialidade. Simultaneamente, devemos ter sempre em conta os fundamentos da investigação que possam promover o interesse para orientar os profissionais de educação e saúde no campo psicossocial, fazendo da educação um caminho que possa superar as contradições entre a teoria e prática, entre a ciência da educação e a sua aplicação.

Para nós, as causas e os efeitos sócio-familiares das doenças vasculares constituem um marco na construção de uma educação concreta que satisfaça as novas tecnologias da informação e formação biopsicossocial desenhada com este propósito de problematizar o ensino das ciências. Verifica-se, nesses estudos de casos, que quando os profissionais e os familiares de portadores de distúrbios e comoção pós-AVC são submetidos a uma intervenção psicoeducativa, a interação familiar torna-se mais positiva (Honig et al., 1997 ; Simoneau, Miklowitz, Richards,Saleem & George,1999). Outros trabalhos publicados (Johnson et al. 1.999; Miklowitz et al.,2000) concluem que as intervenções psicoeducativas com familiares, em conjunto com a medicação, mostram-se efetivas na prevenção de situações recidivantes

4.2 - O professor de saúde física e as questões emocionais

Esclarecendo esta questão na fundamentação dos seus propósitos, a educação no momento atual depende em grande parte da colaboração e das abordagens das neurociências para reprimir o avanço dos problemas considerados de risco vital em toda a família, e que se prendem com a ignorância da doença emocional que provoca a morte.

Conforme as evidências, os estudos de Sonenreich (2007) indicam que a melhor contribuição da educação para a saúde está na participação efetiva nos estudos epidemológicos dentro da organização que deve centrar e dirijir os esforços colectivos para proteger, fomentar e reparar as causas e os efeitos dos problemas de saúde da comunidade.

Com isto, na sua prática passa também a ser agente de conflitos. A ignorância dos males do sistema não evita a doença, não promove a qualidade de vida e centraliza o seu saber na procura da cura, não fazendo a diferença na prevenção através da inclusão biopsicossocial.

A investigação encontra, ainda, uma alteração do estado de coisas de difícil acesso nos paradigmas da globalização e dos problemas atuais por que passa a educação e a saúde quando se introduzem mudanças radicais, com a agravante de que o professor tem, em grande proporção, uma dicotomia ou dissociação entre a educação e a saúde, e de que é o professores da área da saúde o que, em não escassa medida de inclusão, apresenta uma grande resistência às mudanças e à organização racional da educação.

Assim sendo, os estudos anteriores indicaram, também, que tais mudanças não dependem unicamente da vontade dos profissionais de saúde, mas a educação não pode contar com eles e nem com a consciência completa dos problemas das doenças e das suas soluções. Autores como Filho et al., (2001), afirmam que, desde a sua formação, o profissional de saúde física ou intelectual sente-se comprometido com a vida, e é para preservação desta que deverá sentir-se capacitado.

É necessário ter em consideração que as condições sociais, econômicas e ambientais produzem homeostase nas relações individuais e coletivas, tornando mais fácil para o profissional de educação e da saúde da rede pública ou privada contribuir para a produção de conhecimentos da boa prática da saúde. A educação tem campos variados de atuação. No entanto, se se está interessado predominantemente nos problemas das causas e dos efeitos da doença física e emocional, tem de se situar corretamente no até agora pouco definido campo das doenças cerebrovasculares e, à medida que vamos investigando, o campo irá ser objeto de configuração. Observamos em alguns estudos de Botega (2006), que o profissional que está preparado para desenvolver uma investigação sobre as questões físicas e emocionais deve ter capacidades e habilitações indispensáveis para a reflexão técnica e científica.

Ao mesmo tempo, encontramos através destes estudos carreiras de diversos profissionais que foram consideradas como um fracasso a partir do ponto de vista social, uma vez que os profissionais de educação ficaram, exclusivamente e em grande proporção, limitados aos programas propostos pelo ministério da educação e a outros, impostos pela própria escola de educação e da saúde. A função social da educação e do educador não deve limitar-se exclusivamente a programas pré-estabelecidos, mas, sim a ampliá-los em função da saúde pública e, dentro deste contexto, é importante incluir o trabalho de comunicação e informação dos danos causados pelas emoções aos professores e alunos/formandos ao longo da vida. Simonton (1987) no seu trabalho menciona a grande dificuldade que um profissional de saúde sente em melhorar ou prolongar a vida se for vítima de transtorno do humor afetivo.

4.3 - A educação e a emoção

Mesmo que na contemporaneidade o código moral em relação ao trabalho da educação e da saúde tenha vindo a sofrer alterações - sobretudo em decorrência de um novo modelo de produtividade e da avaliação dos professores, que coloca os profissionais desta área diante de muitas incertezas -, o trabalho continua a inscrever-se como um dos dispositivos centrais na constituição de modos de existência e subjetivação. Por um lado, os padrões morais relacionados têm a finalidade de dominação e controle dos indivíduos, por outro, permite a criação de um território sobre o qual pode se assentar o reconhecimento social, ou seja, aparece como elemento identificatório (NARDI, 2002).

A problemática da educação e da saúde fica evidente nas questões básicas para serem resolvidas no processo da formação ou na pós-graduação que definem uma proposta da educação contínua sobre as questões do impacto das emoções nas causas e nos efeitos das doenças que levam ao AVC; o que habitualmente se faz é, simplesmente, a indicação da psicologia e da psicopatologia nos programas de ensino. Confirmamos esta premissa com os textos publicados sobre a psicologia evolutiva, psicopatologia e psiquiatria. Para esse investimento biopsicossocial que a educação norteia no percurso da causa e do efeito, o que se apresenta como principal problema é a revisão bibliográfica que temos de tratar neste domínio. Se os fundamentos das publicações correntes e atuais sobre o tema forem deslocados da investigação para a aprendizagem na formação e ao longo da vida profissional, acreditamos que os resultados serão mais favoráveis.

Segundo Dejours (1992), o reconhecimento dos profssionais de educação e da saúde dá-se por duas vias de julgamento. Esse estudo indicou que o primeiro julgamento centrava-se na utilidade e no julgamento da beleza, que designa e diz respeito à utilidade técnica, social ou económica dada a atividade singular desempenhada pelos profissionais dessa atividade. Quem estaria em condições de proferir este julgamento seriam aqueles que, em relação ao sujeito, se encontram numa posição diferente. Conhecer a educação e a sua contribuição para as causas e os efeitos da emoção não é compreender doenças, ainda que estas pressuponham a primeira. É neste sentido que a educação centralizará os seus conhecimentos para enfrentar os aspectos sociopsicológicos da saúde e da doença como fenómenos sociais e coletivos. A educação, adquirindo uma dimensão social dos profissionais de saúde, transformará o pensamento numa ação para a sociedade e para a saúde pública.

A educação com esta dimensão promoverá mudanças na atitude atual dos professores e aprendizes, tal como nos profissionais de saúde, levando os interesses fundamentais deste campo de cuidados preventivos até aos da saúde comunitária, sempre na expectativa de evitar os modelos do exercício atual da sua profissão.

4.4 - Objetivos psicossociais dos cuidadores

De acordo com as propostas já mencionadas no início deste trabalho pela preocupação da educação, e que não se sucedem cronologicamente de forma rigorosa, a sua atual aplicação não excluirá os seus limites que são totalmente nítidos noutras propostas que possam ser suportadas no trato com os cuidadores e seus familiares que sofrem pós-AVC.

Na verdade, a proposta terapêutica que conduz à relação afetivo-emocional das causas e efeitos das doenças cerebrovasculares e psicossociais que, no nosso ponto de vista, vão modificar a assistência médica hospitalar e ambulactória, introduz a humanização que poderá possibilitar uma maior qualidade de vida dos pacientes. Além dessas alternativas de entendimento e conhecimento, a proposta da educação para a saúde é a da inclusão, necessária para atuar numa profilaxia, na reabilitação e na promoção da saúde sócio-familiar derivadas do campo da patologia e da terapêutica, indispensável ao longo da vida, enquanto outros, que já passaram por esta fase, vivenciam um momento de estabilização (Reistma *et al.*, 1998). O Brasil vem passando desde a década de 1940 por um processo de inversão das curvas de mortalidade, observando-se um declínio de mortes por doenças infecciosas e um concomitante aumento por doenças crônicas não-transmissíveis e causas externas.

Este processo é conhecido por fenómeno de transição epidemiológica, ocorrida em todos os países hoje desenvolvidos, nos quais a população de idosos é cada vez mais expressiva (Ministério da Saúde, 2000). Estima-se que, em hospitais brasileiros, aproximadamente 10% dos internamentos no ano de 1996 foram por doenças do aparelho circulatório, sendo responsáveis por 17,2% dos gastos (idem). Mesmo quando não são mortais, essas doenças levam com frequência a deficiências parciais ou totais do indivíduo, com graves repercussões para ele, para a sua família e para a sociedade. Isto mostra que o investimento na prevenção destas doenças é decisivo, não só para garantir a qualidade de vida aos indivíduos e seus familiares, mas também para se evitarem gastos com a hospitalização, que se torna mais onerosa a cada dia devido ao alto grau de sofisticação em que se encontra a medicina moderna.

Embora as doenças físicas possam assumir uma variedade de formas, é no âmbito familiar que cada vez mais elas serão resolvidas; por isso os profissionais precisam instrumentalizar-se para adquirirem uma visão crítica no sentido de oferecerem uma assistência de qualidade. Vários autores reforçam o papel vital da família em determinar os resultados da reabilitação do paciente (Griffin, 1980; Mauss-Clum & Ryan, 1981; Reeber, 1992). Uma deficiência é uma condição que requer períodos longos de supervisão, observação e cuidado. Por causa das necessidades em longo prazo, a pessoa deficiente, frequentemente, depende dos membros da família para o cuidado físico, contatos sociais, apoio emocional e ajuda financeira. O grau de recuperação pode depender da habilidade familiar em oferecer apoio ao portador dessas deficiências. O cuidado e apoio a esta pessoa transforma-se frequentemente numa sobrecarga significativa para a família.

Com este conhecimento, a profilaxia específica (tratar uma das causas para conter uma dada doença) torna-se possível numa parcela mínima de casos (colesterol, glicose, paralisia facial progressiva). No entanto, Youngblood e Hines (1992) complementam que a presença de deficiências físicas severas em um indivíduo cria uma crise não só para a família, mas para ele também. Na verdade, o nosso instrumento de ataque preventivo mais poderoso no presente é de caráter inespecífico: a promoção biopsicossocial e as futuras condições de vida após a identificação dos fatores de riscos que atuam na doença e no paciente. As propostas escolhidas podem ser de fato, mecânicas, se bem que, em algumas comunidades, os problemas de urgência podem determinar que a atenção recaia sobre o aspecto assistente.

Devemos, pois, através deste estudo, criar alguns critérios de prioridade para decidir sobre as melhores possibilidades que não advêm, apenas, de conhecimentos teóricos, mas, principalmente, dos conhecimentos práticos, não obstante todo o auxílio da literatura utilizada de forma flexível e plástica na teorização. A educação continuada na área da saúde deve ocupar um lugar nos objetivos da saúde, nos quais tem funções específicas para serem cumpridas.

4.5 - Os extremos da educação e da saúde

A prevenção sobre as atitudes e os preconceitos relativamente às questões da educação e da saúde não está só presente no nosso público especial, mas também entre os profissionais da área da saúde física e mental, e por certo, ainda entre nós, os professores educadores da saúde.

Entre os principais preconceitos encontramos um que se refere aos polos da idealização - menosprezo das possibilidades do conhecimento da saúde mental. A partir desses estudos acerca da experiência da educação e da saúde com familiares de pessoas com síndromes pós-AVC, resultou um modelo teórico de reavaliar o prazer dos familiares e dos cuidadores quando se defrontam com o impacto de um AVC (Bocchi, 2001).

Esperamos da educação soluções milagrosas e realizações, ou desvalorizamos as suas possibilidades. É com estas premissas que as dificuldades extremas impossibilitam o sentido necessário da realidade e, como em todas as situações extremos, uma vez embarcados numa delas, com facilidade nos movimentamos de forma contrária.

Trata-se, agora, de uma investigação qualitativa, conduzida dentro dos preceitos éticos com familiares cuidadores localizados a partir de registos no SAME de dois Hospitais Gerais do Estado de Pernambuco e considerando-se atores os membros das famílias que se aproximavam como familiares cuidadores por estar assumindo a responsabilidade principal e não-remunerada do cuidado domiciliar de uma pessoa, conforme definição de Grant (1996).
Neste estudo de caso, esperávamos que fossem discutidos à luz da Interação Simbólica. Segundo Charon (1989) se a educação admitir paralelamente o risco de flutuar entre a impotência e a omnipotência, terá prejuízos incalculáveis para os dois seguimentos (saúde física e mental). Trabalhando no campo da educação e da saúde, inevitavelmente, atuaremos nos problemas sociais e nas condições de vida dos seres humanos, derivando assim, de outras possibilidades de extremos sem nos desvincularmos das condições económicas, políticas e sociais de uma comunidade, entre outras razões, as questões de alimentação, residência etc. A educação profissional deve agir em condições inseparáveis do ser humano e, também, não deve anular nem absorver o outro nas suas ações.

Quando falamos de investigação na educação, o modelo experimental das ciências naturais configura uma situação artificial de poucas variáveis para poder desenvolver trabalhos e evitar o preconceito de crer que, fora destas condições, a investigação é impossível. Estudos indicaram que as ciências sociais mostraram, através de evidências, que isto não é certo. A exigência por esse tipo de capacitação deu origem ao Curso de Educação em Saúde, ministrado desde 1991, como disciplina eletiva do Curso de Especialização em Saúde Pública (L'Abbate et al., 1992). A busca dessa capacitação aparece na fala dos profissionais como necessidade de aprender a trabalhar em grupo e/ou melhorar o seu contato com o utilizador nos atendimentos mais individualizados.

Significa geralmente para o profissional a possibilidade de apropriar-se de técnicas em trabalho de grupo e de educação em saúde, e como tal é por ele reiteradamente reivindicada. Como se tem acolhido essa exigência? Para responder à questão, são introduzidos alguns princípios que revela qual tem sido a dimensão educativa considerada e vivenciada como postura inserida no conjunto das atividades dos profissionais de saúde. O professor de educação e saúde, com especialidade clínica, deve aplicar o princípio do questionar e da ação, pois ambos são inseparáveis e se enriquecem, reciprocamente, no processo de uma práxis. Esta situação não constitui uma manifestação de desejos e sim, uma condição fundamental para as operacionalidades. A ação da educação e da saúde deve ser precedida de investigação dinâmica das hipóteses.

Toda a modificação encontrada deve reagir sobre os níveis e os passos seguidos na investigação, de tal maneira que outras no futuro possam interagir nas modificações de um processo permanente de interação. Trata-se de um assunto controverso, sendo mesmo temática de investigação já iniciada (L'Abbate, 1994). Contudo, a experiência vem mostrando que é possível contribuir significativamente para que trabalhadores de saúde transformem sua vida profissional em algo mais rico, vivo e inovador, quando se criam condições para que eles se apropriem de certos recursos que podem ser chamados genericamente de didático-pedagógicos, contanto que a própria forma de contribuir para esse processo de apropriação seja pautada numa relação entre indivíduos desejantes em busca de autonomia (Levy, 1991), a fim de não reproduzir a relação manipulatória. A compreensão dos fatores na investigação e a ação devem ser incluídas como variáveis do fenómeno da doença vascular mesmo que se estude e que se vá modificando enquanto se estuda. Aqui, em cada passo dado na direção da ação da causa, será investigado o seu efeito, incluindo nisto o fato de que a própria investigação já é uma atuação.

PARTE III – ASPECTOS MEDOTOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original".
(Albert Einstein)

CAPÍTULO 5 – A INVESTIGAÇÃO

5.1 - A investigação e a ação nas famílias com pacientes com AVCs

A distribuição dos quadros de AVCs é apresentada com diversas variações em todo o mundo, desde a frequência total de casos, passando pelas diferentes formas de género, até à proporção das principais etiologias; e, mesmo se consideradas as diferentes formas para a detecção dos dados, a grande variação nos resultados provavelmente encontrará razões culturais que possam justificar as causas e os efeitos do transtorno desta doença. Estudos revelaram que a prevalência de desconforto e queixas psíquicas elevadas neste grupo de trabalho, alcançando cifras de 10% a 27%, depende da metodologia utilizada (Blay, 2005).

As formas como os quadros de AVCs se distribuem na população mundial não é apresentada através dos estudos epidemológicos, embora a investigação tenha sido inédita, não só pela amplitude do método, mas também pela complexidade e diversidade de tarefas que se apresentaram. Nesta investigação, foram estudados 36 casos e vivenciados 55, em que a procura constante de famílias que permitissem os primeiros contatos com a situação sócio-familiar provocou várias movimentos de norte a sul do país à procura de respostas para a investigação e implementação do estudo, sendo que o pólo principal de resgate funcionava em Aveiro e em duas regiões do Porto e, mais tarde, em Pernambuco - Brasil. Nesse processo de investigação a psicoeducação procurava compreender os caminhos que contribuíssem para a qualidade de vida dos portadores de deficiências pós-AVC e dos familiares.

Por outras palavras, o programa centrava-se no trabalho de reeducação sociopsicológica e sócioafetiva do grupo familiar, dos cuidadores desses pacientes e também do paciente. Tudo isto, sempre numa orientação psicoeducacional da saúde e da doença, direcionada para a prevenção da recaída. Os pacientes pós-AVC e seus familiares representam um grupo de especial importância quanto à prevalência de sintomas psíquicos. A depressão é um dos acontecimentos psíquicos mais comuns entre os pacientes pós-AVC e, neste grupo, possui algumas peculiaridades na apresentação dos sintomas e na relação com fatores de risco biológicos, sociais e genéticos (Shear et al., 2005). O estudo de um paciente atingido por uma AVC na fase produtiva ou em fases avançadas da vida permite classificar subtipos de depressão que parecem estar associadas com diferentes fatores de risco, evolução e prognóstico.

A presença de limitações funcionais, comorbidades clínicas e disfunção cognitiva frequentemente resultam no subdiagnóstico (Shear et al., 2005) e nos atendimentos em atenção primária. O processo experimental foi-se construindo de acordo com os participantes que se inseriram nas perspectivas metodológicas do aprender fazendo: pacientes, familiares e cuidadores. Portanto, para além da perspectiva do desafio metodológico dos efeitos sócio-familiares provocados pelos distúrbios dos AVCs, o papel principal de alguns profissionais e familiares, dedicados e comprometidos com a saúde dos seus pacientes, contribuiu para o sucesso desta investigação, bem como as técnicas metodológicas introduzidas no seio das famílias, cuidadores e profissionais interessados neste tipo de abordagem.

O impacto social e económico advindo do não reconhecimento e, consequentemente, do tratamento insatisfatório deste grupo de indivíduos é alto para pacientes e sociedade, e justifica que esforços vigorosos sejam destinados para aprimorar o diagnóstico precoce e tratamento dos idosos deprimidos (Charney et al., 2003). Perante tal complexidade, valeu-nos a nossa vivência profissional com portadores de limitações pós-AVCs, com familiares e com cuidadores, para chegar até aos objetivos propostos pela psicoeducação. Mas como com a nossa prática talvez não fosse o melhor caminho a seguir, o caminho inverso também foi fundamental, através da experimentação de um modelo criactivo de investigação das causas e dos efeitos, com pacientes de um país Europeu.

Todos os pacientes, profissionais médicos, paramédicos e familiares, residentes nas regiões de Lisboa, do Porto e de Aveiro, contribuíram para o sucesso desta investigação, construindo-se e desconstruindo-se os mitos de algumas diferenças, e lutando-se em procura dos objetos e objetivos deste magnífico estudo. Foram muitas as vozes que se fizeram presentes, e, ao mesmo tempo ausentes, nos contextos aqui relatados, os quais sistematizam, criam e permitem reflexões na procura de novas perspectivas de ações psicoeducacionais que envolvam parcerias contra o adoecer dos pacientes e dos seus familiares. Estudos demonstram que os maiores problemas são na diferenciação entre depressão e problemas psicológicos e sociais (Volkers et al., 2004). A metodologia prevista foi centrada e fundamentada na superação das dificuldades encontradas; assim, aquando da proposta oferecida às Instituições de Saúde e às famílias, esclareceu-se que era um trabalho experimental fundamentado em estudos de caso, na visão da psicoeducação, na neurosociopsicologia dos distúrbios provocados pós-AVCs e nos distúrbios do humor-afetivo. Durante dias e meses as famílias hesitaram em aceitar a proposta de ajuda profissional.

A psicoeducação entende que por falta de informação a depressão em pacientes com tais patologias tende a ser semelhante a outras doenças apresentadas por faixas etárias (Neuson et. al., 2005). A preocupação da psicoeducação era a delimitação dos estudos, na sua contribuição do combate aos sintomas da depressão e na possibilidade de não deixar que o paciente integrasse o perfil clínico de sintomas etiológicos específicos da depressão (Nooading, et.al., 2005) com os provocados pelas patologias do AVC.

A preocupação da psicoeducação era descrever, nos estudos de casos, que essa depressão de início tardio, definida como ocorrência do primeiro episódio de depressão após os 60 anos (Chamey et. al., 2003), se caracterizava por maior grau de apatia, onde a disfunção cognitiva e a alteração de neuroimagem com anormalidade em lobo temporal eram semelhantes às encontradas em indivíduos com sintomatologia da demência e que os fatores de risco, nomeados como genéticos, parecem ser menos proeminentes e existentes, sugerindo que outros fatores cerebrais orgânicos podem ter outros significados para essa etiologia (Baldwin & Tomenso, 1995; Baron, 1981).

Estudos realizados por Naading Et al. (2005) correlacionaram os sintomas clínicos da depressão com três indicadores de riscos: vascular, degenerativo e inflamatório. De acordo com esse mesmo estudo, na psicoeducação foram encontrados resultados entre os sintomas motivacionais indicadores de risco vascular ou degenerativo e as alterações psicomotoras, com ambos os mecanismos (distúrbios do pensamento e concentração) com indicadores degenerativos, e os pensamentos de morte e sintomas melancólicos mais relevantes (sono e apetite) com indicadores inflamatórios. E em outros estudos, a relação entre os sintomas depressivos pós-AVC foi investigada num grupo de 176 indivíduos e sugeria que entre os indivíduos com depressão pós-AVC havia maior frequência de retraimento sócio-familiar e menor frequência de agitação (Mast, 2004).

E, nesse percurso, passamos a questionar os caminhos que deveríamos tomar nesta atividade de difícil acesso aos conteúdos cognitivos. Na nossa investigação, primeiro fomos buscar os métodos considerados específicos das Ciências Sociais, sendo estas as características básicas. Assim, fomos alargando os nossos horizontes a partir da reflexão em estudos que precisam de orientações necessárias à obtenção e consolidação do processo e validade dos dados pertinentes às causas e aos efeitos sócio-familiares desses distúrbios.

Porém, de início, constatámos que são vários os caminhos específicos das ciências sociais, problematizando-os de imediato, ou seja, admitimos que pudessem utilizar vários métodos e adoptá-los de acordo com a investigação.

Então, procurámos combinar os métodos, incluindo algumas técnicas que foram significativas durante o processo de recolha e análises. No princípio, e dado que o número de famílias no início dessa investigação era mínimo, optámos pelo método de experimentação que atenderia às nossas necessidades, mesmo apresentando limitações e considerações do ponto de vista da ética e da técnica que possibilitariam o seu impedimento e a sua utilização.

Com o tempo, adicionámos o método da observação, que poderia ser mais um a atender às nossas exigências e às exigências da investigação que norteavam as perspectivas da educação para a saúde, embora os aspectos primitivos e imprecisos, que eram indicados em literatura afim, não nos desmotivassem; este método foi um dos mais precisos, pois foi na observação que os procedimentos clínicos da nossa formação psicológica foram fundamentados e somados aos procedimentos experimentais desta investigação.

Estudos indicavam que a comorbidade de depressão em pacientes pós-AVC, doenças incapacitante, doenças neuropsiquiátrica e cardíaca era comum em pacientes com faixa etária acima de 60 anos (Krishnan, 2002). A depressão é um acontecimento comum nas doenças cerebrovasculares, tal como nas doenças degenerativas e demências frototemporal, e pode configurar-se como um acontecimento concomitante, fator de risco ou preditor de desenvolvimento de demência subsequente (Madrego & Fernandes, 2004). Assim, quanto às evidências e exigências que nortearam os procedimentos experimentais, optámos pela inclusão de algumas variáveis controladas, observadas e necessárias, ao passo que no estudo por observação passámos apenas a observar algo que acontecia ou já tinha acontecido e que era determinado pelo diagnóstico e pelo tratamento dispensado ao paciente e não aos seus familiares, ou seja, observámos os distúrbios provocados pela doença, isto é, algumas das limitações sócio-ocupacionais.

A bibliografia norteia que a depressão de início tardio está frequentemente associada com os distúrbios cognitivos e pior desempenho em testes neuropsicológicos, especialmente os relacionados com a função prática. O comprometimento cognitivo era tradicionalmente considerado uma desordem benigna, reversível com melhoria do quadro depressivo. Outros estudos indicaram que alguns pacientee mantêm seus déficits mesmo após a melhoria da depressão (Alexanpoulos et. al., 2005).

Em testes específicos para memória, atenção, funcionamento executivo e aprendizagem foram encontrados diferenças entre os grupos com início precoce e tardio da doença (Salloway et al., 1996). Os pacientes com início tardio da doença apresentam pior desempenho na fluência verbal, funcionamento executivo, memória (principalmente recordação livre) e tarefas de aprendizagem (Salloway et al., 1996). Tarefas relacionadas com aprendizagem de novas informações, solução de problemas, alternância de atenção, além de maior lentidão psicomotora e na velocidade de início de novas respostas estiveram alteradas no grupo de idosos deprimidos (Lockwood et al., 2002).

E como não se pode descartar nestas perspectivas metodológicas a quantificação, pois é nessa exclusividade que o método observacional difere do experimental pela inclusão de uma variável controlável de acordo com estes e outros procedimentos, a educação para a saúde também se vale dos números. Assim, têm a probabilidade de se aproximarem de uma realidade, pois a psicologia da educação para a saúde utilizou testes significativos que tornaram possível determinar em termos numéricos a probabilidade de determinadas conclusões, bem como a margem de erro dos valores obtidos, passando o método quantitativo e o método qualitativo a caracterizar-se por razoável grau de precisão, o que se torna bastante aceitável nesta nossa investigação.

O curso natural da depressão em idosos foi recentemente avaliado por Beekman et al. (2002) que acompanharam 277 idosos deprimidos durante seis anos. Segundo os dados deste estudo, a depressão apresentou um curso desfavorável na maioria dos indivíduos. Os sintomas foram transitórios em 14% e a remissão ocorreu em 23%; em 44% o curso foi flutuante e desfavorável e em 32% seguiu um curso crónico e grave de sintomas (Beekman et al., 2002). Os pacientes idosos com depressão tendem a ter respostas ao tratamento semelhantes aos jovens (Mitchell & Subramaniam, 2005), ocorrendo entre a quarta e a sexta semana de uso de antidepressivos (Sackeim et al., 2005).

A possibilidade de recaídas torna-se maior com a passagem do tempo, havendo aumento da frequência de episódios de depressão por tempo de risco (Koenig & Blazer, 2004). Foi através destes caminhos mais explorados e menos reconhecidos, que, às vezes, sentimos necessidade de mudanças, pois estávamos cansados e generalizávamos os principais determinantes inconscientes dos distúrbios cognitivos e comportamentais provocados pela doença, deixando-nos invadir pela ansiedade em busca de respostas; assim, fomos definindo o

processo, passamos a identificar cada família individualmente encontrando nas nossas experiências subjetivas uma proposta para cada uma.

Consideramos, então, como pessoas da "família" todas os que estivessem a residir na mesma morada, por consanguinidade e/ou afinidade em geral, podendo-se envolver a descendência e a repartição de despesas e renda, numa rede de obrigações que os tornava, efetivamente, inclusos. Constatámos também que cada elemento dessa família se articulava e definia os géneros e gerações, implicando hierarquia e poder, e que a situação e os procedimentos rigorosos, bem como os estudos das causas e dos efeitos dos AVCs se constituiam num importante trabalho de investigação para a educação e para a saúde.

Além disso, os quadros considerados teóricos ou de referências enquadravam-se nas correntes de pensamento, pois quando se falava de cultura ou da sociedade, relacionava-se com o funcionalismo que se prendia ao positivismo de Spencer (1920-1903) e de Durkheim (1858-1917), por procurarem estabelecer analogias entre as formas de organização cultural e social e os organismos vivos.

No entanto, a consolidação do funcionalismo como método de investigação social deve-se a Malinowski (1884-1942), e a introdução deste contexto cabe ao raciocínio básico do funcionalismo antropológico, que mistura as necessidades biofísicas e biopsíquicas que irão solicitar a formatação psicosocioeducativa que justificou a sua efetiva necessidade, relevante e indispensável para o bem-estar do paciente, da família e da sociedade. A influência destas posições nos nossos estudos diversificou a nossa relação psicoeducativa com o paciente e com a doença, pois estávamos a trabalhar com uma sociedade conservadora - "todas as famílias pesquisadas eram conservadoras"- mas os nossos conhecimentos empíricos e teóricos foram significativos para esta desmistificação.

A teoria estruturalista, na relação psicoeducacional e socioeducativa, parte do pressuposto de que cada sistema é um jogo de oposições, presenças e ausências, constituindo uma estrutura onde o todo e as partes são independentes, de tal forma que as modificações que ocorrem num dos elementos da família constituinte implicam a modificação cognitiva comportamental dos outros e de si próprio. Embora tenham sido designados ao longo desta investigação diversos métodos e pensamentos para estabelecer o significado da educação, da saúde e da doença, trabalhámos com um modelo científico que oferecia um caráter de sistema, a família, pois quando um ser produtivo sofre um AVC toda a estrutura familiar fica afetada e

passa a ter algumas limitações, prevendo-se mudanças constantes em cada um dos indivíduos envolvidos no processo do adoecer na família.

As limitações para uso destas informações são grandes, pois os dados provenientes de estudos utilizando e amostras com adultos na fase produtiva não devem ser generalizados para idosos. As informações sobre eficácia, segurança e tolerabilidade devem ser provenientes de estudos com idosos, contemplando as peculiaridades inerentes a esta faixa etária e não na fase produtiva. A utilização de estudos conduzidos entre idosos é também uma forte recomendação (Charney et al., 2003), justificada pela taxa de resposta ao tratamento encontrado neste grupo e pela frequência de estudos negativos descritos na literatura (Roose & Schatzberg, 2005). Assim, a doença tem um papel muito forte na relação sócio-familiar; ela passa a influenciar e não admitem preconceitos que provoquem outras mudanças na sua natureza e na sua importância, o que nos levou a estudar o impacto do AVC na vida familiar, suas etiologias e patogénese.

Neste sentido, partimos diretamente do fenómeno concreto das doenças e fomos à busca dos estudos do comportamento humano e da sua subjectividade, tendo em conta os fatores sócio-afetivos, dado que uma doença biofísica transporta-se de imediato para as diversas formas de doenças psicofísicas. Entretanto, nesta investigação, as questões psicoeducativas e sócio-familiares foram trabalhadas, quer independentemente, quer em articulação, procurando nas aldeias as famílias com maiores índices de exclusão social. Paulatinamente, fomos construindo uma metodologia que atendesse as necessidades fundamentais do paciente, das famílias, dos cuidadores e também ds nossas, refletindo-se nas novas possibilidades de trabalhar com cada família isoladamente.

Durante o percurso desta construção metodológica, fundamentámos o nosso trabalho nos textos de Bertty Carte (2001), Marlatt e Gordon (1993), Botega (2006), Sonenrich e Estevão (2007), Bottino (2006) e Caixeta (2006) que contribuíram para o direccionamento e aprofundamento desta investigação. De início, a metodologia prevista era procurar nos hospitais, nas clínicas especializadas, nas instituições de ensino da área médica e nos profissionais dessas e de outras áreas do saber, as respostas para esta tese. Salientamos que todo o nosso trabalho de investigação foi contextualizado e, questionado através da metodologia vivenciada na realidade de cada transtorno e de cada distúrbio encontrado na relação pós-AVC do paciente e dos seus familiares.

Destacamos o papel do trabalho psicoeducacional e sócio-familiar na reeducação para a saúde biofísica e biopsíquica de todos os envolvidos no processo de conhecer e entender a etiologia e patogénese dos AVCs, incluindo todos os profissionais evolvidos, de algum modo, nesta investigação. Assim, a proposta, a princípio, sofreu diversas alterações, pois não tinha espaço nem autonomia para a articulação deste trabalho psicossociológico e socioeducactivo, dado que era importante ouvir a família e os pacientes, construir alternativas e a garantir a contribuição da psicoeducação e, por fim, ter em conta a sociabilidade dos participantes. Por isso, fomos catalogando as informações de acordo com as necessidades e as possibilidades do projecto de investigação.

A preocupação, necessidade e desejo de cada membro da família saber o "por que" de participar num encontro com o intuito de aproximar o conhecimento da prática, agora vivida pelo paciente e pelos seus familiares, fez com que dirigíssemos toda a orientação e atenção ao paciente, aos seus familiares, aos cuidadores principais e a eventuais auxiliares. E como as alternativas sugeridas para as famílias e cuidadores foram direccionadas para a informação e formação de um trabalho preventivo para aqueles que ainda não sofreram um ataque isquémico de um AVC bem como para a orientação centrada nos vários distúrbios e distúrbios dos AVCs, fomos ampliando o universo dos pacientes, permitindo a cada participante promover a sua concepção interna, a sua compreensão e aproximação da realidade vivenciada pela psicoeducação no seio da família.

Salientamos que, em todo este processo, não tivemos o apoio, quer das entidades de saúde colectiva nas regiões investigadas, quer das associações e dos institutos que financiam a educação e a investigação. As formas de atuação foram todas fundamentadas em textos de Costa e Katz (1992), Scott, Williams, Beck (1994), Cordioli (1998), Moreno e Moreno (2005), Fernandes (2005) e outros autores da Europa e da América que se debruçaram sobre as problemáticas das famílias. A diversificação das estratégias e das técnicas já vivenciadas na nossa experiência clínica e psicoeducacional, bem como as reflexões decorrentes do processo metodológico, facilitaram a nossa aproximação com os pacientes espalhados de Norte a Sul do país e foram respondendo à nossa pergunta através das suas emoções e conflitos. De acordo com este estudo, que foi disseminado entre 2006 e 2008, com atendimento a essas famílias no consultório, nas suas residências e por telefone, fizemos a opção de seleccionar os casos mais simples para alcançar os mais complexos baseados na recolha de dados e nas

informações catalogadas durante os encontros semanais e mensais por alguns pacientes que se encontravam nos extremos do país.

Tivemos a preocupação constante de levantar dados relevantes sobre as condições de vida das famílias acompanhadas nesta investigação, não para realizar uma discriminação do paciente e da doença, mas para encontrar caminhos que travassem ou reduzissem os distúrbios emocionais provocados pela doença no paciente. Não foram relevantes as condições socioeconómicas, pois alguns desses pacientes até tinham condições favoráveis; o que importava realmente neste estudo era a busca dos sintomas, que não foram diferentes entre os pacientes ricos, pobres ou miseráveis. O que realmente mudava era a qualidade do acompanhamento pelos cuidadores e assistentes presentes no dia-a-dia de alguns desses pacientes e familiares estudados.

Assim, os desafios foram aumentando e passámos a repensar o significado deste trabalho apaixonante com uma magnitude tal que a articulação entre as dimensões sociopsicológicas e psicoeducativas do paciente e da doença foram uma condição intrínseca à metodologia de ação, optando por dinamizar esta investigação dos efeitos do impacto do AVC na vida familiar. As questões sócio-ocupacionais e psicoeducacionais da educação para a saúde biofísica e biopsíquica de pacientes, cuidadores e familiares, poderão contribuir para reduzir a problemática dos distúrbios e dos distúrbios provocados pelos AVCs no paciente, na família e na relação com a comunida. Apesar de ainda serem insuficentes, as evidências permitem indicar a eficácia do tratamento psicoeducactivo, incluindo na fase aguda de continuação (Mottram et. al., 2006) e manter uma manutenção (Reynolds et. al., 1999; Reynolds et. al, 2006) com ourtros tipos de terapias. A orientação converge para a instituição do tratamento num episódio inicial, avaliar a necessidade de uso de outros tratamentos profiláticos e tratamentos preventivos da recaídas (Chamey et. al., 2003).

O material que aqui apresentamos poderá contribuir para a formatação de um novo modelo de investigação psicoeducacional e sociopsicológico, bem como para a formação contínua daqueles que procuram soluções para a relação da educação com a saúde biofísica e biopsíquica, pois as reflexões e discussões no meio académico vão enriquecer as propostas e as questões levantadas, de modo que possam responder às diferentes experiências da investigação das causas e efeitos sócio-familiares das doenças em geral, e não só dos distúrbios e distúrbios dos AVCs, que hoje levam à degeneração, não só dos pacientes, mas também à prevalência de um sentimento flagelo individual e colectivo.

5. 2 - A realidade da investigação

A pesquisa qualitativa psicoeducativa vem do questionar dos métodos das ciências da natureza aplicáveis às ciências humanas e diz respeito aos processos e às formas simplificadas da construção e produção do conhecimento. Estudos de Mazzotti (1996), Minayo (1996), e Rey (1999), indicaram que a antropologia, com o desenvolvimento da pesquisa etnográfica, teve a sua atuação pioneira no desenvolvimento de paradigmas de pesquisa que passaram a considerar a presença do pesquisador como uma condição que ameaçava a sua postura de neutralidade e objectividade na obtenção e na análise dos dados.

O desenvolvimento é significativo: o efeito da idade avançada somado a certas condições causadoras de dependência muito frequentes entre indivíduo de meia idade e idosos que apresentam seüelas pós-AVC epistemologia qualitativa tem antecedentes importantes na fenomenologia. Nesse mesmo estudo, Minayo (1996) descreve a fenomenologia e a etnometodologia dentro das ciências sociais, como a *sociologia da vida quotidiana,* e lembra o argumento de Husserl de que os atos sociais têm no *significado* uma propriedade que não está presente nos fenómenos estudados pelas ciências naturais. Conhecer como se processa a transferência de informações entre os profissionais, cuidadores, familiares e pacientes é um dado muito importante para a conclusão da nossa investigação que tem como objetivo geral estudar casos de repercussões afetivo-emocionais do impacto que o acidente vascular cerebral (AVC) acarreta na vida familiar, quando atinge o indivíduo na fase produtiva.

Este conhecimento proporciona uma visão integral da problemática da saúde e a concepção de uma educação integrada ao "serviço"; mas, como trabalhar essas necessidades se não tínhamos acesso às instituições e aos pacientes?

O desafio foi aumentando, tanto pelo inédito da complexidade, como pela extensão do atendimento proposto, a partir dum trabalho construído em parceria com médicos jubilados e outros especializados do Porto e de Lisboa, pois, neste trabalho compartilhado, havia da nossa parte a preocupação de conhecer as limitações impostas pelo AVC ao paciente noutros continentes, e também levar às famílias uma orientação que fizesse a diferença entre os aspectos do adoecer com o paciente e a criação de novas perspectivas a partir dessa nova vivência e, que responderia à nossa pergunta de partida: **que forma a psicoeducação pode contribuir para a profilaxia dos distúrbios da afetividade do paciente e dos seus familiares pós- AVC?**

O que encontrámos, no aqui e agora, foi uma perspectiva de reeducação das famílias e procurámos na sociedade a compreensão e o entendimento dos métodos universalizados do direito a uma orientação psicodinâmica do conjunto de saberes que a educação passa a emprestar à saúde. Não tivemos oportunidade de avaliar com toda a segurança o processo de mudanças no seio de cada família como estava previsto, embora os contatos tenham sido sempre estabelecidos, via internet e telefone, com os participantes. Na verdade, sempre que se preconizava uma recaída, automaticamente colocámo-nos à disposição daqueles que solicitaram a nossa ajuda ético-profissional.

No que diz respeito à seleção para atendimento das famílias que apresentavam pacientes pós-AVCs e/ou tinham pacientes com história de doenças vasculares, todas as famílias e os seus responsáveis foram incluídos automaticamente. Entretanto, as questões particulares funcionaram de acordo com o desenvolvimento do trabalho, concretizando-se pela necessidade do processo em curso dos pacientes e da doença. É ainda importante acrescentar a implantação desta metodologia o reforço e a aceitação de alguns cuidadores e profissionais em exprimir o desejo de reproduzir este processo mais adiante. Nessa investigação, as publicações sobre causas e efeitos dos AVCs na Europa e na America, nomeadamente no Brasil e em Portugal, foram materiais de trabalho.

A nossa preocupação centrou-se em estimular as famílias a desenvolverem e promoverem a inclusão do(s) seu(s) membro(s) com défices provocados pelos distúrbios e com distúrbios dos AVCs doenças que levam à degeneração. No estudo realizado no Brasil foi notória a inexistência de um programa de governo direccionado para a população idosa que desenvolvesse dependência, apesar da existência de uma Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999), cujo Decreto-Lei foi promugado em 1999. Nesta caminhada, foram criadas oportunidades de orientação para o conhecimento do acesso a bens e serviços disponíveis na região, intensificando e fortalecendo o potencial individual e colectivo dos membros da família. No que diz respeito aos cuidadores, ampliou-se o universo cultural e social da formação e deu-se conhecimento dos programas assistenciais através de ações previstas no processo de mudanças culturais pré-estabelecidas e da investigação.

De acordo com esta investigação, as mulheres são as mais castigadas no processo de mudanças dos cuidados essenciais do paciente, e, quando são os profissionais os pacientes, as necessidades são ainda maiores pelos próprios conceitos e preconceitos estabelecidos pelos cuidadores e seus familiares, tanto no Norte, como no Centro e no Sul do país.

Os horários de atendimentos duravam em média uma a duas horas e a proposta inicial tinha como pré-requisitos indispensáveis a presença de todos os envolvidos nos cuidados essenciais dos pacientes. A falta de dois encontros eliminaria a família da investigação que se processa até à presente data; a relação entre o nosso desejo e o desejo das famílias fez-se partindo das nossas experiências psicoeducativa nas Universidades e nos Hospitais do Brasil, bem como das noções primordiais dos conceitos de educação continuada. E, se os familiares contribuíram com as informações desejadas, nós contribuímos com as orientações necessárias para o bem-estar dos cuidadores e dos familiares através da psicoeducação.

Assim, procurando interagir neste traçado que determinava as possibilidades metodológicas, desde o início da proposta foram surgindo orientações teóricas e directrizes operacionais bem mais claras do que aquelas que a proposta tinha evidenciado desde o início. Os objetivos foram dando passagem às premissas básicas metodológicas da investigação que, para isso, foram reformuladas e trabalhadas com uma reflexão cognitiva comportamental e psicoeducacional, evidenciando-se alguns compromissos em relação à socioeducação, à psicossociologia e às questões do humor afetivo-emocional da psiquiatria.

As teorias psicológicas centradas na atenção e nas relações interpessoais reservavam ao trabalho um caráter inessencial, o que foi objeto de interrogações de autores como Dejours (1988) Habermas (1982), e Erikson (1972), este último conhecido pelas suas críticas à prática comum entre os psicólogos de alterar a ocupação dos indivíduos para evitar a identificação.

A reflexão dessas teorias vem reafirmando a importância do trabalho na constituição do sujeito e na sua inserção social como estratégia de saúde e como associado ao adoecer biopsicossocial. Neste contexto, fomos destacando e identificando os elementos metodológicos que precisavam ser incorporados e trabalhados teoricamente na construção da interdisciplinaridade, da concepção de família e da constituição do sujeito.

Neste processo de construção e reconstrução de um trabalho inovador com uma visão centrada nas necessidades e possibilidades dos familiares e na sua participação e envolvência na aprendizagem dos cuidados e atividades necessárias para promover a dinâmica do paciente e dos seus cuidadores, deparei-me com as questões da ética profissional, dado que esta investigação sobre a educação para a saúde contribuirá com evidências para o debate sobre os problemas sociais e os principais dilemas vivenciados no quotidiano do exercício da nossa profissão e atuação dos demais profissionais de saúde biofísica e biopsíquica.

Seligmann-Silva (1995) distingue três grandes conjuntos de modelos teóricos em saúde biofísica e biopsíquica e nomeia as teorias sobre stress, a corrente voltada para o estudo da psicodinâmica do trabalho e o modelo formulado com base no conceito de desgaste biopsíquico do cuidadores de pacientes pós-AVC. Tittoni (1997) propõe dois eixos constituídos por abordagens teórico-metodológicas diferentes, o primeiro refere-se ao diagnóstico de sintomas de origem "psi" e a sua vinculação às situações de trabalho desses cuidadores, com forte influência da epidemiologia, especialmente como referência metodológica.

No segundo, a ênfase não recai no diagnóstico de doenças biopsicossociais, mas nas experiências e vivências dos trabalhadores sobre seus quotidianos laborais e suas situações de adoecimento, influenciados pelos conhecimentos produzidos pelas ciências sociais e ciências da saúde. Esta investigação, centrada em diversas abordagens, não se limita a defender as posições dos cientistas e especialistas dos temas que envolvem a saúde, doença, paciente, família, sua autonomia e a autonomia do ensino e da investigação, os procedimentos técnicos desejados e os vivenciados, as situações de emergências do educador/professor, bem como as políticas públicas da educação para a saúde, conforme a sua dimensão; portanto, nos encontros de orientação deparámo-nos com as questões éticas das nossas especialidades. Conscientes da necessidade de especialização dos profissionais de educação especial procurámos recolher dados sobre os recursos humanizados comprometidos com as reflexões ético-profissionais, passo importantíssimo para integrarmos a nossa teoria na prática fora de um sistema de saúde biofísica e biopsíquica. Nesse contexto, a psicoeducação foi primordial para dar forma à promoção, à prevenção, ao tratamento, à assistência, à adaptação e à reinserção social dos portadores de “necessidades especiais” pós impacto do AVC.

Na verdade, nesse trabalho realizado dentro do seio da família, a proposta ético-profissional se junta a afetivo-emocional no que diz respeito ao comportamento do paciente e dos seus familiares que vivenciam uma crise moral sem precedentes, não só na Europa, mas em todo o mundo. Neste momento de anomalia social, quando o indivíduo é atingido por uma doença, há a possibilidade de se preservar tanto a sua autonomia quanto a sua independência, desde que a medida de tratamento e preservação seja introduzida (Pavarini,et al., 2005). Além das condições limítrofes da doença, o paciente indefeso observa o endossar quase explícito das torturas biopsíquicas das forças praticadas pela família em nome do paciente.

Na verdade, essa relação da família com a sociedade, testemunhada na investigação, denuncia a dor que o paciente e a doença provocam nos movimentos internos da relação familiar na procura, na maioria das vezes, de ganhos diferenciados. Assim, o adoecer na família denotava, a princípio, que a prevalência dos interesses sócio-familiares, e também de alguns indivíduos da família, não se centrava no bem-estar colectivo, e sim individualizado, e que nessa relação havia desconfortos e situações de crise, no (a) esposo (a) e no(s) filho(s) do casal, passando por parentes próximos. Este modelo enfatiza a funcionalidade do sujeito e o aspecto orgânico da deficiência, o que não deixa de estar coerente com as concepções que prevalecem na nossa sociedade, as quais refletem os valores estabelecidos pelo sistema vigente, conforme ressaltado por Aranha (1995).

Nesta verificação, procuramos também entender as causas dos sentimentos de rejeição de algumas famílias em confiar o seu paciente a uma instituição ou indivíduo que, de certa forma, poderia contribuir para promoção da estabilidade emocional em todos os envolvidos no processo de adoecer da família. A atitude de pensar nas feridas deixadas e de tratar as doenças é, provavelmente, tão antiga quanto à relação humanitária. Mais ainda é uma forma de esclarecer o passado, investigar o presente e prever o que será no futuro. Nesta questão dos distúrbios dos AVCs, a nossa perspectiva é evitar os danos morais, éticos e religiosos; por outras palavras, nesta investigação psicoeducacional nós seremos o servo desta arte que tem dois pressupostos, a doença e o paciente, pelo que a nossa intenção não foi transformar a exploração do paciente em benefícios da nossa investigação, mas sim estabelecer uma relação mútua de dar e receber ajuda e que faz parte dos conceitos ético-profissionais.

A psicoeducação entende que a responsabilidade é a obrigação de respondermos pela nossa conduta (Bentham, 1983), frente às necessidades do paciente e dos seus familiares. A nossa responsabilidade social compreende o dever de pessoas, grupos e instituições, em relação à sociedade como um todo, ou seja, em relação a todas as pessoas, grupos e instituições. A responsabilidade é o que nos faz indivíduos e objetos da ética, do direito, das ideologias e, se quisermos da fé. É o que nos torna passíveis de punição, de castigo, reprovação e culpa. O importante é a distinção entre a responsabilidade legal, institucional e religiosa, e a responsabilidade moral. Elas têm a mesma raiz do compromisso mútuo entre o agente e a sociedade: cumprir com a obrigação mútua (Cheques, 1997).

Mas as obrigações das diversas responsabilidades são diferentes, seja pelo conteúdo que encerram, seja pelas instâncias de responsabilidade. Entretanto, o nosso maior investimento está na aprendizagem da vida regular de cada família, na cortesia e benevolência que tornaram os nossos instrumentos relevantes na terapêutica da maioria dos pacientes e dos principais cuidadores sem interferir nas outras indicações terapêuticas.

Efetivamente, lidando desta forma com as pessoas que descreveram as suas experiências, com a doença e com os pacientes, foi possível catalogá-las e acompanhá-las para serem avaliadas durante o percurso da investigação. Na visão de diversos terapeutas e neuropsicólogos, estas experiências são consideradas traumáticas, pela incapacidade de tratar os pacientes mais do que a própria doença, vendo esta avançar para os demais distúrbios deixados pelas suas seüelas devastadoras.

Assim, o que constitui a família são estas mutações das pessoas, a constatação recíproca de medos hierarquizadas do poder.Na verdade, agora é este o espaço de uma relação, desenvolvida internamente no seio da família, e construída através de saberes multidisciplinares e interdisciplinares dos movimentos emocionais. Nesta relação construída através do sofrimento da unidade cuidadora chamada família, é a mulher que desempenha o principal papel e é nomeada para estabilizar a homeostase de todos e que, na maioria das vezes, são esquecidos no processo de cuidados e reeducação afetivo-emocional.

Essas são categorias difusas e muitas vezes sem voz. Mesmo porque ninguém ainda conseguiu operacionalizar satisfatoriamente, isto é, universalizar conceitos como os de sociedade, vontade geral, ou bem estar comum (Younkins, 2001). A nossa expectativa nesta investigação do Impacto do AVC na vida familiar voltou-se sempre para aqueles que cuidavam, não importando se a doença estava no provedor da família ou não.

Esta é uma situação conflituante, pois as responsabilidades vão sendo deslocadas para aqueles que se habilitam a dar o conforto necessário, sem pensar, sem definir a parte da sua sustentação neste ambiente que vai depender de muita ajuda emocional. E se a família às vezes é considerada como um lugar de segurança e de afeto, esta situação poderá diversificar-se de várias maneiras na construção da subjetividade e objectividade. Neste conceito de família, o interesse deste trabalho é a transformação dinâmica da concepção de incapacidade para a de limitação de algumas ações contínuas.

Assim, foi no contato com as experiências de alguns portadores de défices dos distúrbios traumáticos do pós-AVC que acolhemos com atenção os seus problemas, por parte dos interessados, e procurámos diversificarem os procedimentos fundamentais para o crescimento destes seres considerados incapazes por alguns, e com algumas limitações por outros. Os cuidadores, que são chamados para servir a dois senhores – o paciente e os familiares- tendem a servir a si mesmos, utilizando os interesses de um como desculpa para o descanso do outro (Marcoux, 2000).

Nesta problemática, servimo-nos de recursos diferenciados para cada paciente e seus familiares. A história de vida foi o ponto-chave para encontrar as possibilidades de movimentos e a transformação das prioridades apresentadas nos primeiros contatos e durante o seu desenvolvimento sem constrangimento dos demais cuidadores envolvidos nesta linha de pensamento e de ação. A questão da operacionalização desta nova investida psicoeducacional e socioeducativa nas famílias dos pacientes portadores de algumas seüelas ou limitações provocadas pelos distúrbios pós-AVC foi-se definindo, na maioria das vezes, nos encontros semanais. Alguns pensadores, como Bentham (1985), consideram até o compromisso moral com os seres viventes. Ele é o autor das primeiras leis de protecção dos animais.

O que hoje é geralmente admitido é a ideia de moralidade como atributo da razão, como queria Kant, isto é, como atributo dos seres humanos. As famílias, por vezes, consideraram o tempo de duas horas semanais insuficiente para a aprendizagem de algumas técnicas e terapêuticas psicoeducativas. Os cuidadores diretos do paciente tinham, a partir de agora, a prática dinamizada pela família, pelo paciente e pelo cuidador. Na verdade, as condições de melhoria dos pacientes dependiam exclusivamente da ação compartilhada, em que se concretizavam os procedimentos teóricos e práticos, traduzidos depois na melhoria dos efeitos, ainda que mínimos. Para o paciente é muito importante ser capaz de responder ao processo de uma ação conjunta de profissionais, cuidadores e familiares.

Neste processo constante, a parte teórico-metodológica fortalecia as diferenças consideradas impossíveis de combater, incluindo-se os fatores stressantes, as famílias e os pacientes, pois o paciente precisa ser visto como pessoa digna de atenção e que não é o responsável direto dos conflitos resultantes das carências afetivo-emocionais e sócio-económicas da família e da sua fragmentação.

A psicoeducação tem tentado ir ao encontr de uma defesa corporativista dos especialistas para a necessidade específica do saber compartilhado da educação e da saúde, no processo de democratização da especialização e ou da escolaridade (Pimenta, 1988). No âmbito de desenvolver e devolver os tais movimentos próprios de uma autonomia precária com recursos mínimos do paciente, fez-se a troca de informação sobre as estratégias básicas de estímulo e de respostas, o reconhecimento do papel da socialização de uma família altamente prejudicada pela deterioração das relações sócio-familiares impostas pelos distúrbios dos AVCs e das doenças que se vinham instalando e provocando outros distúrbios que não eram compreendidos pelos familiares e pelos cuidadores e que são construídos às vezes pelos pacientes discriminados pela sociedade.

Esta vivência metodológica seguiu os conceitos e os fundamentos teóricos e práticos da proposta inicial, mesmo com desencontros significativos para a sua efetivação, pois, por vezes, houve grandes indefinições nas regras estabelecidas nas consultas e nos trabalhos com os cuidadores e familiares. A obrigatoriedade desses participantes neste processo provocou desconfortos, e as razões apresentadas eram sempre as mesmas: isso não vai resultar ou não resulta, pelo que foi muito difícil coordenar, orientar, controlar e dar as devidas explicações a todos os envolvidos, sem excluir os pormenores desta investigação. Das 55 famílias registadas e dos 36 casos disponíveis para estudo, alguns pacientes, foram-se desvinculando gradativamente e outros abruptamente sem darem respostas à avaliação proposta no início.

Alguns autores como Duran (1997) consideram a avaliação como uma atividade de produção de um conhecimento engajado e, nesse sentido, podendo ser considerada como um modo específico de institucionalização de uma pesquisa aplicada. Essas saídas e o desmembramento deste trabalho alargado deveram-se aos conceitos pré-estabelecidos de alguns cuidadores e familiares, por não acreditarem no sucesso da investigação e pelos mais diversos motivos declarados particularmente e não registados, que são uma sugestão e motivação para a continuação do trabalho com as famílias. Todavia, foi muito importante nesta investigação a consciencialização de todos os envolvidos que, na nossa ausência, se queixavam da interpretação dos métodos aplicados durante o processo de transmissão da informação. Talvez, por isto, é que apresentaram e relataram um sucesso lento, e outros não obtiveram de imediato o sucesso desejado.

Surge então a ruptura em alguns encontros e nos critérios de atendimento às famílias e aos cuidadores, pois, na realidade, as famílias que tinham condições de promover o bem-estar dos pacientes também tinham outras necessidades inerentes à doença e ao paciente, pelo que a presença de um profissional para articular essa relação sócio-familiar foi sempre questionada, bem como a nossa qualificação profissional e a nossa disponibilidade no atendimento à família e ao paciente. A identificação com as necessidades da família europeia foi também um dos fatores a ser revisto durante o processo, bem como a não execução dos procedimentos orientados e determinados durante os encontros. Na verdade, este procedimento era essencial na nossa jornada de analisar a importância deste investimento pessoal e profissional.

Na avaliação anuncia-se o espaço como um questionar transparente aberto e sem preconceito, com a vocação de produzir argumentos compreensíveis para cada cidadão, sobre o valor e o impacto de um AVC na vida familiar. Nesse sentido, a nossa reivindicação avaliativa era orientada pela busca do bem comum, ou seja, tem uma dimensão ética – ética do conhecimento científico, do debate democrático e ética da responsabilidade (Perret, 1997). Tivemos em conta a nossa criatividade e a nossa vontade de nos especializarmos nos cuidados aos pacientes comprometidos com tais distúrbios, demonstrando na teoria e na prática o que fazer e por que fazer para reabilitar e/ou trazer de volta um ser, agora paciente e sem motivos para reaprender a ser pessoa e não apenas paciente, a demonstrar os seus valores camuflados, escondidos e retraídos por uma "indicação de incapacidade" que não é real. Socorrendo-nos da psicoeducação, em que a prudência e as aptidões profissionais são fundamentais em situações complexas orientada pela ajuda biopsíquica.

A psicoeducação observava nos estudos que a melhoria física funcional ocorre nos primeiros três a seis meses, porém a recuperação tardia também pode ser observada de modo frequente (Andrews et al., 1981, Sarno; Levita, 1981, Skilbeck et al., 1983, Bjorneby; Reinvang, 1985). Por outras palavras, a relação psicoeducacional e a relação profissional processaram-se num plano maior de equivalência, pois as nossas expectativas em relação aos pacientes, aos familiares e aos cuidadores processaram-se de acordo com as suas condições reais. O tempo foi para todos nós um dos fatores primordiais de reabilitação, sendo difícil estabelecer prazos para as respostas orgânicas e o psicológico. Autores afirmam que seis meses após o ictus, nenhuma recuperação espontânea será obtida (Gomes et al., 2001).

Os resultados do binômio pacientes e familiares não impediram a confirmação dos resultados considerados positivos para a investigação que incluiu o método clínico operacional da experimentação de caráter inovador que estimulou no paciente o impulso, o desejo e a vontade, traduzido em respostas positivas para o nosso sucesso e para o sucesso das famílias envolvidas. Os investimentos realizados nas técnicas comportamentais e instrumentais disponíveis nas experiências de psicoterapia, segundo diversos autores, permitiram elaborar reflexões sobre traumas e distúrbios provocados pelos AVCs e a importância da participação da família na luta para combater os diversos fatores que levam ao adoecer.

Sem dúvida, ao longo da nossa investigação, os participantes ajudaram-nos a compreender, analisar, descrever e divulgar os problemas traumáticos debateu e expressou claramente as suas opiniões e atitudes, envolveram-se nos problemas desta doença e dos pacientes, reconheceram os seus limites e os limites daqueles que somam seüelas ou limitações provenientes de doenças traumáticas que levam à degeneração. Os pacientes e seus familiares que se submetem a um dos tratamentos indicados pela clínica especializada têm sua recuperação biofísica e biopsíquica e neurológica completa (Gresham et al.,1975 ; Gomes et al., 2001). Assim, as relações sócio-familiares foram a base de uma discussão produtiva, pois as descobertas, as soluções, os encontros e os desencontros de pensamentos e de ações contribuíram para a divisão das relações psicoeducacionais e sócio-afetivas internas e externas aos familiares.

A motivação e desmotivação dos cuidadores e dos pacientes, as questões motivadoras da auto-estima, da colaboração dos familiares na criação dos motivos para rir e saber fazer rir, os conceitos atribuídos à vergonha da família e do paciente, a independência do paciente na criação de novas perspectivas na relação consegue e com os outros foram o pano de fundo desta orientação psicoeducacional. Este trabalho também se centrou na relação biopsicossocial do dar e receber ajuda, pois as informações geradas durante os encontros permitiram diversas tentativas que resultaram em sucesso para a relação dos cuidadores e dos familiares na maioria dos pacientes. Na verdade, embora alguns relatem o insucesso das técnicas aplicadas, há que referir que os resultados esperados foram para a educação e para a saúde caracterizados como excelentes, por traduzirem os desejos preventivos e paliativos do tratamento psicoterapêutico e psicoeducacional.

Outros estudos indicaram que os pacientes com o mesmo grau de envolvimento neurológico, que se submetem a um programa de reabilitação completo, obtêm recuperação melhor do que aqueles que não o fazem (Gomes et al., 2001). As eventuais mudanças nos comportamentos e nas condições atuais da doença e do paciente passaram pela contribuição dos familiares que poderia ter sido melhor, embora as análises realizadas até o momento recomendem estabelecer essa metodologia andragógica de acordo com as possibilidades.

Perante tudo isto, a proposta inicial parecia ter possibilidades reais de ser alcançada, mas o método de intervenção significou, para nós, a difícil arte da transformação de abordagens teóricas em práticas psicoeducativas que reforçam algumas medidas previstas e experimentadas, embora outras não alcançassem o sucesso desejado, mesmo mantendo-se os objetivos iniciais como necessários para recomendações futuras neste trabalho inédito.

5.3 - Estratégias metodológicas e suas dificuldades

É verdade que os pacientes com mais de seis meses de evolução a partir do ictus, e quando já nenhuma recuperação espontânea adicional é esperada, podem apresentar melhoras significantivas depois de um programa de reabilitação (Bloch & Bayer, 1978). Tais ganhos funcionais são mais observados no desempenho de atividades de vida diária e na mobilidade. Porém, até o presente, não há nenhuma evidência de que a reabilitação melhore a recuperação neurológica.

Os problemas dos distúrbios biofísicos e biopsíquicos, em especial os dos AVCs, são sempre fascinantes na vida do investigador, não só porque é um mundo desconhecido, mas porque se fazem presentes no seu quotidiano. Para nós, particularmente, foi relevante a problemática que se pretendia investigar e as maiores dificuldades foram estabelecer contatos com duas unidades, família e paciente, fragilizados e inseguros em lidar com a situação de perdas no sentido mais amplo, perda de papéis produtivos.

E, também, as inconviniências encontradas dentro do mecanismo familiar, o papel de provedor/patriarca e o socioeconómico em consequência das limitações agora impostas, e que passam a interferir no desempenho ocupacional com prejuízos importantes na independência e autonomia dessas pessoas que se empenhavam de modo contínuo, estável e não casual. Escutar as famílias, as suas preocupações, as suas necessidades e pedidos expressos nos encontros semanais e outros mensais, bem como dar atenção às suas queixas, facilitou o nosso

apoio a cada grupo, provocando nos intervenientes uma reflexão sobre a situação pessoal e sócio-familiar atual.

Conforme André (1998), a maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz desta patologia a primeira causa de incapacidade funcional no mundo ocidental. Solomon et al. (1994) afirmam que o número de casos fatais tem diminuído. Todos os conflitos do quotidiano das famílias a que tivemos acesso foram acompanhados e tratados de maneiras diversas, pois não procurámos induzir a participação individual nem tão pouca coletiva; procuramos, sim, demonstrar que a família deveria superar os distúrbios provocados pelos AVCs, evitando somar mais prejuízos emocionais.

A sua articulação com a psicoeducação e a atenção ao desenvolvimento interno, as suas necessidades, a sua atuação dinâmica na sociedade, permitiram identificar alguns fatores afetivo-emocionais relevantes que agora envolvem todo o grupo familiar, bem como a procura de soluções para as suas necessidades individuais e coletivas, como a aquisição de um emprego para alguns e do lazer para outros.

Assim, foi preciso trabalhar a política socioeconómica da família, conhecer as suas necessidades. Neste trabalho, identificámos alguns recursos que poderiam ter "eco" nos programas de saúde da família e na psicoeducação, como, por exemplo, o apoio social que muitos desconheciam, tornando possível a satisfação das necessidades do paciente e da família.

De acordo com Karsch (1998), embora os dados epidemológicos mostrem um declínio da mortalidade, é de se esperar que a incidência da doença reverta num quadro de prevalência de deficiências físicas e mentais relacionadas aos episódios do impacto de um AVC. É indispensável evitar a ignorância dos problemas e o seu encaminhamento, pelo que a luta pela qualidade de vida foi articulada com os familiares e com os cuidadores. A metodologia de estudo de caso aplicada neste percurso fundamentou-se numa dicotomia que se antecipa ao próprio tema da investigação e que se refere às causas sociais de uma patologia.

Na verdade, durante a investigação verificou-se que o AVC também é uma doença cerebrovascular e existem evidências de que os pacientes diagnosticados como portadores de tal doença apresentam um conjunto de transtornos e distúrbios neurológicos e neuropsicológicos tais que há possibilidades de apresentarem alterações estruturais em diferentes áreas do cérebro.

Portanto, as alterações originárias dos impactos abruptos das veias e das artérias cerebrais vão provocando défices não perceptivos, juízos críticos ou pensamentos e também perdas de cognição e de capacidades sociais. Apesar de representarem, em rigor, um laboratório de expressão clínica neurológica e de perturbação neurogénica, problemas de desenvolvimento neural, em que as lesões se assemelham e se instalam no mesmo órgão, o sistema nervoso central, apresentam défices cognitivos e modificações na personalidade. Por isto é que o paciente necessita de intervenções semelhantes no seu ambiente social, familiar e nas tarefas básicas da vida diária.

Os prejuízos cognitivos situam-se no local genérico da lesão, geralmente no sistema nervoso central e dificultam a vida diária, aumentando a necessidade de atenção individual e sócio-familiar. O impacto de um AVC na vida familiar, diz Strong et al. (2007), está a ter maior importância enquanto problema de saúde mundial. Os pacientes pós-AVCs possuem sintomatologias que revelam perdas de diversas funções e também emitem reações a estas perdas, tendo como consequências incapacidades pessoais e sociais duradouras por ação de agentes stressantes. Os efeitos patológicos dos agentes de stress são modulados basicamente pela competência biopsicossocial de cada paciente, pela quantidade de suporte assistente disponível e pelos cuidados centrados na recaída e nos outros paliativos dispensados também às famílias pelos cuidadores da saúde biofísica e biopsíquica.

De acordo com Hood e Dincher (1995), os sinais neurológicos variam conforme a localização do AVC no cérebro. Nesses estudos a capacidades e competências sociais dos pacientes pós-AVC são determinadas pelo tipo de stressor (agente que provoca o stress) que esses indivíduos conseguem dominar no seu ambiente, passando a controlar melhor a sintomatologia e, consequentemente, passando a relacionar-se melhor com as suas limitações. Todos os processos de mudança abrupta provocam descompensação, exacerbação de sintomas e recaídas na adaptação e na aceitação sócio-familiar; assim, foi fundamental para as famílias conhecerem os conceitos de AVCs e doenças, bem como o papel de cada membro da família nos efeitos das doenças. Para responder às questões terapêuticas básicas aplicadas, foi necessária a compreensão, não só dos participantes, mas também do paciente, dos processos paliativos motivacionais direccionados para a qualidade de vida. Isto só se conseguiu depois de se responder a vários dilemas da família, entre os quais, os "mitos". Na verdade, derrubar estes mitos foi uma prova difícil, pois a insatisfação com as regras impostas revelou os medos e os conflitos sociais que a família já tinha definido antes do processo terapêutico.

As consequências neuromusculoesqueléticas do AVC, já instaladas, demonstravam ou impossibilitavam o uso funcional do membro superior, o que poderia comprometer as atividades de vida diária (Popovic et al., 2003). Ao longo da nossa investigação, deparámo-nos com novos caminhos na luta aparente dos distúrbios dos AVCs na família, pelo que fomos traçando novos objetivos a partir dos conceitos adquiridos e dos conceitos das famílias. A problemática dos distúrbios dos AVCs traz-nos múltiplos níveis de sistemas de vida, contextos sociopolíticos, contexto ético, contexto moral, contexto religioso, contexto da saúde, contexto da saúde psicoeducacional, familiar e de múltiplas gerações e, o mais vivenciado, a relação entre as pessoas da mesma família. As decisões sobre tudo o que se falava dependiam das confirmações do cuidador principal, às vezes, representadas pela (o) esposa (o) ou por um parente mais próximo.

Mas o pior foi que o que deveria ser compartilhado pelos participantes, que na maioria das vezes era motivo de censura, já que os primeiros contatos eram cheios de contradições. A doença e o paciente estavam presentes, mas, algumas das vezes, não havia sinceridade nos trabalhos, mas sim complexidade. Foram desafios profundos, pois alguns pacientes não tinham completado todos os exames que foram solicitados pela medicina familiar, já estavam na reforma, e, alguns medicados conforme o diagnóstico anterior. A confusão neste aspecto não diminuiu as nossas perspectivas, pois as famílias que tomaram decisões sobre o combate à proliferação da doença procuraram refazer o seu percurso de saúde biofísica e biopsíquica e a presença de uma alteração nesse caminho pode causar limitações para o retorno ao trabalho produtivo (Rocha *et al.*, 1993; Medina *et al.*, 1998).

Com os dados encontrados, passámos a dirigir, também, esta investigação para os focos da prática clínica psicológica que confirmava as questões do envolvimento bio-emocional, direccionando as nossas dúvidas e hipóteses para uma questão ética. Entretanto, os distúrbios psico-emocionais foram-se exteriorizando basicamente através das alterações biofísicas e boa parte dos pacientes estava em condições de compreender e de fazer algumas escolhas racionais frente à qualidade de vida. Diferente questão de natureza filosófica que provocou imensa discussão foi o consentimento por parte do paciente e familiar no processo que envolvia, fundamentalmente, o fornecimento de informações amplas e suficientes, a sua compreensão e a escolha livre de constrangimento. No caso dos pacientes e dos familiares, houve algumas dificuldades, por limitações das suas condições cognitivas, o que provocou a não-aceitação da realidade e a diminuição da sua capacidade de autodeterminação.

Além destas indicações, encontrámos outras opiniões divergentes sobre as causas e o tratamento dirigido para o paciente, pelo que a pesquisa foi tomando novos rumos e passou a ser uma nova hipótese para os que estavam interessados em comprovar o sucesso dos encontros e deles tirarem as suas conclusões.

5.4 - Complexidades das intervenções psicoeducativas

Dado que esta investigação está relacionada com a vida sócio-afetiva e psicoeducacional do paciente e seus familiares, a dimensão fora da clínica da atividade psicossociológica diferenciou-se dos demais ramos da orientação diretiva da educação para a saúde. Ellis-Hill et al. (2000), afirmam que é visto então um *déficit* global na vida do paciente pós-AVC. Segundo Smith et al. (2002), as diferentes condições de vida associadas às incapacidades tendem a alterar o potencial do indivíduo para manter um senso positivo de bem-estar subjetivo. A eficácia de uma orientação psicoeducativa das causas bio-neurogenéticas dos AVCs está bem documentada nesta investigação, mas, entretanto, os fatores psicossociais e sócio-familiares contribuíram entre 40 a 55 % para as alterações em curso, dos distúrbios dos AVCs, ou seja, da doença, influenciando a recuperação social e funcional que compromete a qualidade da saúde biofísica e biopsíquica e bem-estar ao longo da vida.

Entre as diversas abordagens psicoterapêuticas estudadas, a intervenção psicoeducacional aqui introduzida baseou-se em estudos controlados, utilizando grupos fechados de familiares e cuidadores do paciente. Em Portugal, não há outros estudos de casos desta natureza; quando se fez a proposta de colaboração a grupos abertos, para facilitar a interação dos pacientes e dos seus familiares com a realidade social, automaticamente essa proposta foi rejeitada. Esse estudo de casos visou à implantação de intervenções psicoeducativas nos períodos de 2006/2008, em função da reduzida procura de intervenções psicológicas integradas em tratamentos específicos da própria cultura Europeia. As intervenções sócio-familiares aqui disponibilizadas foram reestruturadas e formatadas de acordo com as necessidades culturais de cada família, tendo as questões sido escolhidas de acordo com as dúvidas sobre os distúrbios dos AVCs, seüelas e possibilidades de introdução dos diversos distúrbios.

As aflições do quotidiano das famílias a que tivemos e temos acesso, antes e durante os encontros, trazem-nos a dimensão subjetiva, psico-emocional e sócio-afetiva, dos processos gerais sócio-familiares. Segundo Diener (2000), os conceitos de bem-estar subjetivo (BES) e de ajustamento psicológico referem-se a processos relacionados, mas conceptualmente diferentes. Bem-estar subjetivo refere-se à avaliação que a própria pessoa faz sobre sua vida a partir de seus valores e critérios pessoais.

Todas as famílias, cuidadores e alguns profissionais de apoio externo, procuravam respostas para tais fatos a nível pessoal e colectivo, pelo que, neste percurso, foi preciso esclarecer as questões da saúde colectiva, as preocupações e cuidados gerais, antes do processo do adoecer.

Para que a dicotomia da saúde/doença fosse compreendida pela família, foi necessário recorrer à psicoeducação, centrando o trabalho nos interesses de cada participante em conhecer e tentar travar a doença. Assim, o amadurecimento nas questões preventivas, a sintomatologia e o prognóstico desses distúrbios, bem como o conhecimento de outros distúrbios cognitivos comportamentais foram caminhos que deram respostas aos participantes sobre o que eram os distúrbios dos AVCs na família e como eles se propagavam silenciosamente.

É relevante notar que a adaptação e o enfrentar de uma determinada situação desafiadora dependem, em parte, de um autojulgamento positivo, que incluem sentir-se autónomo, capaz de se relacionar bem como outras pessoas e de reconhecer as próprias limitações, para assim poder conviver da melhor maneira possível com elas (Clarke, 2003).

De acordo com as necessidades explícitas de explicação, os temas propostos foram conduzidos e trabalhados de acordo com as limitações de entendimento de cada família, como as principais dúvidas sobre o que é um AVC e quais os distúrbios afetivo-emocionais que ele provoca no seio das famílias. Neste processo, foram realizados 30 encontros entre Abril 2006 e Novembro de 2008. Atualmente realiza-se um encontro mensal com cada família, com a duração de 90 min, sendo 30 min para a exposição do problema, 20 min para depoimentos e 40 min para debates e explicações, com a presença, em média, de quatro pessoas por família.

O total de famílias em atendimento foi de 55, e, dessas, 36 afirmaram que os efeitos foram positivos e as demais abandonaram o processo sem avaliação. Esta experiência com encontros sócio-ocupacionais, socioculturais e psicossociais com famílias portuguesas é inédita, pois não encontrámos, até o momento, nenhuma investigação em curso.

Em contrapartida, detectámos que pessoas com humor positivo tendem a engajar-se mais em relacionamentos sociais, a serem optimistas quanto ao futuro, a ter mais sucesso no enfrentar da situação e a sentirem-se no controle das suas vidas (Ostir et al., 2001). Este tipo de intervenção psicoeducativa ainda precisa de mais amadurecimento, por esta razão é que os resultados encontrados foram pouco objetivos, embora as conclusões tiradas tenham sido bem sintetizadas nos depoimentos e nos debates e especialmente encaradas como uma novidade para as famílias, muito importante para o caráter psicoeducactivo deste tipo de intervenção no seio das famílias portuguesas.

As trocas de experiências com os cuidadores e com as famílias estimularam a aquisição de capacidades de prevenir os prejuízos afetivo-emocionais deixados pelos distúrbios dos AVCs e pela sua degeneração cerebrovascular. Nos primeiros encontros, como a nossa linguagem não era muito clara, houve algumas dificuldades que se foram dissipando; com o decorrer da investigação as dúvidas quanto à cronicidade das doenças vasculares e às possibilidades de tratamento foram diminuindo, bem como os preconceitos internos e externos quanto às necessidades familiares, criando-se ligações claras para que se atingissem os objetivos determinados pela investigação.

Neste caminho, procurámos ajuda multidisciplinar na instituição de ensino onde estávamos matriculados e entre os et al do doutoramento, mas não foi fácil. Algumas pesquisas indicam que há um crescente interesse por várias formas de intervenções psicossociais, encaradas agora como um importante componente da abordagem global e compreensiva ao tratamento das pessoas com doenças degenerativas, entre elas o AVC (Santos, 2000; OMS, 2002; NHS, 2002; APA, 2004). Gostaríamos de ter trabalhado com uma equipe de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e professores em geral, uma equipe coesa e especializada para lidar com estes conflitos da saúde e da doença na família.

Como a troca espontânea de informações e de experiências deveria ser incentivada, para que isso acontecesse foi importante criar, por um lado, um ambiente não crítico e sim de aceitação e, por outro lado, o estabelecimento de limites claros que restringissem comportamentos inadequados entre as pessoas da própria família e os cuidadores. E como os objetivos desta investigação eram estudar casos de repercussões afetivos e emocionais relativamente ao impacto que o AVC acarreta na vida familiar quando atinge o indivíduo na fase produtiva, além dos benefícios conhecidos do processo intervencionista e aplicados na

relação sócio-educativa associada à psicossocial, acreditamos, agora, que é possível adequar esta metodologia a tais necessidades.

Em todos os casos, estas intervenções surgem como complemento aos demais tratamentos psicofarmacológicos e, tal como estes, deve ser selecionada e adequada às necessidades e preferências de cada paciente nas várias fases da sua vida e da doença (APA, 2004). Porém, a falta de avaliação até o momento não descarta que, sem dúvida, o método utilizado é um método de fácil aplicação para a educação e para a saúde física e mental, de baixo custo e de ampla abrangência, devendo ser mais estimulado particularmente pelas universidades que ministram cursos de educação para a saúde em que o acesso à prática de intervenções na família é de difícil acesso pela existência de diversas barreiras sociais e educacionais. Este trabalho fundamentou-se nas teorias e práticas educativas de diversos autores, entre eles, Paulo Freire, que foi um dos precursores da educação andragógica e que contribuiu com relevância para esta tese.

Os conceitos de família e de grupo operativo levantados no percurso desta investigação indicaram a dimensão social neste estudo de caso, particularmente no aspecto grupal, pela inserção e participação social e política na vida de cada família. Um trabalho social com esta complexidade de intervenções psicossociológicas e socioeducativas não poderia deixar de fora os conceitos básicos de Pichon Rivière, psiquiatra de origem francesa que desenvolveu o seu trabalho na Argentina, criando a técnica de grupo operativo como forma de intervenção na perspectiva da psicologia social e que hoje é amplamente conhecida, inclusivamente em Portugal, nos meios em que se desenvolvem trabalhos socioeducactivos como este.

Retomando a posição pedagógica de Paulo Freire, a educação para a saúde traz uma nova realidade do trabalho com famílias sob o impacto dos distúrbios dos AVCs por ligar as noções de aprendizagem e de comunicação ao humor-afetivo e ao inconsciente. Pois bem: o trabalho desenvolvido centrou-se numa pedagogia do aprender fazendo; as tarefas pré-estabelecidas eram orientadas e avaliadas durante os encontros com os pacientes, cuidadores e familiares. A interpretação das situações e do estado emocional do grupo norteava o domínio positivo, ou não, da aprendizagem. As mudanças que foram ocorrendo na relação sócio-afetiva do paciente e da família durante o processo psicoeducacional davam-nos condições de prognosticar as direcções da realidade e dos objetivos desses pacientes, e também dessa doença.

Na verdade, esta é uma das técnicas inseridas nesta relação saúde/doença/família, criada exclusivamente para trabalhos com pequenos grupos operacionais (ou conjunto restrito de pessoas ou indivíduos) e que nos permite uma relação de opinião face às nossas necessidades clínicas. Nesta experiência psicoeducativa com pacientes portadores de limitações pós-AVC e com distúrbios afetivo-emocionais, geralmente os participantes eram em média quatro e participaram num período de mais de 45 (quarenta e cinco) horas.

Foi uma experimentação andragógica da educação para a saúde biofísica e biopsíquica que jamais será esquecida por nós e pelos participantes pela sua diversidade terapêutica. Alguns autores como Baró (1989), Massini (2000) e Rivière (1988) consideraram os conceitos de grupos operacionais ou socioeducativos quando possuíam um ponto fundamental que nortearam diversas dinâmicas de trabalho. Portanto, alguns destes autores afirmaram que as condições para a teoria psicossocial de grupos humanos eram a existência de grupos pequenos com 10 ou menos integrantes e, também os maiores de 10, denominados de grande grupo. A nossa identificação com a teoria está no tempo disponibilizado para o atendimento em grupo, que era de noventa minutos, com intervalos de oito dias, e depois mensal, com intervenções quinzenais, quando necessárias.

Como temos vindo a referir, o nosso trabalho de investigação fundamenta-se na interpretação das emoções e dos afetos inconscientes do paciente e dos seus familiares utilizando noções básicas de transferência e contratransferência de ações empíricas requisitadas da psicanálise, embora esta não fosse, propriamente, a perspectiva prevista. O aspecto primordial desta tese da educação para a saúde é compreender a dimensão psicoeducacional de um trabalho centrado no paciente e não na doença; e isto para que as relações afetivo-emocionais da família não entrem em colapso.

Assim, o espaço dos encontros não era apenas considerado um local de trabalho do grupo familiar, era uma dimensão de redes interligadas e dominadas pelas emoções; e mais, nesses espaços, foi construído laços relevantes de certezas e algumas técnicas de cuidados para o resto da vida, não só para os pacientes, mas uma perspectiva de vida para aqueles que não conseguem dominar as emoções e com elas criam e recriam doenças limitadoras da própria vida. Neste domínio, o pensamento literário traz-nos ideias subjacentes à nossa investigação que a psicologia social defende.

Mencionamos, a propósito, a contribuição e a experimentação dos relatos do salvadorenho Ignacio Martin Baró, pois é dele a noção de estrutura e vínculos na relação entre as pessoas que canalizam em cada circunstância as suas necessidades individuais e/ou interesses colectivos.

Em suma, esta reflexão vai para as relações limítrofes sócio-familiares do adoecer, pois a família passa a preocupar-se com as "necessidades" e a "criação" das dificuldades de tratar, ou não, o paciente e/ou a doença e com esse dilema todos adoecem e "morrem" para a relação biopsicossocial. Com o adoecer, as relações sociais que caracterizavam o grupo familiar vão tomando novos rumos e os aspectos que faziam parte da história passam a ausentar-se dela; com o tempo, o paciente sente a exclusão total da sociedade em que acreditava estar inserido.

Conforme é reconhecido pela OMS (2002), a partir desta fase psicoeducativa a responsabilidade dos cuidados no dia-a-dia aos pacientes mentais graves passou a recair primariamente sobre as famílias, na maioria dos casos sem qualquer preparação, envolvendo um enorme esforço e sofrimento biofísico e biopsíquico, e no meio de um turbilhão de emoções negativas como angústia, medo e culpa (Pereira & Almeida, 1999; Magliano et al, 2000; Brito, 2004). Isto faz sentido quando cada membro da família traz as suas preocupações para o futuro, de forma subjetiva e pessoal, solicitando, na maioria das vezes, a desvinculação desse contexto de dor e negando até a sua própria existência no grupo familiar. Estas preocupações são, às vezes, compreendidas pelo paciente em particular e rejeitadas pelo grupo social a que este paciente pertence. Esta situação diz respeito a todos os indivíduos, pois a doença e o paciente poderão projetar as suas ações em diversas relações vivenciadas na dinâmica da família.

A relação familiar é muito contraditória quando se querem identificar ou caracterizar a relação afetivo-emocional da saúde e da doença. Geralmente, a família organiza-se e toma formas diversas nas ações dos seus membros, define-se nas condições de participação socioeconómica e, às vezes, cultural. Aqui, neste espaço, a família foi identificada pela capacidade de resolver a sua situação, a situação de um dos membros ou de alguns membros da sua relação familiar. Quando a relação do adoecer encontra eco no grupo familiar e os interesses são dirigidos ao combate da enfermidade há uma perspectiva para a terapêutica dispensada ao paciente e à sua doença. Contudo, a inconsciência que envolve a relação afetivo-emocional da aceitação do paciente e da doença, com as suas limitações permanentes

ou não, integra-se no domínio do paciente e no desejo inconsciente de voltar a ser pessoa, ser amado e também passar a amar. Mas a família tem um custo quando os contratos são quebrados. As condições biopsíquicossociais duram conforme as emoções que foram claramente definidas no pato de convivência, antes, durante e após o impacto da doença.

5.4.1 As intervenções intragrupos e extragrupos sócio-familiares

Nesta investigação dos distúrbios dos AVCs e dos distúrbios deixados na relação da cognição do paciente e dos distúrbios emocionais dos demais membros da família, a dimensão intragrupo desenvolveu-se através do envolvimento de cada representante das famílias e a dimensão extragrupo nos conceitos de inserção e de território onde as redes sociais são constituídas e dão condições de direitos ao sujeito.

Curiosamente, e conforme o referido por Pollio et al (1998) e Coelho et al (2004), são exatamente estes sintomas negativos, e não propriamente os sintomas mais típicos do transtorno pós-AVC, que mais perturbam a família e o relacionamento familiar, até porque em muitos casos os familiares não os reconhecem como associados ao impacto da patologia, sendo mais facilmente atribuídos a características e aos defeitos da personalidade do paciente. Assim, no que diz respeito à psicoeducação foram selecionadas as possibilidades da implantação de uma pedagogia andragógica, do aprender fazendo, que apontasse caminhos na direção desejada pela metodologia proposta no estudo dos efeitos dos distúrbios dos AVCs.

A partir das possibilidades encontradas, podemos dizer que as famílias referem que os distúrbios dos AVCs promovem, na estrutura e nos vínculos, relações conflituosas no tempo e no espaço, e que delas se alimentam os interesses individuais e os colectivos, como se fosse uma tarefa laboral com determinada finalidade. Para estas famílias, que apresentaram algumas seüelas pós-AVCs, as dimensões pessoais são subjetivas e estão sobrepostas às dimensões coletivas e sociais. Por esta razão é que esta tese se apresenta com dimensões dicotomizadas e com desafios constantes que foram trabalhados nos encontros e que de algum modo foram vencidos. Efetivamente, a tese das causas e dos efeitos é especificamente construída e constituída segundo a orientação psicoeducacional dos participantes e o adoecer tem lugar neste espaço. A resposta a esta orientação da educação para a saúde amplia-se tanto no sentido da formação dos grupos familiares por parte dos representantes, como em direção a um novo espaço vivenciado com as articulações que passaram a ser estabelecidas.

Em face de esta situação, os familiares ou pessoas significativas dos pacientes, e os prestadores informais de cuidados em geral, são um recurso extremamente importante nos cuidados às pessoas com patologias degenerativas, como é o caso do transtorno do AVC. Por isso é importante procurar manter também a sua saúde biofísica e biopsíquica equilibrada (Brooker et al, 1994; Brito, 2002). Na verdade, este espaço constituído através de uma metodologia psicoeducativa foi modificado e fundamentado nas relações das vivências familiares com os distúrbios dos AVCs e suas limitações. Com as experiências e vivências psicoeducativas das atividades de lazer e das relações sociais, as possibilidades do paciente e dos seus familiares retomarem as suas vidas aumentaram significativamente e esta realização foi pautada pelas condições afetivo-emocionais oferecidas, ou não, pelas condições sociais. Nesta averiguação, a situação da família, em contexto de saúde e de doença, torna-se fundamental para a criação de uma nova proposta de compreender e entender as possibilidades da família portuguesa no seu quotidiano.

A descoberta das suas carências, das possibilidades de aprender com a doença e com o paciente permitiram às famílias apropriar-se da sua identidade enquanto cidadãos e também indivíduos responsáveis pela mutação dos conhecimentos agora vivenciados do ser paciente e do estar paciente. Nesta conexão com estas características psicoandragógicas é que a sua história peculiar de vida está a ser diferente; agora passam a dar valor aos pedaços deixados pelo sofrimento das indiferenças culturais e emocionais provocadas pelas seüelas deixadas pelos AVCs. Nas famílias em tratamento, foram identificados défices altos de inclusão e, também, de exclusão social; os sofrimentos e a violação dos direitos sociais ocorrem diariamente, mesmo sendo reconhecida como parte da aldeia, região ou da cidade, onde está a protecção dessas famílias e o seu enquadramento em ações ou movimentos que possibilitem a conquista da homeostase.

Torna-se por isso necessário atender às necessidades dos pacientes com distúrbios e distúrbios mentais provocados pós-AVC e também às suas famílias. Com efeito, e conforme o afirmado por McFarlane et al (2003), viver com uma doença como o AVC é difícil e confuso tanto para os pacientes como para as suas famílias, pelo que as famílias afetadas pela patologia precisam, naturalmente, de adquirir conhecimentos sobre o AVC e sobre como lidar com os distúrbios e suas consequências no dia-a-dia, tal como os profissionais que tratam estes pacientes no internamento precisam de conhecimentos específicos sobre a patologia e formas de tratamento.

Os efeitos dessa patologia para as famílias levaram-nos também a diferentes questões sobre o acolhimento, o encaminhamento e como fazer a diferença nesta análise da doença e do paciente.

Quanto ao acolhimento, a interpretação não envolvia receber bem, dar atenção, dar o tempo e disponibilidade para a escuta, valorização das peculiaridades de cada momento e situação atual do ser paciente. Para a psicoeducação, acolher significa promover as condições para que o paciente, seus acompanhantes e cuidadores, comentassem a relação entre eles e a compartilhassem com os outros membros da família. Assim, esta metodologia permitiu a identificação, a percepção da igualdade e das diferenças, procurando possibilidades de reconhecimento dos défices em comum e que, de algum modo, resultaram dos distúrbios afetivo-emocionais do adoecer da familia. Por outras palavras, esta investigação abriu caminhos para ajudar os pacientes e os familiares a reorganizarem as suas vidas nos campos familiares, sociais, culturais em que estão inseridos. Estes elementos são fundamentais para a reconstrução dos seus projectos de vida que agora poderão ser singulares ou comuns aos outros membros da família.

A partir dessas concepções, a família terá possibilidades de convocar cada um dos indivíduos da sua relação a participar da sua reconstrução e através dessa vivência expressar, ou não, as suas necessidades e interesses pessoais que vão transformar as propostas, as buscas e as novas conquistas de acordo com a prioridade que as novas condições de vida passam a oferecer. A finalidade destas hipóteses psicoandragógicas é a de que se constitua no espaço dedicado às relações sociofamiliares, uma autonomia pessoal articulada na direção dos direitos e deveres. Estudos indicaram que os membros da família que cuidam regularmente de pacientes com distúrbios/distúrbios patológicos graves, como é o caso do AVC, estão também em elevado risco de patologia aumentada devido à sobrecarga e ao stress impostos por aquelas doenças, especialmente quando se manifestam por limitações funcionais (Pearson & Koretz, 2001).

A intenção desta psicoeducação é dar noções de caminhos a serem percorridos em busca do sucesso do paciente e dos seus familiares. Efetivamente, esta atitude não é uma utopia para animar o processo de investigação, mas pretende transformar a subjectividade das famílias numa perspectiva de mudança biopsicossocial real, actuante no sentido da superação da exclusão sócio-afetiva interna e externa à família, despertando desejos desconhecidos da história da educação para a saúde.

O objetivo de uma atuação deste tipo é provocar mudanças afetivas e mudanças dos comportamentos, do paciente e da família, não esquecendo que, quando o ser paciente se encontrava numa fase produtiva, essas questões não se punham aos integrantes da família. A escuta sensível e atenta das expectativas do sofrimento psíquico da família, das limitações impostas nos sonhos e nos desejos, fundamentou ainda mais a nossa tese, ou seja, as formas vivenciadas provocaram uma nova postura perante questões antigas do relacionamento, que provocaram a abertura de antigas feridas. A psicoeducação entende que a prevenção ou a redução desses sintomas e perturbações relacionados com a experiência de prestar cuidados deve ser incluída nas intervenções preventivas prioritárias (Pearson & Koretz, 2001; Brito, 2002).

Contudo, nessa altura os participantes exprimiam o desejo de encerrá-las, e para alguns pacientes foi até um sinal de ressignificação de uma experiência inovadora em relação aos problemas por eles construídos. Com previsões importantes construídas no processo da psicoeducação, as questões levantadas foram significativas para prever outras possibilidades de dar continuidade e avançar nesta dinâmica familiar de forma organizada e eficiente, ainda que se deva contar com outras características e com a flexibilidade dos distúrbios provocados pelas emoções do agora estar paciente. Com estes novos achados, passámos a dar um tom diferenciado aos participantes, ao tamanho dos grupos e quem deveria realmente participar sem adicionar mais traumas.

A formatação passou a ser definida pelas necessidades individuais e com diferentes fontes de investigação para serem trabalhadas. Com esta redução, foi possível estabelecer relações explícitas e a percepção recíproca dos problemas da família e do paciente que permitiam uma orientação directiva para todos. A implantação desta investigação empírica proporcionou nas famílias e cuidadores um importante ponto de apoio para o desenvolvimento da ação adequada e necessária a todos. Permitiu ao profissional e ao cuidador acompanhar o seu trabalho e avaliá-lo, pois, quando necessário, alteravam-se os aspectos terapêuticos da relação cuidadores/pacientes.

Por outro lado, já desde há quase três décadas, ou seja, desde o início do processo de desinstitucionalização dos pacientes com patologias degenerativas, que diversos estudos internacionais têm demonstrado que o ambiente social e emocional dentro da família está claramente correlacionado com recaídas na patologia do transtorno pós-AVC, mas não necessariamente com a sua manifestação inicial, pelo que a mudança no clima emocional

dentro das famílias, em conjunto com a utilização de medicamentos diversos, pode ter um efeito adicional na prevenção de recaídas (Leff et al, 1995; Dixon et al, 1995, 2001; OMS, 2002; APA, 2004).

Mesmo alimentando diversas reflexões realizadas nos encontros, promoveram-se conhecimentos e técnicas que motivaram o paciente a reagir às "possíveis" limitações impostas pelo AVC, dado que alguns deles tinham o conhecimento dessa situação, mas não aceitavam mudanças nessa relação. A nossa preocupação com as famílias possibilitou uma reflexão que procurasse inovação nas capacidades, dando algum sentido ao trabalho prestado ao paciente e tendo como gratificação os melhores resultados.

5.4.2 A intervenção sócio-familiar complementar

O parágrafo anterior explorou as definições metodológicas que decorrem dos fenómenos e dos fatos da investigação psicoeducacional que se desenvolveu nas causas e nos efeitos e tem como ponto relevante a intervenção nas relações familiares. Estudos indicaram que o constructo emoções expressas, desenvolvido por Brown et al, (1972), referidos por Lehman (1995), Gingerich e Bellack (1995), Lima et al (1996), Reis et al (2000a), Pilling et al (2002), Smith e Velleman (2002) e McFarlane et al (2003), entre muitos outros, desempenhou um papel importante na evolução das intervenções profissionais dirigidas às famílias.

Com efeito, aqueles estudos verificaram que os pacientes que viviam com famílias caracterizadas por elevados níveis de emoções expressas mostravam-se mais propensos a recaídas, e assim os primeiros estudos de intervenções familiares dirigiam-se especificamente a essas famílias. Todavia, foi preciso incorporar, também, as principais preocupações do paciente vivenciadas na presença dos integrantes, que mostraram a insegurança e o medo do abandono pelos familiares e pelos cuidadores.

Com a incorporação das preocupações do paciente nas relações afetivo-emocionais temos um novo modelo de perceber a participação explícita do paciente que se considerava a causa dos distúrbios dessa relação traumática. Importa referir também que, desde o início do processo de investigação, alguns dos pacientes expressavam as suas mágoas em relação aos seus domínios, e quando o conseguiam, reduziram ao máximo os distúrbios emocionais do adoecer, reconheceram as suas limitações e passaram a respeitar mais as expressões concretas

da família, dentro de um processo inovador e que no momento se transformava numa história de vida passada, que se torna presente e que poderá ser modificada no futuro.

Neste processo não entendiam a família como vivida no concreto, com as suas diferenças internas, de geração e de género e em termos das distintas relações com as condições impostas, passando a reconhecer a sua participação real nessa problemática sócio-afetiva e também sócio-familiar. E, é pelo fato de ainda conter, de forma implícita, uma forma de sentimento de culpa da família em relação à instalação da patologia e ao seu processo evolutivo, que se considera atualmente que o constructo das emoções mostra-se pouco vantajoso nas intervenções que, afinal, se destinam a fazer com que a família se envolva numa aliança terapêutica com os profissionais de saúde e apoie ativamente o seu paciente no processo de tratamento e recuperação (Dixon & Lehman, 1995; Bustillo et al (2001); Pilling et al, 2002; Smith & Velleman, 2002).

Nesta nova perspectiva de estudo psicoeducacional com as famílias, a questão não está na aceitação ou rejeição dos pacientes, está, sim, nos fatores de natureza diversa que podem comprometer as mudanças agora estabelecidas e reconhecidas pelo paciente, cuidadores e familiares. Os fatores que provocaram essa instabilidade e mudança nas relações sócio-familiares foram os que resultaram da rejeição de algumas intervenções terapêuticas preventivas que não alcançaram o sucesso que o paciente desejava e não practicava. Com a inclusão de medidas de intervenção individual, dos cuidadores, dos pacientes e dos familiares, estamos perante uma nova reflexão do método clínico acessível à dinâmica da família por constituir um dos passos para o controle de uma possível homeostase.

5.4.3 As intervenções familiares e o apoio da interdisciplinaridade

Atualmente, as intervenções psicoeducativas dirigidas por profissionais a famílias de pessoas com distúrbios pós-AVC, incorporaram estes princípios na sua abordagem global com vista ao tratamento e recuperação do paciente, até porque um vasto corpo de investigação psicoeducativa tem demonstrado que, ao se ir ao encontro das necessidades das famílias, contribui-se também de forma evidente para melhorar a situação do paciente e o bem-estar da família como um todo (Dixon & Lehman, 1995; Pereira & Almeida, 1999; Dixon et al, 2001; McFarlane et al, 2003).

A orientação de um Professor Investigador com vasta experiência de trabalhos foi à contribuição que faltava para o desenvolvimento dinâmico da tese, requalificando a ação e produzindo uma melhoria na investigação dos efeitos sócio-familiares do impacto do AVC na vida familiar. Todavia, as possibilidades de investimento criadas com esta investigação de caráter interdisciplinar fizeram com que esta tese esteja de acordo com a proposta de uma orientação psicoeducativa e que não se apresente como um desafio, mas apenas uma relação de ajuda entre profissionais, pacientes, famílias e cuidadores.

5.4.4 As intervenções sócio-afetivas e familiares da proposta metodológica

O objetivo deste trabalho é como já se reafirmou estudar casos de repercussões afetivo-emocionais relativamente ao tratamento de base familiar, tendo em vista a recuperação e reinserção social do paciente com AVC. E numa perspectiva de desenvolvimento e evolução dos vários modelos de intervenções psicoedutivas para famílias de pacientes com distúrbios pós-AVC, encontrámos os estudos desenvolvidos por Julian Leff et al (1985) e Hogarty, Anderson et al (1986, 1991), ambos referidos por (Dixon & Lehman 1995), Gingerich e Bellack (1995) e McFarlane et al (2003), entre outros, na linha da investigação sobre a emoção e os afeto. Assim sendo, e expostos os momentos e as orientações executadas, os critérios utilizados visavam também à fundação de um programa junto das instituições de educação e da saúde biofísica e biopsíquica.

Porém, a efetivação do encaminhamento da investigação dos efeitos sócio-familiares dos AVCs dependia muito da troca destas informações com os serviços de orientações preventivas da educação e da saúde em Portugal e no Brasil. Todavia, não houve articulação com parceiros ou instituições nacionais e internacionais, pois essa ação exigia a apresentação geral de um programa com possibilidades de apoio em diversas vertentes do saber. O conhecimento de pessoas ligadas a esta investigação e às relações entre nós foi importante para o acompanhamento direto de algumas ações previstas e realizadas em parceria. Contudo, outras atividades previstas no projecto não foram realizadas por falta de informações no sistema geral dos serviços contactados. De acordo com a avaliação contínua, a proposta metodológica atendeu às necessidades do investigador e não da investigação que poderia ser mais alargada.

Além do consultório localizado em Aveiro, os outros locais de trabalho com as famílias envolveram os conhecimentos disponibilizados nos mapas e as orientações foram detalhadas conforme os critérios pré-estabelecidos. Os estudos e o modelo do impacto do AVC na vida familiar denominado de terapia aplicado nesse contexto, foi adaptado aos de Ian Falloon (Falloon et al, 1984, 1987, 1999),também referidos por Dixon e Lehman, 1995, Lima et al, 1996; Gingerich e Bellack, 1995, Bustillo et al, 2001; Pilling et al, 2002; e McFarlane et al, 2003, entre outros. As avaliações neuropsicológicas foram realizadas de acordo com a nossa especialização e com a nossa experiência profissional. As orientações para os cuidadores e familiares eram de caráter continuado e tinham por base a educação andragógica que previa a troca de experiências entre os participantes. O acompanhamento foi de acordo com as necessidades e capacidades dos cuidadores e dos familiares. Os conteúdos estiveram de acordo com a compreensão dos conceitos e fundamentos da psicoeducação e da realidade de cada família.

A realidade de cada família que frequentava os encontros psicoeducacionais foi, num primeiro momento, um impacto cultural para o paciente e para os cuidadores e as diferentes situações causadoras da doença foram trabalhadas de acordo com as orientações preventivas no domínio da recaída. Todos os recursos didáticos padronizados durante os encontros, quando necessário, eram antecipadamente facultados, ensaiados antes pelos cuidadores e familiares do paciente. Estudos de Coelho et. al. (2004) sobre a aplicação de um programa psicoeducactivo para famílias e também um estudo multicêntrico sobre a efetividade de uma intervenção psicoeducativa para as familias (Magliano et al, 2000, 2005), indicaram caminhos e novos objetivos de desenhos para essa tese. Desta forma, as conquistas e a segurança emergentes foram-se aliando ao estudo dos efeitos e através dos exercícios com os pacientes observaram-se as respostas do processo psicoeducactivo. Em síntese, a integração das famílias possibilitou o sucesso desta investigação que tinha por fim obter mais respostas para os seus pacientes e obter momentos de controle das emoções individuais e coletivas.

5.5 - Aspecto ético do trabalho sócio-familiar

O trabalho ético da educação para a saúde da família levou-nos a perceber e a refletir sobre a percepção que uma simples leitura de um exame neuropsicológico está, geralmente, isento de consequências para a existência do sujeito como um todo.

Em diversas circunstâncias, o exercício da educação para a saúde extrapola o âmbito propriamente sanitário para alcançar o da vida do paciente. O trabalho da psicoeducação, neste contexto, não pode mais ser visto como circunscrito à especialidade entendida como uma orientação terapêutica do que se convenciona chamar de "transtorno afetivo-emocional". Considerações de natureza ética ganham importância e a psicoeducação deixa de ser uma prática que diz respeito exclusivamente ao psicólogo clínico.

Assim, o nosso objetivo foi ascendente no investimento das equipes técnicas e na atualização da formação em reabilitação psicoeducacional dos profissionais de educação e da saúde biofísica e biopsíquica (Santos, 2000; CNSM, 2005). Por estar relacionada com a vida biopsicossocial do paciente e dos seus familiares, a sua autonomia, ações, intenções, possibilidades de escolha e projectos, a dimensão da investigação e a sua atividade psicológica são revestidas de amplitudes, significado e complexidade que a diferenciam dos demais estudos da educação para a saúde.

Está claro, no entanto, que atos e procedimentos de outras especialidades têm reflexo na esfera sócio-familiar dos pacientes e dos seus cuidadores externos. O papel reservado à psicoeducação como virtual fiadora da racionalidade do indivíduo, a precisa demarcação das fronteiras da saúde e da doença, e do seu campo de força, é um problema cada vez mais urgente, dado o grau de desenvolvimento do processo de civilização que estamos a viver neste século. Ao começar a ouvir o que o paciente e os seus familiares narram sobre a problemática da doença, as circunstâncias que o envolvem, a sua forma de sentir, pensar, agir, as razões, suas e dos seus, a forma como são interpretadas na história do seu passado sócio-familiar, e agora clínico, e como projecta o futuro, foram alguns dos obstáculos no trabalho com estas famílias.

Tendo em consideração que a grande maioria dos estudos e publicações sobre tais intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com diversas patologias degenerativas se encontra em língua inglesa, foram feitas pesquisas eletronicas através de vários motores de busca científica, nomeadamente MEDLINE, PROQUEST e EBSCO, tendo-se identificado inúmeros trabalhos de interesse nas bases de dados CINHAL, Nursing and Allied Health Collection Expanded, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness e Cochrane Controlled Trials Register, com datas a partir de 1985, utilizando as seguintes palavras-chave: family interventions, psychoeducation, family therapy,

psychotherapy, psychosocial interventions, psychosocial rehabilitation, cognitive therapy, mental health, family e randomised controlled Trial.

Portanto, após a pesquisa electrónica sobre as intenvenções e a narrativa da família, tinha que ser relatado e trabalhado, as atitudes e discursos, o nosso próprio fluxo interior de espontâneas e imparciais significações do que foi subjetivamente vivenciado, e, concomitantemente, organizar o que se ouvia nos encontros, em operações de cuidadosa síntese, as ideias, as imagens e os juízos que emergiram às consciências transformando-os em conceitos. E, claro, ter cuidado para que nestas famílias não se acrescentem as nossas intenções e os pré-conceitos do ouvir o que está bem com o adoecer. O exercício quotidiano da prática psicoeducativa silenciosamente coloca-nos perante as diversas problemáticas da fenomenologia da doença e do paciente.

As causas são de uma grande complexidade, tendo em conta a natureza multifatorial, de mecanismos quase insondáveis, paradigmáticos do modelo "mitos da família" (segredos de família), em que nos cabe apenas esboçar as estruturas predispostas e os acontecimentos desencadeados resultantes das interações desses fatores, sob a forma expressiva de causas e efeitos afetivo-emocionais. Contudo, dada a variabilidade constitutiva e expressiva de cada existência humana singular, as causas do impacto de um AVC na vida familiar estudadas podem ter um significado para a educação, e para o especialista esse significado pode ser diferente.

Porém, estes equívocos conceptuais do corpo teórico, acumulados na própria história da doença, fazem com que os mesmos significantes não reflitam o mesmo significado. E, ainda mais, quando estas manifestações são projetadas pelas emoções distribuídas, e às vezes materializadas pelo corpo, não são mensuráveis clínicamente. A psicoeducação não tem o estatuto de uma Ciência. É uma disciplina mais técnica do que teórica, de concepção aristotélica, que tem por objeto os fenómenos da psicopatologia da mente humana e, por objetivo, o alívio do sofrimento psíquico daí decorrente.

Para entender e compreender a nossa investigação foram estudados os casos encontrados na base de dados que se referiam a intervenções terapêuticas predominantemente dirigidas aos pacientes pós-AVC com distúrbios degenerativos e seus familiares. Foi o caso da revisão sistemática de Dodds et al (2000), e da revisão com meta-análise de Pekkala e Merinder (2005) que, embora fazendo ambas parte da Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), estando por isso elaboradas tendo em conta os seus exigentes padrões de

rigor, fazem referência a alguma participação das famílias no conjunto das intervenções, mas que aparentemente acontecia de forma pouco estruturada.

Daí que os fenómenos da psicopatologia, vistos pela psicoeducação, sejam atravessados verticalmente e longitudinalmente, tanto nas suas causas como na expressão, por campos epistemológicos diversos, como os neuroanatómicos, neuroquímicos, neurofisiológicos, genéticos, históricos ambientais e vivenciais, psicodinâmicos, o campo das relações sociais intra ou intergrupais, o campo cultural em cortes transversais ou trans-históricos longitudinais, o ambiente em dimensão biofísica e bioquímica, o campo longitudinal da evolução da mente humana.

Assim, na sua dimensão espécie-específica (segundo o paradigma do darwinismo), e até mesmo o desenvolvimento do indivíduo humano no próprio ciclo vital da família, seja enquanto projetado na sua personalidade-tipo, ou na sua estrita singularidade. Colocando-se dessa forma, a psicoeducação serve-se de diversas disciplinas científicas, no sentido exato; isto obriga-nos a enfrentar campos complexos e para os quais, às vezes, não encontramos definições.

Mas, nestes esboços, a identificação de algumas razões e de alguns destinos psíquicos emocionais e suas dimensões ou etapas, permite-nos explicar a captação da sua presença, a sua nomeação, o seu delineamento distintivo entre si quando é múltipla, a contribuição da morbidez.

De acordo com o critério fenomenológico da incompreensibilidade, de Jaspers, ou o da perda de liberdade de Henry Ey, ou o inspirado no critério de Canguilhem, tributário de Cannon, da perda da capacidade homeostática do psiquismo em reequilibrar-se, ou ainda o critério pragmatista do comprometimento funcional da vida sócio-afetiva, da família, ou ocupacional descrito no CID e no DSM. Após todo esse percurso, a sua agregação foi feita em unidades nosológicas sindrómicas ou dimensionais, também passíveis de nomeação, ou em blocos nosológicos das categorias, a serem nomeados também de distúrbios ou doenças.

Foi uma tarefa artificial e problematizante, tendo em conta as constantes e ineficazes revisões dos instrumentos e sistemas complementares de diagnósticos, o grande número de co-morbidade ou espectro diagnóstico, multiabrangente e superinclusivo como o caso de derrame, enfarte e AVC. Todavia, estes modelos podem não ser consensuais no que toca à realidade, e perante exiguidade de modelos, por vezes muito heterogéneos em si mesmos, é preciso, pois, pensar que eles, de fato, são apenas nomes e não a coisa que nomeiam.

Neste ponto, é de salientar também o estudo de Magliano et al (2005), que tinha como objetivos explorar as possibilidades de se proporcionar intervenções psicoeducativas para famílias em instituições de saúde comuns, através de profissionais com formação estruturada e a necessária supervisão. Conseqüentemente, identificar as dificuldades e as vantagens experienciadas pelos profissionais na prática das intervenções; não só analisando o impacto das intervenções na situação clínica e no funcionamento social dos pacientes, bem como na sobrecarga, nas estratégias de *coping* e na rede social de apoio dos familiares.

A decisão tomada pela psicoeducação é a de explicar, para a saúde, os campos limítrofes e fortemente gravitacionais, entre as forças dinâmicas e alternantes, resultantes de variáveis de extremos diferentes, ou categorias de sofrimento psíquico de contorno mais nítido consagrados deste modo na língua inglesa, que são:

1. *Disease* ("doença", como unidade nosológica estrita e estável, com etiopatogénese definida e invariável) ou *Disorder* ("Transtorno" como expressão de algo ou de fatores diversos que atingem o indivíduo), sendo implicadas, em ambas as designações, a natureza anatómica e/ou fisiológica de um momento psicopatológico;
2. *Illness* (com o sentido de padecimento ou indisposição) aqui implicado o sentimento subjectivo (vivências) da pessoa atingida pelo AVC/derrame.
3. *Sickness* (no sentido de comprometimento), referindo-se à forma deficesária com que o sintoma se repercute na pessoa atingida e na relação sócio-familiar, sócio-afetiva e emocional.

De acordo com estes fundamentos, verificamos que para a validade destas distinções, bastava dizer que muitas vezes incorremos no erro da atenção exclusiva voltada para a "doença" ou para o "transtorno", deixando de contemplar o que mais interessa. Assim, as recomendações atuais apontam no sentido de que a formação para profissionais da área da saúde biopsíquica que trabalham com patologias graves e crônicas seja organizada, cada vez mais, em linhas multidisciplinares e em conjunto (Gournay, 2000).

É de referir também que não seria correto considerar apenas o sofrimento do paciente ou o dos seus familiares, pois se não se apontasse a abolição, ou a neutralização do curso correspondente da enfermidade ou do transtorno dessa moléstia, estaríamos a condená-lo a manter a melhora mórbida intermitente, ou contínua, o que provoca muitas vezes a decadência progressiva e permanente das funções psíquicas do paciente e dos seus familiares, em cada recorrência ou recaída.

Estes conceitos devem ainda ser somados às dimensões semânticas *(disease/illness/sickness*), de cada paciente e dos seus familiares, para apreender a figura aproximada nem sempre estável, pois o que o paciente vê, a família pode não ver melhor e disso derivar o que emerge como tratamento ou conduta, especializado em cada caso.

O que estamos a relatar quanto à imprecisão epistemológica da psicoeducação gera diversidade e eventuais contradições dos modelos interpretativos dos conjuntos sintomatológicos (síndromes, ou dimensões), ao que se segue, por vezes, uma heterogeneidade não conciliável nas respostas de tratamento ou intervenções. Para este estudo de caso, deve-se pensar na condução zelosa e nos limites das fronteiras da psicoeducação com outras disciplinas (Neuropsicologia, Psiquiatria, Cardiologia e/outras), cujo domínio nos deve manter alerta, evitando invadir os espaços da família, o que nem sempre é fácil.

5.5.1 - Causas e consequências psicossociais de doenças na vida familiar

Este assunto baseia-se numa fundamentação teórica em que se procura verificar a existência de alguma relação entre uma doença crônica, tipo AVC, e o ambiente sócio-familiar que envolve o indivíduo que sofre dessas doenças. A existir essa relação, a dinâmica familiar poderá ser um dos fatores de solução para o tratamento dessas enfermidades que atacam os adultos, e principalmente, os idosos. Os objetivos, aqui estudados, fazem uma análise do que é conhecido sobre o AVC e a sua inclusão preventiva na qualidade de vida, os seus efeitos construtivos e destrutivos na dinâmica da família, e despertar a curiosidade sobre os cuidados recentes das desordens que também afetam a mente. A revisão teórica foi complementada com um esboço de caso, através da observação dos cuidados e da sua aplicabilidade prática, adequada às principais origens e consequências na dinâmica familiar em instituições geriátricas de referência de todo o continente.

Nesta observação, foram detectadas algumas influências consideradas positivas, da dinâmica da família na qualidade de vida e no comportamento dos indivíduos atingidos pelo AVC e suas consequências individuais e coletivas (sócio-familiares). Pretende-se que a proposta deste esboço origine uma reflexão das ciências multidisciplinares e interdisciplinares e que a dinâmica dos cuidadores e das famílias sejam estimuladas pelas novas investigações e, ainda, o mesmo sirva de base introdutória para os investigadores e profissionais que operam na área das doenças degenerativas.

Carvalho (2003) afirma que esta família está impregnada de idealizações no imaginário colectivo com diversas expectativas em relação às novas aprendizagens e quanto à qualidade de vida. Portanto, Sarti (2003) atribui esta idealização de um modelo de família ao acontecimento de que as experiências vividas e simbolizadas na família são instituídas pelos fatores sociológicos, psicológicos, históricos e circunstanciais. Neste estudo de doença biofísica, particularmente enfermidade crônica, o foco da preocupação é o sistema criado pela interação de uma doença com um indivíduo, uma família ou algum outro sistema biofísico ou biopsíquico. No entanto, do ponto de vista da família, a teoria sistémica familiar deve incluir o sistema da doença e do paciente num contexto mais amplo.

Efetivamente, para colocar o desdobramento de uma doença do tipo AVC num contexto dinâmico multifuncional é decisivo para a psicoeducação compreender e misturar os três fios evolutivos que são nomeados de: a doença e os ciclos de vida do indivíduo, e a relação sócio-familiar. Nessa perspectiva, Neder (2002) refere que não existe uma fundamentação, nem histórica nem antropológica, para pensar num padrão de família. A psicoeducação pensa de uma maneira interativa ou sistémica sobre a integração deste conjunto problemático, precisa de uma linguagem e de conceitos comuns que possam ser aplicados a cada um e que também permitam a interação nesta tríade. Conseqüentemente, é necessário descrever uma estrutura conceptual dirigida a essa necessidade e são precisos dois grandes passos preliminares para estabelecer os principais fundamentos deste modelo.

Sendo asssim precisamos de uma linguagem que permita que o acidente vascular cerebral (AVC) seja caracterizado em termos psicossociais e longitudinais; toda a doença tem uma "personalidade" particular e, também, um curso de desenvolvimento na vida. Isto é semelhante às linguagens descritivas que retratam os tipos de personalidade e o seu desenvolvimento, tanto a nível individual como a nível familiar. No entanto, a segunda alternativa trata dos modelos teóricos do ciclo vital da família, tanto individual como familiar, precisando ser articulado e vinculado, seleccionando-se de cada um destes elementos os seus conceitos-chave. A educação psicológica norteia que é necessário um esquema para conceptualizar as doenças consideradas crônicas que seja relevante para as interações dos continentes psicossociais e biofísicos e proporcione uma metalinguagem comum que transforme e/ou reclassifique a linguagem biofísica usual. De acordo com Rebelo (1996) e Paúl et al. (2001) as doenças crônicas constituem na atualidade um dos maiores problemas

que a medicina e as ciências da saúde enfrentam, dado o peso que representam nos sistemas de saúde e de segurança social.

O avanço nesta área do saber tem sido ignorado e a atenção às áreas da diversidade e semelhanças inerentes às diferentes doenças degenerativas. Por outro lado, tem havido certo encobrimento das diferenças qualitativas e quantitativas na maneira pela qual as diversas enfermidades se manifestam através dos seus distúrbios e seus transtornos no mesmo indivíduo, num mesmo ciclo de vida da família.

Efetivamente, estas doenças crônicas precisam ser caracterizadas e conceptualizadas de maneira organizada pelas semelhanças e diferenças no percurso da doença, de tal modo que o tipo e o grau de investigação que custam à pesquisa psicoeducacional, psicossocial e à prática clínica sejam esclarecidas de uma maneira mais benéfica. Machado (2003) refere que as doenças crônicas são o principal motivo de incapacidade e de mortalidade nos países desenvolvidos e a despesa com as mesmas corresponde a uma percentagem elevada do PIB. Neste assunto analisamos algumas das tipologias psicossociais dos AVCs do tipo crónico ou do tipo que provoca apenas um impacto na vida dos pacientes e dos seus familiares. Assim sendo, os problemas da variabilidade e fases temporais da doença são tratados em duas dimensões separadamente. Nesta primeira fase, as doenças crônicas são agrupadas de acordo com a sua semelhança e diferenças biofísicas essenciais que poderão impor procuras biopsicossociais relevantes diferentes para cada indivíduo paciente.

O sucesso da medicina curativa associada à mudança dos modos de vida evita que as pessoas morram tão cedo, aumentando a sua longevidad, mas tem como consequência o aumento das doenças crônicas, de tal modo que a segunda metade do século XX viu as doenças crônicas assumirem o lugar principal no sistema de saúde (Ribeiro, 1998). No entanto, são identificadas as principais fases temporais na evolução natural da cronicidade de um AVC ou outras doenças degenerativas associadas a tais doenças cerebrovasculares. Esperamos que, durante este período, possamos equiper-nos com uma abordagem psicoeducativa e psicossocial para descrever as doenças crônicas associadas aos AVCs. Assim, quando integrarmos os conceitos-chave da teoria do desenvolvimento familiar e do indivíduo, deverá ser descrita, também, a interface da doença degenerativa e crônica com o ciclo vital individual e familiar. Estas, segundo Blanchard (1982), são doenças que devem ser administradas, pois estabelecem uma acomodação constante por parte do doente e dos seus familiares.

5.6 - Classificações de doença crónica associada aos efeitos dos AVCs

Sem dúvida nenhuma, uma classificação de doença crônica fundamentada em critérios puramente biofísicos agrupa as doenças de maneira a atender às necessidades das ciências médicas. No entanto, a psicoeducação indica que essa nosologia vai-se ajustando e associando ao mundo da anatomia, fisiologia, bioquímica, microbiologia, diagnóstico biofísico e biopsíquico, farmacológico, cirúrgico e outros. Portanto, vislumbrando uma orientação do ponto de vista médico tradicional, o diagnóstico de uma doença específica é uma preocupação primária, porque ele determina o plano de tratamento subsequente e, às vezes, o prognóstico do adoecer.

Shuman (1996) norteia que o aparecimento de uma doença crônica é uma situação não-normativa que poderá constituir um forte agente gerador de stress. No entanto, um esquema de classificação diferenciado poderá proporcionar alguns vínculos semelhantes entre o mundo biofísico e o mundo biopsíquico, e assim esclarecer a associação entre a doença crônica e o ciclo vital da família. De acordo com Ferreira (1990), as principais causas de morte no país são as doenças cardíacas, as oncológicas e os acidentes. O entendimento da evolução da doença fica dificultado, porque a equipe médica muitas vezes envolve-se no cuidado do indivíduo ou da família que está a lidar com doenças em momentos diferentes do ciclo de vida da doença; a equipe médica e paramédica raramente segue a interação do processo de doença na família e nem tão pouco procura identificar os principais distúrbios ou transtornos por ela provocados no seio da família a partir do impacto.

A psicoeducação entende que qualquer classificação dada a uma doença é por natureza arbitrária e o seu objetivo é o de facilitar a criação de categorias para uma ampla série de doenças que provocam a cronicidade. Para, além disso, esta classificação não só se destina a facilitar o tratamento médico ou proporcionar um diagnóstico, mas, pelo contrário, pretende às vezes examinar o relacionamento entre a dinâmica familiar ou individual e a associação desta doença com outros espectros da degeneração. A educação psicológica entende que esta classificação conceptualiza grandes distinções de início, curso, consequências e grau de incapacidade provocada pela doença. Contudo, entendemos que essas classificações são consideradas as mais relevantes na interface da doença e do indivíduo e/ou da família, para uma ampla diversidade de doenças degenerativas associativas.

No entanto, todas essas doenças serão descritas de maneira categorizada pela seleção de pontos-chave fixos ao longo do desenvolvimento do adoecer contínuo. O estudo deste funcionamento, dinâmica e estrutura familiar começam a ser encarados como fatores centrais e que provavelmente contribuem para o desenvolvimento da doença degenerativa (Whinney, 1994).Um dos mais poderosos causadores de conseqüência culturais sobre a saúde e a doença é a própria experiência do profissional e do paciente (Quartilho, 2001).

É na experiência quotidiana que as normas, os valores externos e as emoções interagem de tal modo que o indivíduo sente profundamente aquilo que é realmente fundamental para ele e as pessoas que estão próximas de si. Portanto, quando falamos da doença com a sua distinção inicial, podemos dividi-las entre aquelas que têm um início súbito considerado agudo ou grave, e com início gradual como o AVCs que são exemplos de doenças com apresentação de impacto. Se procurarmos exemplificar doenças com início gradual indicará a artrite, a enfisema e a doença de Parkinson. As doenças com início gradual apresentam uma forma de *stressor* individual ou familiar diferente daquele que ocorre numa crise de impacto. Para Devins et al. (1993), a doença crônica pode quebrar com os modos de vida do indivíduo ao interferir com o seu envolvimento em atividades valorizadas e interesses.

Contudo, a quantidade total de reajustamento na estrutura, nos papéis, na solução de problemas e no lidar sócio-afetivo da família passam a ser o mesmo para alguns tipos de doença; no caso de enfermidade com início agudo como o derrame, essas mudanças afetivo-emocionais e instrumentais ficam comprometidas num tempo geralmente muito curto. Portanto, tudo isto exige da família uma mobilização mais rápida da capacidade de gerir ou administrar o impacto da crise, e algumas famílias estão mais bem educadas para lidar com as novas mudanças biopsiquicossociais. As famílias que são capazes de tolerar as mudanças afetivo-emocionais altamente carregadas trocam de papéis claramente definidos com muita facilidade, procuram resolver problemas com eficiência e eficácia e utilizam recursos externos para terem vantagens ao lidar com doenças com início agudo e também grave.

A doença crônica implica uma série de transformações, que podem pôr em risco o bem-estar psicossocial e contribuem para o aumento da sintomatologia psicológica através da redução de acessibilidade a experiências positivas da vida, bem como comprometer sentimentos de auto-controlo, nem que seja por um curto período de tempo (Walsh et al. (1988); Devins et al. (1993).

A psicoeducação norteia que o índice de mudança familiar necessário para lidar com as doenças de aparecimento gradual, tais como a artrite reumatoide e/ou doença de Parkinson, permite um longo período de ajustamento e quando as doenças têm um início agudo, passa a existir uma tensão relativamente maior, na medida em que a família divide a sua energia entre proteger-se contra outros danos, desintegração interna, perda através da morte súbita e os esforços progressivos para aumentar o domínio, reestruturando-se ou resolvendo os novos problemas semeados pela conduta da doença no paciente e nos seus familiares, o que faz uma grande diferença.

Para Devins et al. (1993), estas representações estão associadas à qualidade de vida, incluindo a satisfação de vida, estados de humor positivos e negativos, auto-estima, sintomas depressivos, conflitos conjugais, ajustamentos, distúrbios do humor, pessimismo, afastamento/isolamento social e redução de convívios de lazer. Mas as doenças crônicas podem variar na magnitude de intrusão de doença e nos domínios da vida em que causam impacto. A importância dos fatores sociais, interpessoais, culturais e familiares acima dos constrangimentos biológico-orgânicos devem ser evidenciados neste contexto (Machado, 2003). No entanto, a educação para a saúde mostra que o curso de uma doença crônica assume essencialmente três formas gerais: progressiva, constante, reincidente e episódica, evidenciando também que uma doença progressiva é, por definição, uma doença continuamente ou geralmente sintomática e progride no sentido da degeneração (por exemplo, cancro, doença de Alzheimer, diabetes, artrite reumatoide e enfisema).

Portanto, o efeito do impacto da doença num membro produtivo da família com perspectiva sintomática de aumento da incapacidade de modo gradual ou progressivo implica uma contínua adaptação e mudança de papéis, um controle da tensão crescente nas pessoas que prestam os principais cuidados e que é provocada tanto pelo risco de exaustão quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas emergentes durante os cuidados ao paciente e também aos seus familiares. Na ausência de conhecimentos das "leis sociais e sociofamiliares" realmente eficazes em caso de doença, o indivíduo que não tem outra solução, volta-se para os parentes mais próximos, constituindo grupos domésticos alargados no seio dos quais funciona uma entreajuda recíproca (Segalen, 1999). Sem dúvida, tudo está em jogo, desde a flexibilidade familiar, desde já em termos da reorganização interna de papéis e da disposição para utilizar os recursos externos na procura do bem-estar sócio-familiar; mas uma doença de

curso constante é aquela em que, tipicamente, ocorre um acontecimento inicial, e, logo após, o curso biofísico estabiliza-se.

No entanto, depois do período inicial de recuperação, a fase crônica é caracterizada por algum défice claro ou uma limitação residual funcional; podem também ser observadas recaídas ou recorrências, mas o paciente e/ou a família defrontam-se com as mudanças constantes que passam a ser estáveis e predizíveis durante um considerável período de tempo. Todavia, existe o potencial de esgotamento familiar, sem a tensão de nova procura de papel ao longo do tempo de envolvência com a doença e com o paciente. A família, segundo Leandro (1998), é uma instituição universal e ancestral, e tem mostrado ao longo dos tempos uma dupla capacidade: de resistência e de adaptação às novas vivências e convivências.

A psicoeducação mostra também que algumas enfermidades são caracterizadas pela sua reincidência casual como os males que se caracterizam pelo curso e pela sua alternância de períodos estáveis de duração variáveis, diferenciados por baixo nível ou ausência de sintomas, com períodos de exacerbação. Muitas das ocasiões, a família mantém uma rotina "normal", mas, no entanto, o fantasma da recorrência paira sobre as suas cabeças. Portanto, estão incluídas nestes tipos de males as colites, asma, enxaquecas, as esclerose múltipla e o cancro em remissão. Segalen (1999) refere que a família é o lugar que proporciona o apoio efetivo dos seus membros. Embora o fenómeno familiar seja universal, assumem configurações muito diversas para aquelas localizadas nas sociedades.

No entanto, a educação psicológica sugere para os cuidadores que as doenças reincidentes exigem tipos diferentes de adaptação e envolvência no conceito de adoecer na família. Portanto, em comparação com as doenças progressivas ou de curso constante, elas requerem menos cuidados contínuos ou redistribuição de papéis; no entanto, a natureza episódica do adoecer requer uma flexibilidade que permita aos envolvidos o movimento de um lado para outro entre as diversas formas de organização da família. De acordo com Leandro (1998), a família é entendida como uma instituição fundamental das sociedades e tem mostrado ao longo dos tempos uma dupla capacidade de resistência e adaptação a esses tipos de acontecimentos. No entanto, em todos os sentidos, a família deve estar preparada para restabelecer a estrutura da crise e dinâmicas diferentes para lutar contra os desconfortos e a irritação provocados pela doença e pelo paciente na família. Assim sendo, procurar controlar a tensão sobre o sistema familiar que é causado tanto pela frequência das mudanças entre crise e não-crise, quanto pela contínua incerteza de quando ocorrerá a próxima crise.

No entanto, a grande diversidade psicoeducacional entre os períodos de normalidade versus doença é um aspecto particularmente tirânico, característico das doenças crônicas reincidentes e que podem estar associadas ao grupo de risco de um possíve de um AVC ou de outras doenças que provocam a degeneração.

5.7 - Causas e consequências biofísicas e biopsíquicas de doenças crônicas

A psicoeducação indica que a doença crônica pode provocar diversos distúrbios na relação familiar e que o seu impacto biopsiquicossocial é um dos aspectos críticos caracterizados pelo fator crucial que é a expectativa inicial quanto à possibilidade de uma doença provocar a morte do paciente e outras "mortes" afetivo-emocionais na relação com os demais familiares e que não estavam planeadas. Conforme Viegas et al. (1998) e Torres (1999), desde os anos 70 que se operem profundas transformações na família portuguesa, que irão ter repercussões na saúde e na doença, bem como na prestação de cuidados de saúde aos seus elementos.

Deste modo, utilizando os extremos da doença e do paciente, as enfermidades que não costumam afetar a permanência da vida, assim como a hérnia de disco lombosacra, cegueira, artrite, dano de medula espinal e os distúrbios epilépticos e que, na outra extremidade, encontramos as enfermidades claramente progressivas e normalmente fatais, como é o caso do cancro e das suas metástases. No entanto, a psicoeducação indica que existem outras categorias intermediárias, mas imprevisíveis que incluem as enfermidades que encurtam a vida, tais como a fibrose cística, a diabete juvenil e a doença cerebrovascular, quanto as que têm a possibilidade de morte súbita, tais como a hemofilia ou recorrências de AVC.

A educação para a saúde norteia que, no caso das doenças que ameaçam a vida, o paciente teme que a vida termine antes de realizar o seu plano de vida e teme ficar sozinho no momento dos sintomas que levam à morte, mas, também os seus familiares temem ser sobreviventes sozinhos no futuro, ou seja, alguns destes sobreviventes relatam o temor do abandono pelos membros da própria família. Estudos indicaram que a família encerra duas dimensões distintas, mas que convivem lado a lado: por um lado a intimidade e afectividade, espaço de autenticidade, solidariedade e privacidade; por outro lado a opressão, a obrigação, a violência e o egoísmo (Saraceno, 1997).

Tudo isto traz para as partes envolvidas uma fase ou tendência à tristeza e à separação antecipatória que permeia todas as fases da adaptação à doença. Todavia, as famílias muitas vezes permanecem divididas entre o desejo de intimidade e um impulso para afastar-se afetivamente do membro que se encontra paciente e a futura expectativa de perda pode trazer dificuldade na dinâmica da família e também na manutenção de uma expectativa de família equilibrada. Uma literal torrente de afeto poderia potencialmente distrair a família da miríade de tarefas práticas e solução do problema que mantém a integridade familiar (Weiss, 1983).

No entanto, a tendência para ver o membro paciente como praticamente aos pés da morte pode acionar respostas desadaptativas que privam o paciente de responsabilidade relevante e, por isso, o resultado final poderá ser o isolamento estrutural e biopsíquico daquelas pessoas em relação à envolvência familiar. Contudo, alguns autores indicam que este tipo de alienação psicológica foi associada a consequências médicas inadequadas na doença que ameaça a vida (Davies et al., 1973; Derogatis et al., 1979; Schmale & Iker, 1971; Simonton et al., 1980). Portanto, no caso das doenças que podem encurtar a vida ou provocar uma morte súbita, a perda é uma consequência menos iminente ou certa do que nos casos de males claramente fatais. Em virtude disto, as questões de mortalidade predominam menos na vida quotidiana de qualquer família e é por essa razão que este tipo de doença cerebrovascular proporciona um solo fértil para interpretações familiares idiossincráticas.

5.8. Causa e consequência da (In) capacidade biofísica e biopsíquica da doença

A psicoeducação mostra que a (in) capacitação biofísica ou biopsíquica pode resultar no prejuízo da cognição, sensação, movimento, produção de energia e desfiguramento, entre outras causas médicas, e em cicatrizes biopsiquicossociais; as doenças cerebrovasculares e pulmonares diminuem a capacidade biofísica de produzir energia pura e isso pode diminuir a capacidade de realizar esforços motores, sensoriais ou cognitivos. A educação para a saúde realiza um paralelo entre as doenças como a lepra, neurofibromatose ou queimaduras severas que são cosmeticamente incapacitantes, pelo que o estigma sociológico e sócio-familiar poderá suficientemente diminuir a capacidade do paciente de interagir socialmente de modo normal.

Assim, a ocorrência destas doenças cria novas possibilidades de superprotecção por parte da família (Baker et al., 1975; Hamburg et al., 1980; Minuchin et al., 1978). No entanto, os diferentes tipos de incapacitação poderão implicar diferenças nos ajustamentos específicos necessários em qualquer família e temos, por exemplo, os défices cognitivos e motores de um paciente pós-AVCs combinados com um derrame, que exigem uma redistribuição de papéis familiar muito maior do que no caso de um paciente que sofreu apenas danos de medula espinal, mas retém as suas faculdades cognitivas. Portanto, as doenças crônicas, como a hipertensão, úlcera péptica, diversos distúrbios endócrinos ou enxaquecas provocam uma incapacitação considerada moderada, uma incapacitação apenas intermitente, ou seja, cheia de intervalos e sem nenhuma incapacitação.

No caso do AVC, derrame ou dano de medula espinal, com o fator efetivo, a incapacidade frequentemente é maior no início e passa a exercer a sua maior influência durante este processo. A incapacidade no início dessas doenças é um curso esperado e tem consequências nas doenças progressivas, como a esclerose múltipla, artrite reumatóide ou nas demências, pois a incapacidade soma os problemas crescentes em fases diversas da doença. Tudo isto deverá dar à família mais tempo para se preparar para uma mudança antecipada e não planeada, proporcionando ao paciente uma oportunidade de participar no planeamento familiar relativo à doença que se vai instalar nos membros da família.

Estudos de Leandro (2001) têm revelado que a influência deste contexto biopsicossocial onde as pessoas estão inseridas e o suporte social de que dispõem exercem um papel fundamental sobre o estado de saúde dos seus membros e na sua ausência potenciam estados de morbilidade (Herzlich, 1996). A psicoeducação entende que o efeito da incapacidade num determinado paciente ou família depende da interação, do tipo de incapacitação com as exigências de papel pré-enfermidade do paciente, e da estrutura, flexibilidade e recursos socioeconómicos e sócio-afetivos dos membros da família. A presença de qualquer limitação significativa constitui a principal linha divisória importante para uma primeira tentativa de construir uma tipologia biopsicossocial da doença e do paciente na relação familiar (Viney & Westbook, 1981). Este estudo indica os contrários em que a previsibilidade deveria ser vista como um tipo de metacaracterística que reveste e dá cor a outros atributos definidos como início, curso, consequências e incapacidade.

Em relação a isto, existem várias facetas distintas na previsibilidade de uma doença crônica que podem ser mais ou menos incertas em relação à sua natureza real (natureza da doença) de início, do curso, das consequências ou da presença de alguma incapacidade, podendo ainda variar quanto ao grau de velocidade em que as mudanças podem ocorrer interna ou externamente no paciente e na família.

Por conseguinte, a educação para a saúde aponta para o fato de que vários outros atributos importantes que diferenciam as doenças foram excluídos desta classificação por parecerem de menor relevância apenas para um subgrupo de distúrbios e que, quando são adequados, devem ser considerados numa avaliação cuidadosa, sistêmica, psicoeducatva e orientadora. A complexidade, frequência e eficácia de um processo de tratamento, a quantidade de cuidados no lar e no hospital exigido pela doença do paciente e a frequência e intensidade dos sintomas que vêm variando amplamente de acordo com as doenças, têm relevância nas implicações biofísicas e biopsíquicas da adaptação do paciente e da relação sócio-familiar.

5.9 - Consequência das fases temporais da doença

Ao criarmos um esquema psicossocial de doenças degenerativo-crônicas, as fases temporais do desenvolvimento destas doenças devem ser consideradas como uma segunda dimensão. A problematização das consequências de uma família enfrentar e lidar com a incapacidade ou enfrentar uma doença que ameaça a vida é realmente muito grave. Na verdade, essas ideias podem criar uma espécie de visão de passagem que impede uma atenção suficiente às fases das doenças degenerativas e das doenças crônicas.

Cada fase tem as suas próprias tarefas biopsíquicas e biofísicas que requerem forças, atitudes ou mudanças sócio-familiares significativas e diferentes; a psicoeducação designa-as como: (1) crise, (2) crônica/ degenerativa e (3) terminal.

Sem dúvida, a fase de crise inclui qualquer período sintomático antes do diagnóstico concreto, quando o paciente ou os seus familiares sentem que alguma coisa está fora dos padrões da normalidade, mas a excata natureza e alcance da problemática não estão bem esclarecidos. De fato, neste percurso, a crise inclui o período inicial de reajustamento e adaptação, depois de a problemática ser esclarecida através de um diagnóstico e de um planeamento inicial de cuidados terapêuticos.

Conseqüentemente, durante este período há várias áreas-chave para o membro paciente e para a sua família. Moos (1984) descreve certas tarefas práticas universais relativas à enfermidade que incluem:

1) Aprender a lidar com a dor, incapacitação ou outros sintomas relacionados com a doença.

2) Aprender a lidar com o ambiente do hospital e com os procedimentos terapêuticos relativos à doença.

3) Estabelecer e manter bons relacionamentos com a equipe que presta cuidados.

Existem tarefas críticas de natureza mais geral, às vezes existencial; a família precisa criar um significado para o acontecimento da doença do paciente que maximize a preservação de um sentimento de domínio e de competência; entristecer-se pela perda da identidade familiar pré-enfermidade; procurar uma posição de homeostase da mudança permanente, mantendo um sentimento de continuidade entre o seu passado e o seu futuro. Unir-se para conseguir a reorganização da crise em curto prazo e, perante a incerteza, desenvolver a flexibilidade no sistema, tendo em vista objetivos futuros da doença, do paciente e dos membros da família. A fase crônica, que poderá ser longa ou curta, é essencialmente o melhor período de tempo entre o diagnóstico inicial e o período de ajustamento, e na terceira fase, quando predominam as questões de morte e de doença terminal é que poderá estar presente a constância, progressão ou mudança de fases episódicas. Pelo contrário, é mais um constructo biopsíquico que foi chamado de longa aprovação ou fase de convivência com as diferenças do adoecer com a doença crônica e/ou degenerativa no seio da família.

Deste modo, o paciente e a família muitas vezes chegam a um acordo em termos biopsíquicos e/ou organizacionais, conforme as mudanças permanentes apresentadas por uma doença crônica ou degenerativa e procuram desenvolver um adequado modelo operacional sócio-familiar. Este tipo de acordo ou diagnóstico precoce é fundamental no retardamento do aparecimento de complicações (Nitrini, 2000; Marciel et al.., 2006). A psicoeducação alega que a fase crônica pode durar décadas como uma doença estável, não-letal e, por outro lado, adverte que na fase crônica poderá não existir o distúrbio de início agudo, mas rapidamente passará a progressiva letal em que a fase de crise e a fase terminal passarão ou não a estar em contato.

Assim sendo, a capacidade de a família manter uma aparência de normalidade na presença da anormalidade de uma doença ou enfermidade crônico-degenerativa e de natureza aumentada constitui uma área-chave neste processo do adoecer na família. Estas alterações comportamentais costumam acompanhar e evoluir de acordo com a doença (Manfrim & Schmidt, 2006; Sayeg *et al.*, 1993). A psicoeducação indica que, se a doença é fatal, este é um período de viver no limbo e que, no caso de algumas doenças debilitantes, mas não claramente letais tais como um derrame compato ou demências, a família pode ficar sobrecarregada com stress ou mesmo exaustão de problemas, não vislumbrando um final confortável; nesse caso, é extremamente salutar que alguns membros da família retomem o seu ciclo de vida normal; será somente compreendido após a morte deste paciente que está a adoecer toda a família.

No entanto, esta problemática chama a atenção para outra tarefa crucial desta fase que é a autonomia e a sua máxima manutenção para todos os membros da família perante o impulso para a reciprocidade da dependência e dos cuidados. Na verdade, esta é a fase da aceitação do período terminal, o estágio pré-terminal da doença em que a inevitabilidade da morte se torna aparente e domina a vida da família. Geralmente neste período inclui-se o luto e a resolução de perda, a predominância das questões envolventes da separação, morte, tristeza, resolução do luto e retorno a uma vida familiar normalizada depois da perda. A educação para saúde norteia ainda que, além do seu próprio significado, as três fases iluminam pontos críticos de transição, ligando cada período do ciclo de vida às descrições adequadas na literatura sobre o desenvolvimento adulto e o ciclo de vida familiar. Autores, como Levinson (1978, 1989) e McGoldrick (1980), esclarecem a importância destes períodos de transição ou de mudança nas famílias que sofrem o impacto de uma moléstia.

Este é um momento de reavaliação da adequação da estrutura de vida familiar anterior à doença, face às novas exigências associadas à enfermidade crônica ou degenerativa; a questão não-conclusiva da fase anterior pode complicar ou bloquear o movimento através das mudanças e as famílias pode permanecer indefinidamente congelado numa estrutura adaptativa que perdura além da sua utilidade. Realmente, a benéfica união do momento de crise pode torna-se numa prisão desadaptativa e sufocante para todos os membros de uma família na fase crônica e/ou degenerativa. Assim, as famílias emaranhadas, em virtude da sua natureza rígida e fundidas, têm dificuldade em negociar esta delicada mudança e, mesmo com toda a habilidade nos aspectos práticos do quotidiano de uma doença estável prolongada, mas

limitada no manuseamento sócio-afetivo, pode-se encontrar dificuldades quando a doença se torna letal.

De acordo com Pasche (2008), nesse momento as questões éticas são tidas como uma abertura à recepção das necessidades de saúde que são expressas pela exigência para os serviços e profissionais de saúde. A procura relativamente acrescida de capacidade afetivo-emocional de trabalhar com a situação na fase terminal de uma doença, em comparação com a fase crônica degenerativa, podem criar uma crise para a família que está passando por esta mudança e a interação das fases temporais e da tipologia da doença proporcionam uma estrutura para um modelo de desenvolvimento da doença degenerativa. As fases temporais (de crise, crônica degenerativa e terminal) podem ser consideradas amplos momentos de desenvolvimento da história natural de uma doença crônica, pois cada período tem certas tarefas básicas, independentes do tipo de doença.

Com isto, além das tarefas desenvolvidas especificamente durante as fases comuns a todos os tipos psíquicos e biopsíquicos de males, cada tipo de enfermidade tem tarefas suplementares específicas semelhantes ao relacionamento entre o progresso particular de um paciente e de apropriada tarefa da vivência universalizada. Para Merhey (2002), esse tipo de serviço opera nos espaços intersenssores, pois grande parte desses mecanismos gera ruídos por expor mais claramente as razões que envolvem a ética e a política, e não só os instrumentos que operam na parte interior.

Neste momento, todas as tarefas básicas das fases temporais e das mudanças provocadas pela própria doença resumem-se, em vários aspectos, ao desdobramento do desenvolvimento característico da pessoa humana e a fase de crise é semelhante, de certa forma, a qualquer tempo do desenvolvimento humano. No entanto, de maneira semelhante, a fase de crise é um período em que as pessoas aprendem os fundamentos de como viver com uma doença crônica e/ou degenerativa, pois nesta fase outros planos de vida são geralmente adiados pela família de modo a acomodar a sua convivência com a doença.

Além disso, são evidenciados neste percurso os dilemas da separação e individualidade que são centrais na mudança em todas as fases da vida do paciente e da doença. Portanto, semelhante à própria vida, a fase de transição da doença aguda para a crônica enfatiza a autonomia e a criação de uma estrutura de vida viável adaptada às realidades da doença.

No entanto, na transição para a fase crônica há um impedimento ou uma concessão de outras tarefas que servem para proteger o período inicial da psicoeducação e que consistem na adaptação a uma vida com limitações provenientes de enfermidades crônicas e/ou degenerativas, geralmente reavaliadas pelo paciente, pela família e pelos cuidadores em geral.

Estes estudos são descritos por Maturama (1997) como o resultado das mudanças estruturais mútuas. Contudo, se acrescentarmos a este estudo um modelo sistémico de família, podemos criar uma representação tridimensional do sistema mais amplo de uma doença familiar e, com isto, caracterizar os tipos biopsíquicos e biofísicos de doença, as fases temporais da doença e as partes do exercício familiar que constituem as suas dimensões. Assim, este modelo oferece um vínculo para um diálogo reflexivo entre o espectro da doença e o aspecto familiar do sistema doença/família e permite a exploração das forças e fraquezas nos vários componentes do funcionamento da família em relação a diferentes tipos de doença, nas várias fases do curso da vida da doença e não do paciente.

Neste movimento, com uma aplicação específica deste exemplo, esta discussão tratará das ocorrências do desenvolvimento sócio-familiar em relação ao tipo e fases periódicas ou temporais da doença que atinge o paciente, oferecendo estes componentes da tipologia meios para apreendermos o caráter de uma doença biofísica crónico/degenerativa em termos biopsíquicos crónicos. Se, para o estudo, viver é uma situação autopoética, a cognição tem potencial inventivo. Invenção são as próprias estruturas da cognição e do mundo conhecido (Kastrup, 2007).

Na verdade, estes aspectos proporcionam ao processo terapêutico uma significativa ponte entre o mundo biopsíquico e biofísico e esta talvez seja a maior contribuição da estrutura para uma avaliação e intervenção psicológica e clínica numa família que está a encarar uma doença crônica e/ou degenerativa com ameaça da própria vida; aspectos referentes ao início, curso, consequência e incapacitação proporcionam marcos que facilitam a integração de uma avaliação biopsicossocial do paciente e dos seus familiares.

O conceito de fase temporal permite que o psicoterapeuta pense longitudinalmente e obtenha um entendimento mais completo do impacto da doença crônica como um processo contínuo com marcos relevante, pontos de mudança e procura que se vão modificando de acordo com o processo psicoterapêutico. Nesta linha, Kaplan (1968) enfatizou a importância de resolver as tarefas específicas de cada fase sucessiva de uma doença.

A linha temporal de uma doença delineia os estádios psicoeducactivos de uma doença, pois cada fase tem a sua tarefa específica. Assim sendo, este desenho, ainda indica o fracasso em resolver as questões de maneira dinâmica que pode pôr em risco o processo global de adaptação sócio-familiar. Contudo, a atenção ao tempo permite-nos interagir junto à psicoeducação e avaliar as forças e a vulnerabilidade da família em relação às fases presentes e futuras do impacto do incômodo no paciente e na família.

Assim, quando a tipologia e as fases temporais da patologia estão juntas, proporcionam um contexto no qual se integram outros aspectos da avaliação generalista e não especialista. Esta discussão focará a interface da doença com o desenvolvimento individualizado da família, e a história transgeracional da família referente ao lidar com a enfermidade, crise e perda.

No entanto, outros componentes importantes de uma avaliação familiar com uma orientação psicoeducativa não-diretiva para a doença, que não serão tratados neste estudo, assim como a substituição dos papéis internos da família, o desenvolvimento afetivo, o apoio social e a utilização dos recursos humanos comunitários disponíveis.

5.10. Descrição das consequências do desenvolvimento da doença

Os autores com orientação sistémica enfatizam que, atualmente, o comportamento da família não pode ser adequado e compreendido à parte de sua história de vida (Bos-zormernyi-Nagy & Sparks, 1973; Bower, 1978; Carter & McGoldrick, 1980; Framo, 1976; McGoldrick &Walsh, 1983; Paul & Grosser, 1965). Assim, eles vêem o questionar histórico como uma maneira de investigar acontecimentos e transições essenciais para compreendermos as mudanças organizacionais e as estratégias de manuseamento de uma família como um sistema, em resposta a stresses passados.

Na verdade, este não é um modelo de causa-e-efeito, mas reflete a crença de que esta busca histórica pode ajudar a perspectiva histórica, sistémica, envolvendo mais do que aquilo que simplesmente se decifrou como uma família que se organizou em função de aspectos stressantes passados; também significa investigar na evolução da adaptação familiar ao longo do tempo. Portanto, a este respeito é relevante considerar os novos padrões de adaptação, repetição, descontinuidade, mudanças nos relacionamentos (isto é, alianças, triângulos, rompimentos) e sentimentos de competência.

No entanto, autores como McGoldrick e Wash (1983) demonstram como esses padrões são problematizados e trabalhados ao longo das gerações como mitos, tabus, expectativas catastróficas e alguns sistemas de crenças e valores sócio-familiares e que, quando geralmente o terapeuta obtém esta informação, ele cria de imediato um genetograma básico.

Um genetograma orientado para a doença crônica envolve o mesmo processo básico de investigação, mas centraliza-se na maneira pela qual uma família se organiza ou se organizou, como um sistema em evolução, especificamente em relação à doença e às crises inesperadas anteriores, nas gerações atuais e prévias. No entanto, um objetivo central é descobrir as diferenças aprendidas com a doença e pelos pacientes, sendo útil na avaliação sócio-familiar a classificação da doença e as fases temporais. Portanto, embora tendo uma maneira especial ou padronizada de lidar com uma doença, as famílias podem ter diferenças críticas no seu estilo e êxito na adaptação aos diferentes tipos de doenças e/ou enfermidades. Desta maneira, se um terapeuta investiga separadamente a classificação e os tipos de doenças semelhantes ou iguais em comparação com diferentes tipos (por exemplo, reincidente versus progressiva; a que ameaça a vida versus aquela que não ameaça a vida), ele poderá utilizar melhor os dados históricos.

Assim, uma família poderá organizar-se para enfrentar uma doença que não ameaçava a vida, mas hesitar sob o impacto do acidente vascular cerebral (AVC) que provocou limitação numa pessoa da família. Deste modo, esta família pode ficar particularmente vulnerável se ocorrer alguma situação sintomatológica que demonstre qualquer relação de ameaça à vida de um membro da família. Estudos de Campos (2000) enfatizaram que seria necessário por parte dos profissionais da saúde colectiva lançar mão de novas abordagens políticas e terapêuticas no modo de lidar com esse momento. Uma família geralmente tem experiências diversas com o adoecer e também com doenças que não ameaçavam a vida, e normalmente desconhecem a maneira de lidar com as incertezas existentes na doença que ameaça a vida.

O conhecimento desses fatos chamará a atenção para áreas de força e vulnerabilidade na maneira pela qual uma família lida com o impacto do acidente vascular cerebral (AVC). Uma recente consulta sócio-familiar salientou-nos a importância da investigação na história de doenças anteriores na vida familiar de quaisquer pacientes.

5.11. Análise casuística que envolve a história transgeracional de doença

Cruz, a sua esposa Beatriz e os seus três filhos adolescentes apresentaram-se para uma avaliação numa clínica de saúde especializada na saúde da família alguns dias depois de ter sido diagnosticado em Cruz um "pequeno" AVC. Cruz, 44 anos de idade, trabalhara muitos anos como um bem sucedido professor de análises químicas. Aparentemente, a exposição a algumas substâncias químicas desencadeara o início de ataques de asma que tornou necessária a hospitalização e a incapacitação profissional. Conseqüentemente, embora apresentando melhoras, ele continuava a ter sintomas respiratórios persistentes e moderados.

Inicialmente, os médicos haviam dito que haveria possibilidade de melhorar, mas mantiveram reserva quanto ao nível de cronicidade. As suas persistentes dificuldades respiratórias contribuíram para o aparecimento de sintomas de depressão, explosão de humor - afetivo pouco característicos na relação sócio-familiar. Efetivamente, fazendo parte da avaliação clínica neuropsicológica, perguntamo-nos a respeito de experiências anteriores com doenças crônicas ou degenerativas. No entanto, este era o primeiro encontro da família nuclear com uma doença com esta dimensão biofísica e biopsíquica que pode provocar grandes consequências no seio da família.

A experiência era um pouco limitada: o pai da Beatriz morrera três anos antes de um súbito e inesperado ataque cerebrovascular hemorrágico fulminante, o irmão de Cruz morrera por uma doença cerebrovascular inesperada e nenhum deles tinha, aparentemente, experiência com a doença como processo contínuo. Ooutros estudos indicaram que a pesquisa que envolve saúde é um terreno vivo no qual predomina tecnologias intercessoras relacionais, no lugar dos saberes e equipementos estruturados (Merhy, 2002).

Cruz supusera que esta melhoria no seu quadro clínico significava a cura; para esta família uma doença significava morte ou recuperação. A equipe médica assistente e a família, aparentemente, não estavam em sintonia e os riscos aumentavam gradativamente quando se pensava em realizar uma mudança terapêutica sem identificação da fase aguda; o momento era de crise e a doença precisava ser tratada com a máxima urgência.

5.11.1. A construção inicial das respostas clínicas

A investigação da capacidade familiar em lidar com as fases de crise aguda, crônica e terminal em doenças anteriores, salienta complicações na adaptação, relacionadas com momentos diferentes do ciclo de vida da doença. No entanto, a adaptação da família noutras fases de crise de danos diversos foi superada, mas fracassou na transição para a organização familiar consistente com a adaptação em longo prazo. É muito diferente quando o problema é interno à família. Uma família confusa, com tendência a uma rígida superprotecção, pode ter ficado congelada numa estrutura de crise e ter sido incapaz de lidar adequadamente com as questões de maximizar a autonomia individual e colectiva nesta fase de crise da doença que causa limitações em torno da família o que poderá ter o seu início agudo, passando a ser identificado para crónico e depois para uma degeneração, se não for combatido a tempo.

Em todos estes pacientes as funções mentais e atividade da vida diária vão-se tornando progressivamente prejudicadas e nos estágios tardios esses indivíduos ficam mudos ou acamados e normalmente morrem de outra doença. (Kandel; Schwartz; Jessel (2003)). Imaginemos uma família com um membro com insuficiência renal crônica, que pode ter funcionado bem para manusear os aspectos práticos da diálise na sua própria morada. Todavia, quando a fase terminal se aproxima, a sua limitação em termos afetivo-emocionais pode ter deixado heranças biofísicas e biopsíquicas traumáticas que poderão levar aqueles que herdaram tal legado a uma doença crônica que poderá redundar possivelmente ao AVC, se não for tratada preventivamente.

O que significa para esse estudo de casos psicoedutivos que o corpo não é apenas uma entidade biológica, mas pode ter sua estrutura afetada por um transtorno ocorrido no momento das perdas (Kastrup, 2007). Toda a história da dificuldade sócio-familiar específica em cada fase periódica pode alertar a equipe médica assistente e os terapeutas psicoeducacionais para períodos potencialmente vulneráveis no curso da doença que provoca além da degeneração atual, o flagelo da relação familiar. A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre indivíduos que atuam na construção desta realidade psicoeducativa.

5.11.2. Análise casuística que envolve a história de doença

Para a complementação dos estudos casuísticos de uma família lidando com o impacto da doença cerebrovascular, ilustraremos a interação dos problemas que são alimentados por questões não respondidas e relacionadas com as experiências com doenças nas famílias e que têm as suas origens no ciclo de vida pessoal, colectivo e sócio-familiar. Maria, o seu marido João e o filho de ambos, marcaram consulta para um possível tratamento, dois meses depois de Maria ter passado por um acidente de carro; foi atropelada, pondo em risco a sua vida. Tudo indica que foi culpa do condutor. Maria sofreu um abalo na vida de uma forma geral. A equipe médica assistente, por vários dias, também temia que ela pudesse ter sofrido uma hemorragia cerebral.

A ideia não era atingir um resultado universalizador ou um diagnóstico, mas apoiar um procedimento, uma atitude amplificada, uma ação a abertura permanente que fizesse a diferença (Maraschin, 2005). No entanto, foram esclarecidas as dúvidas: não houve hemorragia cerebral. Durante algum período, Maria foi ficando cada vez mais deprimida e apesar do intenso tratamento e apoio dos cuidadores e dos seus familiares, continuava a acreditar que a sua condição era crítica e morreria de hemorragia cerebral. Logo, nós observamos durante a avaliação inicial, que ela revelou que estava a ter sonhos vividos de encontros com o pai falecido há muito tempo; o seu pai, a quem fora muito ligada, aparentemente morrera de um acidente cerebral hemorrágico, após uma história de cinco anos de progressivos ataques cardíacos.

Maria estava com idade de mais ou menos 14 anos na época desses ataques, e era considerada a mascote da família, os seus dois irmãos eram dez anos mais velhos e procuravam manter o histórico de protecção da irmã. Por isso, a família protegia-se da doença do pai, culminando na decisão da mãe de que ela não iria nem ao velório, nem ao funeral do pai. Tudo isso era para reforçar a protecção da menina que levou para o seu casamento a mesma ideia. Apesar de expressar a sua mágoa, raiva e inconformismo pela morte do pai, ela evitara discutir os seus sentimentos com a mãe durante mais de vinte anos. Observamos que a vida não se passa em cada um dos indivíduos, nos vínculos que eles constroem e o que constroem a eles como potência de afetar e ser afetado (Brasil, 2008).

Neste momento, surgiram revelações que envolveram mais histórias de morte súbita na família, o seu irmão, a sua mãe e uma prima morreram de derrame súbito e o seu sofrimento, que pusera em risco a própria vida, desencadeara uma reação catastrófica de um impacto dramático.

Estas perdas anteriores não reveladas e também não resolvidas que envolveram tipos semelhantes de doenças e sofrimento foram ressurgindo-nos diversos encontros, onde a psicoeducação se centrou numa série de tarefas e rituais, segundo os quais ela deveria começar a conversar com a mãe e desmistificar esta relação assintomática com o seu pai. Uma implicação ética imediata dessa compreensão refere-se à responsabilidade das nossas escolhas e o norte do acompanhamento (Maraschin, 2005). Sem dúvida alguma, a história familiar de administração de crises em geral, especialmente crises não antecipadas que devem ser exploradas e as doenças de início agudo como, por exemplo, ataque cardíaco, súbita incapacitação moderada e também severa, como derrame, ou rápida reincidência (por colite ulcerada, reação diabética à insulina, hérnia discal), exige a capacidade de mobilização rápida e eficiente, modificando a organização habitual para uma estrutura de crise.

No entanto, outras doenças podem criar uma crise em virtude da contínua procura de força na família (por exemplo, dano de medula, artrite reumatóide, enfisema e outras). Nestas situações, a família geralmente precisa de se reorganizar rapidamente e com eficiência, transformando a sua dinâmica habitual para uma estrutura do impacto da doença transformada em crise afetivo-emocional. A história de como a família passa a gerir os principais motivos de stress, moderados ou severos, é um bom fator de ajustamento nestes tipos de doenças crônicas ou degenerativas. Em qualquer doença crônica significativa nos adultos, a psicoeducação deve tentar saber como essas famílias se organizam para lidar com as muitas tarefas práticas associadas às questões afetivo-emocionais que estão relacionadas com a doença e com o paciente.

Deste modo, é relevante saber se os pais (tal como os filhos) assumiram excessivas responsabilidades ou foram protegidos de um envolvimento. Sendo assim, o que é que eles aprenderam a partir dessas experiências? É primordial saber se eles conseguiram conquistar sentimentos de competência ou de fracasso ou, ainda, se se mantiveram protegidos até hoje. Não podemos nos furtar desses encontros e desencontros com o outro, que será sempre pertubador, pois pede uma reorganização e uma implicação pessoal com a saúde e com a doença (Bortoluzzi, 2006).

Logo, num determinado caso envolvendo uma família com três gerações que sofreram impacto dos AVCs, o pai fora protegido do conhecimento de que o seu irmão mais velho, que morrera na adolescência, tivera uma forma súbita e fulminante de AVCH.

Esse homem também foi impedido de ter conhecimentos básicos do percurso de vida médica do seu irmão e que, a partir desse trauma, ele passou a ser extremamente franco em todas as questões referentes a doenças com os seus dois filhos hipertensos e diabéticos e com as suas duas filhas que não eram portadoras, mas já apresentavam comportamento de risco. A psicoeducação demonstra que compartilhando essas informações com as famílias de origem, poderemos antecipar áreas associadas a grandes conflitos. Autores como Penn (1983) e Walker (1983) descreveram a frequência como estas questões não resolvidas relacionadas com a doença e perda, podem permanecer dormentes num casamento e surgir subitamente quando desencadeadas por uma doença crônica na atual família nuclear. Estes mesmos autores descrevem como típica determinadas alianças que emergem no contexto de uma doença crônica que correspondem àquelas que existiam na família de origem de cada adulto.

Deste modo, se uma mãe foi sempre quem salvou a sua mãe de um marido tirânico, e na sua própria família tem um filho portador de limitações provocadas por um AVC, ela se tornará a salvadora dele, muitas vezes indo contra todos os membros da família. E dessa maneira, ela vai continuar a salvar a sua mãe, mas, surpreendentemente, não do seu marido, e, sim, do seu próprio pai. No entanto, nesta família com um filho com um AVC na fase produtiva, a história repetia-se, o pai do pai estivera paciente por um longo período e recebera toda a atenção da mãe. Nessa fase atual da vida, este pai, embora rejeitasse essa aliança entre a sua mulher e o seu filho, respeitava esse relacionamento, como se esperasse que ele compensasse aquilo de que fora privado com a sua própria mãe. É preciso alertar que a aliança na família nuclear parece aberta e adaptativa (mãe e filho), mas é alimentada por outras alianças envolventes do passado (mãe com sua mãe, e pai com mãe dele e outras envolvências afetivas emocionais associadas a outros sentimentos).

O restabelecimento de formas sistémicas prévias em torno da enfermidade pode ocorrer como um processo amplamente inconsciente, automático e a complementaridade disfuncional que vemos nessas famílias e pode surgir novamente especificamente dentro de um contexto de uma doença crônica ou degenerativa e, ainda, sob um questionar detalhado. Estudos indicaram que este tipo de patologia pode exprimir-se ou instalar-se clinicamente em qualquer faixa etária (Magnié, 1998).

Os casais frequentemente revelarão que existia um entendimento tácito, silencioso, de que se ocorresse alguma doença grave, eles iriam reorganizar-se para trazer de volta "questões não-terminadas e não trabalhadas numa relação psicoterapêutica" das suas famílias de origem. Isto por que neste estudo estamos centrados e fundamentados numa ciência, por excelência do concreto (Fonseca, 1999). De algum modo típico, o papel escolhido representa uma repetição ou um oposto do papel desempenhado por eles ou pelo progenitor do mesmo sexo, na sua família de origem. No entanto, este processo assemelha-se a abertura de um modelo genético que é ativado apenas em determinadas condições biofísicas e, neste contexto, distinguem-se as necessidades psicoeducacionais de fazer certas distinções entre o processo familiar funcional com e sem as doenças generativas.

Assim sendo, no caso das famílias que se apresentam desta forma, colocar a ênfase terapêutica na resolução das questões com a família de origem, talvez seja a melhor abordagem para evitar ou corrigir um triângulo doentio. Nestas famílias, como são descritas recentemente, em que o mal é um contratempo encapsulado, tem de haver uma distinção entre elas e aquelas que apresentam padrões disfuncionais mais impregnados e duradouros. As moléstias tenderão a serem absorvidas por uma teia de transações sócio-familiares associadas aos seus valores éticos, morais e religiosos e, com isso, alguns pais utilizam este momento para estabelecerem um triângulo desviante através de um filho paciente, para pouparem o fim de conflitos conjugais não resolvidos.

A psicoeducação poderá também sofrer pela resistência desta família, centrando-se excessivamente na doença em si e não na problemática que envolve o adoecer na relação sócio-familiar. É nessa situação que as distinções entre sistemas familiares com doença versus sistemas familiares sem doença são, em grande grau, semânticas. A psicoeducação entende que a doença serve para tornar mais rígida uma disfunção familiar pré-existente e que, se não for totalmente travada, ela tomará sentido psicossomático e esse tipo de família vai passar a apresentar um nível mais elevado de reatividade básica, de modo que, quando uma doença entra no sistema, esta reatividade é expressamente somatizada através de um curso médico inadequado e/ou não-obediência ao tratamento dispensado aos sintomas atuais. Essa abordagem concebe a realidade social em toda sua multiplicidade e complexidadede. Por isso mesmo, não coloca em outras categorias conceitos pressuposto (Paulon, 2005).

Assim, estas famílias não têm o fundamento de um sistema funcional não-paciente, que pode servir como o equivalente metafórico do "ego é" no lidar com padrões da família de origem em relação à doença ou àquela doença. A psicoeducação mostra ainda que a intervenção sociopsicológica talvez precise ficar mais no eixo horizontal do que no eixo vertical intergeracional. O prognóstico neste campo é reservado. Alguns tipos de famílias sintomáticas que passam a enfrentar uma doença do tipo AVC e/ou outro tipo de doença crônica ou degenerativa são aquelas sem padrões familiares disfuncionais significativos intra ou intergeracionais. Assim, a psicoeducação volta a indicar que não se pode vacilar diante de fatores stressantes múltiplos, superpostos, relativos ou não à doença e incapacitantes, ou a enfermidades que ocorrem em vários membros da família. Estes são alguns dos cenários típicos que necessitam de abordagens pragmáticas que centralizem a utilização ampla ou criativa de apoio ou de recursos fora da família relevantes e benéficos para todos os elementos envolvidos.

5.12. Análise casuística que envolve a interface dos ciclos de vida da doença

A psicoeducação, para entender o desdobramento da doença crônica num contexto em desenvolvimento, foi crucial na compreensão dos ciclos de vida da doença, do indivíduo e da família, um processo altamente complexo que permanece amplamente inexplorado, uma vez que a doença é parte do indivíduo e é essencial pensar simultaneamente sobre a interação do desenvolvimento do indivíduo e da família. Para a psicoeducação criar um contexto para a problematização, é necessário uma linguagem que una esses fios condutores da saúde e da doença em desenvolvimento.

Os avanços tecnológicos na saúde permitem, na atualidade, a sobrevida de pacientes antes inviáveis, o que resulta num aumento da população com idades mais avançadas, portanto, susceptíveis a maior frequência das doenças crônicas incapacitantes (Júnior et al, 2002; OPAS, 2001; Zétola et al, 2001). Assim, devemos tomar em conta um conceito central para cada um deles que é o ciclo de vida. Esta noção sugere uma ordem subjacente do ciclo de vida, através da qual a singularidade do indivíduo, da família ou da doença ocorre dentro de um contexto ordenado e desenvolvido nos seus fundamentos mais preliminares.

Outro conceito-chave para a psicoeducação centra-se na estrutura de vida humana que, embora a descrição original de Levinson (1978) da estrutura de vida estivesse dentro do contexto do seu estudo sobre o desenvolvimento masculino adulto, a noção genérica de estrutura de vida também pode ser aplicada à família como unidade; na verdade, por esta estrutura de vida ele queria dizer o padrão ou propósito subjacente da vida de uma pessoa ou da família em qualquer momento dado do ciclo da vida e, ainda, os seus componentes primários relacionados reciprocamente com uma pessoa ou com uma família para vários outros ecossistemas com a sua amplitude.

Conseqüentemente, a educação para a saúde orienta que a estrutura da vida familiar estabelece uma grande fronteira entre os indivíduos, familiares e o meio ambiente onde todos interagem governados, mediando e trocando conhecimentos e experiências entre todos. O desenvolvimento da doença, do indivíduo e da família tem em comum a noção de épocas marcadas pela alteração dos períodos de construção, de manutenção e da estrutura de vida e dos períodos de mudança dessa estrutura, ligando épocas de crescimentos. De acordo com estudos existe a afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta, não só a perda de memória, como também diversos distúrbios cognitivos (Corrêa, 1996).

O objetivo primário de um período de construção e manutenção é a criação de uma estrutura de vida e o seu enriquecimento com base nas escolhas definidas que o indivíduo e a família fazem durante o período de mudança precedente ao adoecer.A delineação de períodos separados resulta de um conjunto de tarefas associadas a cada período e, como já mencionámos anteriormente, os períodos de mudanças são potencialmente os mais vulneráveis, pois as estruturas de vida anteriores do indivíduo, da família e da própria doença são reavaliadas em face de novas tarefas que poderão exigir uma nova mudança descontínua, em vez de pequenas alterações.

O impacto de um AVC num membro produtivo é mais debilitante e o sofrimento torna-se maior, se neste grupo familiar existirem crianças em fase de desenvolvimento. Este membro produtivo paciente torna-se, para a família, outra criança com necessidades especiais e vai competindo com as verdadeiras crianças pelos recursos sócio-familiares potencialmente escassos; neste momento conturbado pela doença, um dos pais é perdido e cria-se uma aparência de família de progenitor único, nos outros casos das doenças com início súbito, ambos os acontecimentos podem ocorrer simultaneamente com muita coincidência.

A psicoeducação norteia que, se observarmos as doenças provocadas pelos distúrbios dos AVCs de uma forma mais refinada através da tipologia e das fases temporais da doença, fica imediatamente aparente que o grau de força centrípeta ou centrífuga varia imensamente. A neurodegeneração é cronologicamente sequenciada e as manifestações clínicas (cognitivas e não-cognitivas) aparecem de modo geralmente previsível (Engelhardt, 2004). Se esta variabilidade tem importantes efeitos sobre o ciclo de vida familiar, independentemente da dinâmica sócio-familiar, a tendência de uma doença cerebrovascular interagir no centro do ciclo de vida da relação afetiva emocional da família é maior. Com o passar do tempo, as doenças progressivas passam a serem inerentemente mais próximas em termos de efeito sobre a família do que a doença de curso constante.

O progresso permanente de novas buscas conforme o domínio da doença no paciente e também do domínio da família na propagação ou disseminação dos efeitos afetivo-emocionais da mesma, volta-se para dentro do processo terapêutico desmantelando todo o círculo energético já implantado na família e no paciente. A estes têm sido também atribuído o principal motivo de internamentos hospitalares, mortalidade e incapacidades (Falcão et al, 2004). Portanto, depois de ter sido estabelecido um modelo operativo, uma doença de curso constante (já excluídas aquelas com severa incapacidade) leva a família a iniciar ou retomar uma fase mais centrífuga do ciclo de vida e esta força mais presente e crescente passa a aumentar o risco de reversão no afastamento da família normal ou num congelamento da família numa permanente associação afetivo-emocional que envolve todo este estado do paciente e da doença. Alguns investigadores acreditam que as doenças crônicas que ocorrem no período da criação dos filhos são mais devastadoras pelo seu potencial impacto sobre as responsabilidades financeiras e de criação dos filhos (Herz, 1980).

Novamente o impacto real no membro produtivo dependerá do tipo de doença e dos papéis que cada membro da família passa agora a desempenhar diante da doença. Portanto, perante uma doença do tipo AVC que pode provocar cronicidade, o objetivo essencial é a família trabalhar com a procura do desenvolvimento desta doença sem que os seus membros sacrifiquem o seu próprio desenvolvimento. É vital perguntar que plano de vida a família ou os seus membros tiveram de cancelar, adiar ou alterar em resultado do tal diagnóstico e é também relevante saber quem teve os seus planos mais e menos afetados, e quanto retomarão esses planos.

Este estudo tenta oferecer uma base conceptual para problematizarmos sobre o sistema criado na interface de uma doença com ciclo de vida individual e coletivo incluindo a sua descrição tipológica psicossocial. As fases temporais da doença foram um passo preliminar necessário para uma criação linguística comum que possou a unir os mundos do desenvolvimento do paciente e da doença, do indivíduo e da família. Portanto, estes processos de desenvolvimento foram marcados por períodos em que as famílias se centravam nelas mesmas em períodos menos ditados por tarefas sociais e familiares; o que surgere uma noção de três linhas entrelaçadas de desenvolvimento, durante as quais existe uma contínua básica de interação de estruturas de vida, necessária para a execução das tarefas específicas para cada fase do adoecer, do paciente e da família. Paradigmas sócio-familiares intergeracionais relacionados com a doença do tipo AVC (que pode provocar uma doença crônica) influenciam esses três fios entrelaçados e acrescentam a sua própria textura e padrão.

5.13. A doença psicossomática e o transtorno do AVC

Refletindo sobre as atividades da psicoeducação, tomamos posições decorrentes de uma visão humanizada, de uma noção do transtorno da doença, das tarefas e caminhos da psicologia clínica, da psicologia médica, das características do conhecimento das neurociências e das ciências em geral. Com professores de educação para a saúde, exercemos um poder social obtido através da licenciatura por uma escola de educação e/ou de saúde, oficialmente reconhecida. Os conhecimentos adquiridos na universidade, a prática, a experiência, contribuem imenso para o futuro do profissional. Aquilo que precisamos saber não nos é dado através dos módulos curriculares, mas, sobretudo nas atividades extracurriculares.

As atividades da psicoeducação destacam-se sobre as demais atividades clínicas pela qualidade da orientação não-directiva. A formação e os conhecimentos adquiridos tornaram-se específicos, os saberes tomam rumos diferentes e proporções especializadas, assim como o nosso estatuto ético-profissional, tão sonhadas pelos psicólogos. Somos investidos de poderes conferidos pela competência psicoeducacional e clínica. Na clínica psicoeducativa encontramos pessoas que enfrentam o mundo e se comportam de maneira diferente de outras.

Deste modo, o que elas fazem decorre do julgamento, das percepções e das sensações que os circunstantes não compartilham; assim, essas mesmas pessoas procuram uma orientação mais detalhada da psicoeducação ou, às vezes, são conduzidas para o terapeuta contra a sua própria vontade, porque pensam, sentem, sofrem e afirmam coisas que os outros acham irreais e, que, não correspondem à verdade. Na Psicoterapia, a pessoa relata sempre a sensação de que está a ser seguida, ameaçada e sofre por isso, entrando em atrito com os que não acreditam naquilo que relata, considerando-a anormal ou fora do tempo. Outras vezes, pode ficar inativa por causa do transtorno da doença que os outros consideram imaginária.

Tendo em vista a presença de uma grande disparidade teórica na abordagem da psicopatologia, Pierre Fédida (1998), numa visão mais atual, considera a psicopatologia como uma encruzilhada epistemológica, na qual se juntam disciplinas científicas heterogéneas, que tem em comum a preocupação pelo sofrimento psíquico. As manifestações diferentes inconformadas com os hábitos, as mudanças cognitivas e comportamentais injustificadas de conduta, são, geralmente, o que faz os circunstantes considerar que se trata de uma doença, uma alteração que exige uma intervenção diferente da clínica psicológica e/ou psiquiátrica. A psicoeducação é colocada muitas vezes na posição de decidir se o que o paciente e os seus familiares dizem são representações da verdade e se essas questões levantadas são legitimadas pela saúde biofísica e biopsíquica. O que a psicoeducação tem de trabalhar são as queixas, as condutas que podem ser respondidas com o conhecimento e com instrumentos da psicologia clínica ou psicologia social.

Para abordar o tema do diagnóstico em psicopatologia a partir da psicanálise, deve-se responder se existe uma psicopatologia psicanalítica, o que está feito num texto escrito por Fédida e Lacoste (1998). O que observarmos, o que ouvimos sobre a conduta do paciente, sobre a evolução do transtorno da doença é um estudo de caso que precisa ser investigado e organizado de acordo com a sistémica dos significantes e dos significados clínicos e analisados conforme um quadro de referência e saber da psicologia clínica. Assim, entram logo em consideração a pessoa estudada e o sistema de conceitos que qualificam a psicoeducação, de acordo com a ontologia da psicologia clínica, e os principais fatos e atuais situações dos distúrbios provocados pelas síndromes e distúrbios pós-AVC que são iguais para todas as pessoas identificadas agora como pacientes. As queixas enumeradas pelo paciente e pelos seus familiares podem representar claramente que eles estão a pedir auxílio e podemos classificar essas questões como problemas, com ou sem limitações.

Alguns estudos centrados nos contextos de trabalhos psicossociológicos e psicoeducacionais, são munidos de fatores determinantes do desenvolvimento, das práticas profissionais de saúde biofísica e biopsíquica e da reconstrução de competências nas quais as equipes médicas e paramédicas também têm a sua envolvência e os discursos que efetivam os laços sociais dispõem os atores nas suas relações de poder (Guirado, 1995). Tal poder centra-se no poder da palavra. A psicoeducação indica que a nosologia e a psiquiatria sempre tiveram dificuldade de acomodar dentro da mesma classificação diagnóstica de pacientes cuja característica comum é a apresentação de queixas somáticas inespecíficas ou difusas em que falta uma base biofísica que as justifique e nas quais os fatores biopsíquicos são vistos como etiologicamente relevantes, onde a histeria, a hipocondria, a neurastenia, o distúrbio neurovegetativo e funcional são termos que têm sido usados para nomear este e outros tipos de sofrimentos.

Com o DSM-III na década de 80, foi acrescentada mais uma categoria de diagnóstico, a dos distúrbios somatoformes, na busca de compreender e caracterizar pacientes que apresentam o fenómeno da psicosomatização e as suas principais categorias nosológicas.
De acordo com estas sugestões, a psicoeducações procurou novos fundamentos nestas modificações e no campo da investigação dos distúrbios factícios, da simulação, nos quais os relatos e os achados clínicos são criações voluntárias de alguns pacientes. Salientamos, também, a importância da determinação no quadro sindrómico mais frequente que vem geralmente associado ao fenómeno da somatização e que deve ser investigado como transtorno do humor e da ansiedade.

E, na falta de descobertas que configure uma alteração biofísica não significativa tratada como ausência de doença orgânica e, especialmente, no ambulatório hospitalar, a psicossomática implica cuidados éticos redobrados no diagnóstico que será sugerido pela equipe de saúde biopsíquica. O cuidado preventivo da doença pós-AVC que sofre de transtorno do humor afetivo enfrenta um desafio que os profissionais de diversos áreas e saberes devem contextualizar e transformar em ações de competências médicas e paramédicas, onde o todo procura a sua parte de contribuição nesta relação preventiva das causas e efeitos dos distúrbios psicossomáticos dos AVCs.

5.14 - Fatores Somatizadores da Doença

Somatização, basicamente, é uma manifestação de conflitos e angústia psicológica por meio de sintomas corporais. Lipowski (1988) propõe que a somatização é uma tendência que o indivíduo tem de vivenciar e comunicar suas angústias de forma somática, isto é, através de sintomas físicos que não têm uma evidência patológica, os quais atribuem a doenças orgânicas, levando-o a procurar ajuda médica. Conforme a psicoeducação, este tipo de somatização é muito comum no ambiente médico hospitalar e entre os próprios pacientes encaminhados para as clínicas especializadas em saúde biopsíquica e biofísica ou de ligação psicológica e psiquiátrica.

Na maior parte dos atendimentos feitos em atenção primária, e que variam entre 30 a 60%, nenhuma doença grave é encontrada para explicar as queixas apresentadas por estes pacientes, sendo o predomínio do transtorno biopsíquico comum, tanto no mundo todo quanto no nosso país, aonde chega a ser superior a 55% o atendimento em clínicas especializadas e nos hospitais gerais. De acordo com a tradição, a apresentação dos distúrbios biofísicos e biopsíquicos fazem-se através de queixas psicossomáticas e essa somatização leva o paciente a induzir o médico à prescrição e solicitação de testes de laboratórios desnecessários, à realização de exames dispendiosos para a confirmação e/ou rejeição de um espectro diagnóstico, a hospitalizações repetidas, a condutas iatrogênicas e à presença de múltiplas cirurgias.

Alguns estudos não consideram a somatização uma doença específica, e sim um processo com espectro de manifestação (Katon e Walker, 1998; Kroenke et al., 1994; Kroenke et al., 1997). As doenças psicossomáticas são responsáveis por mais de 20% dos custos diretos com a saúde, sendo que os pacientes somatizadores têm um custo total com a saúde nove vezes maior do que outros pacientes, um custo hospitalar seis vezes superior, e um custo catorze vezes maior com as consultas médicas e outras indicações terapêuticas. Assim sendo, os conceitos aplicados à somatização e ao transtorno somatoforme não coincidem, geralmente são todos muito abrangentes e amplos (Bombana et al., 2002). Os pacientes somatizadores apresentam médias de internamento até sete dias por mês, quando, na população em geral, a média é de 0,5% dia/mês. De acordo com estes estudos, os pacientes somatizadores formam um grupo heterogéneo que não caberá dentro desta simples explicação de categorias propostas.

Assim sendo, a educação afirma que a somatização abarca uma ampla gama de fenómenos clínicos e é mais bem compreendida como um processo, não como uma entidade clínica. Por outro lado, a presença de somatização não exclui a possibilidade de o paciente também ter uma doença biofísica concomitante, nem garante que o paciente não desenvolva problemas psicogénicos. De referir ainda que o problema dos somatizadores quase nunca é totalmente biopsíquico ou totalmente biofísico, mas sim uma complexa combinação do todo e não de uma das partes. Estima-se que pacientes com transtorno de somatização geram custos médicos nove vezes maiores que o paciente médio (Smith et al., 1986), podendo variar de seis a catorze vezes (Figueira et al., 1999).

Certo estudo demonstra que os aspectos psicossomáticos e sócio-familiares estão presentes nos pacientes com quadros biopsíquicos crónicos com uma frequência maior do que na população em geral, devendo ser tida em conta a avaliação clínica desses pacientes e, quando necessário, a dos seus acompanhantes ou cuidadores. Outros estudos indicaram que a somatização é encontrada com frequência em serviços de atenção primária, gerando altos custos para o sistema de saúde (Martinez et al., 1997; Barsky et al., 2001). A ausência de cuidado afetivo adequado, a situação de ter sido vítima de maus tratos e às vezes de abuso sexual, a presença de distúrbios diversos psicológicos e de dor crônica de caráter funcional, como a fibromialgia e a dor pélvica, a submissão e conformismo, a presença e prevalência de distúrbios cognitivos e de personalidade antissocial na família, e em especial nos distúrbios característicos da somatização, descrevem padrões biopsicossociais de grande dependência com uma amplificação psicossomática das sensações corporais.

A partir de uma orientação reconhecidamente pragmática da educação para a saúde devem reunir-se, num mesmo grupo, todos os distúrbios cujas características essenciais são identificadas como sintomas biofísicos que indicam um transtorno orgânico e para os quais não existem achados orgânicos demonstráveis ou algum mecanismo fisiológico conhecido da clínica especializada em que as evidências sejam positivas, ou pelo menos, uma das fontes seja suspeita e/ou indique caminhos que liguem os fatores psicossomáticos aos conflitos psicoemocionais que provocam diversos distúrbios como os dos AVCs. Contudo, sobressai neste quadro à apresentação repetida de sintomas biofísicos, juntamente com solicitações persistentes de investigações neurológicas, neuropsicológicas, neuropatológicas, biomédicas, bioquímicas e outras que, mesmo confirmando ou negando as descobertas e dando garantias de que o paciente não sofre de uma doença biofísica, alguns deles, após a determinação

através dos resultados dos exames realizados e declarados como negativos para a indicação proposta, tranquilizam-se, apenas por um breve espaço de tempo.

No entanto, fundamentando-se neste pensamento, foram detectadas as principais diferenças dos distúrbios somatoformes, dos distúrbios factícios ou convencionais e da simulação e, também na produção desses sintomas dos distúrbios somatoformes que não se encontram sob controle voluntário, isto é, o indivíduo não vivencia a sensação de controlar os sintomas. Questionam-se as similaridades com o transtorno obsessivo-compulsivo (Frare et al., 2004), levantando possibilidades de ambos os diagnósticos fazerem parte de um mesmo espectro, assim como o transtorno delirante (Phillips, 2004).

A definição de transtorno somatoforme não se fundamenta apenas em critérios de exclusão - a presença de sintomas somáticos não plenamente explicados por uma doença biofísica por causas e efeitos diretos de uma substância, ou por outro transtorno biopsíquico ou psiquiátrico, mas também, em critérios positivos. Apresentamos também situações de angústia e a preocupação intensa do paciente, o caráter inconsistente, difuso, polissintomático, mutante e histriónico das queixas, a resistência à aceitação de vínculo com aspectos emocionais, o ressentimento por não convencer a clínica da natureza biofísica da sua doença, a procura incessante de novas opiniões sobre seu diagnóstico solicitando novas investigações médicas e reivindicado mais exames específicos por acreditar que poderá solucionar o seu problema de saúde. A crítica mais indicada centra-se no número de sintomas somáticos inexplicáveis, mas necessários para considerar o paciente, e refere que na evolução histórica das doenças que foram classificadas desde 1980 pelo DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV E CID-10, o número de sintomas a ser considerado jamais permaneceu o mesmo, sendo diferente entre as duas classificações.

Determinados autores fizeram propostas alternativas de classificações para os pacientes que apresentam doenças psicossomáticas verdadeiras, sendo esses critérios utilizados principalmente pela investigação psicoeducativa e socioeducativa. Para tratar desses critérios, autores como Escobar et al. (1987, 1998a,1998b), utilizaram um redimensionamento dos critérios diagnósticos para a definição clínica dos distúrbios somatoformes. Estes mesmos autores definiram o transtorno de somatização abrangente e criaram o S.S.I (*Somatic Symptom Índex*), reduzindo o número mínimo de sintomas físicos sem substrato biofísico necessário para o cumprimento dos critérios determinantes de um diagnóstico de treze ou onze para quatro queixas para homens, e seis para mulheres.

Tais medidas, em geral, sugerem que, quando esse índice é utilizado nas pesquisas, poderá aumentar em muito a prevalência dos distúrbios psicossomáticos nas populações, mesmo se a referência for o CID-10, no qual o critério diagnóstico exige um mínimo de seis sintomas, independentemente do género. O transtorno somatoforme mais encontrado em todas as pesquisas até ao momento foi o transtorno da somatização indiferenciada. A educação reconhece que, no transtorno da somatização, o quadro clínico caracteriza-se pela presença de múltiplos sintomas recorrentes e mutáveis, envolvendo diversos órgãos e sistemas, e é geralmente observado mais frequentemente nas mulheres na fase da adolescência ou no início da idade adulta; a prevalência ao longo da vida encontra-se entre 0,2 e 2%, quando se utiliza um critério menos restritivo do CID 10 ou do DSM-IV.

Conseqüentemente, com um número bem menor de sintomas, essa prevalência pode ser tão alta quanto 4,4%, segundo a literatura estudada. Estal situação indica que o transtorno ocorre em aproximadamente 20% dos familiares de primeiro grau do sexo feminino. A psicoeducação verificou também que a relação contínua das queixas de sintomas biofísicos apresentados pela mãe e a procura de ajuda médica constante é uma fonte determinante para compreender e entender o comportamento homogéneo por parte de alguns dos membros da família que passam a adoecer repentinamente.

A resposta para este comportamento reflete-se em manifestações que se apresentam no aparelho digestivo, aparelho cardiopulmonar, aparelho geniturinário, nas dores reumáticas, na amnésia, na surdez, na cegueira, na paralisia e nas convulsões; durante as queixas, a depressão e a ansiedade costumam estarem presentes através da dramatização geralmente premeditada e inconsciente do paciente. Neste andamento considerado crónico e flutuante, os distúrbios vão-se associando aos diversos comprometimentos da vida biofísica e biopsíquica e também sócio-familiar.

Os referidos sintomas iniciam-se na fase da adolescência e acompanham o indivíduo ao longo da vida, e, por não estarem incluídos nos critérios diagnósticos dos CIDs e dos DSMs, os pacientes deixam de ser encaminhados para um tratamento especializado por vários anos, tanto na fase adulta quanto na fase senil. A educação observa também que estes pacientes costumam já ter muitos encaminhamentos anteriores para diversas clínicas e serviços especializados, possuindo um dossier e/ou prontuários volumosos. Entretanto, neste processo, generaliza-se o uso e o abuso constante de ingestão de medicamentos de forma irregular e descontrolada que poderá resultar em dependência de sedativos e de analgésicos.

Nas questões referentes à hipocondria, o paciente acredita, geralmente, que sofreu ou sofre de pelo menos uma doença biofísica grave. Esta característica particular de paciente e doença, preocupação intensa e incomum de cuidados com o próprio corpo e às vezes com o corpo do próximo, poderão tornar-se psicóticas. Com intensidade os médicos podem chegar a dizer que não há nada errado e que está tudo "na cabeça" do paciente, podendo piorar o prognóstico caso não o encaminhe para tratamento especializado (Kolb et al., 2003). A educação para a saúde sugere que este termo pode ser usado de diferentes maneiras, por exemplo, como traço de personalidade, que inclui a tendência permanente para uma preocupação excessiva com a saúde, com os alimentos que ingere e com a aparência pessoal, bem como com o medo excessivo de doenças.

E, assim, refere-se aos sintomas hipocondríacos como uns dos que tomam a forma de ruminações, ideias prevalentes ou delírios, que podem acontecer em quase toda a síndrome biopsíquica, com uma presença psicótica, incluindo a esquizofrenia e a demência, como uma síndrome limitadora e destrutiva. Estudos indicaram que a prevalência da hipocondria varia entre 3% a 13% em diferentes comunidades (população em geral) e a preocupação com a doença (desde preocupações normais a medos constantes e incapacitantes) ocorrem entre 10% a 20% na população normal (Kellner, 1985). Esses delírios quando ocorrem concomitantemente com um transtorno depressivo são secundários ao transtorno do humor-afetivo e geralmente estão relacionados com ideias de pessimismo e de morte aparente.

No entanto, o termo hipocondria é usado com frequência de maneira mais específica para designar hipocondria primária. Nesse contexto sindrómico, o paciente está excessivamente atento às relações corporais, à interpretação de sinais de sofrimento de doenças degenerativas como o AVC, cancro, HIV/SIDA, doenças cerebrovasculares e outras de grande impacto na relação sócio-familiar. Algumas investigações são intensificadas em busca de um diagnóstico através de exames, insistentemente solicitados ao médico de família e outros assistentes, descartando toda a relação da indicação positiva ou negativa do diagnóstico biofísico ou biopsíquico, o que tende a ser impugnado pelo paciente. No entanto, esta solicitação, de um novo exame, está a ocorrer rapidamente, tornando-se necessária à reorganização dos serviços de saúde, a fim de melhorar a assistência prestada a esta crescente população (Montanholi, 2006).

A sensação de estar paciente fisicamente e de ter relutância em consultar uma junta médica faz com que o transtorno seja incomum na prática neuropatológica e neuropsiquiátrica, ao contrário do transtorno de somatização em que a relação de prevalência de hipocondria entre sexos é igual. A psicoeducação sugere que, na condição descrita como dismorfobia, observam-se preocupações excessivas com o desfiguramento de partes corporais, em geral, centrando-se, no entanto mais na parte da face, nariz, orelhas, boca, ou, com menos frequência, queixas relacionadas com os cabelos, seios e aparelho genital. Este tipo de quadro é acompanhado por um comprometimento do funcionamento socio-ocupacional e sócio-familiar e, muitas vezes, com estas preocupações o paciente poderá atentar contra a própria vida e por vezes alcançar o seu objetivo, chegando ao suicídio.

Conforme Zaslavsky e Gus (2002) é uma etapa da vida com características e valores próprios, em que o indivíduo sofre modificações na estrutura orgânica, no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas características intelectuais e emocionais, e não pode ser vista, apenas, como uma doença. Todo o comprometimento sindrómico tem o seu início entre os 6 e os 53 anos de idade, com um percurso crónico, com intervalos de ausência de sintomas e com recorrência a diversos serviços terapêuticos e a uma submissão a procedimentos diagnósticos traumáticos habituais para o paciente. A educação para a saúde defende ainda que a realização de várias intervenções cirúrgicas estéticas, em casos em que a deformidade biofísica não é relevante, indica a necessidade de uma avaliação psicológica e/ou biopsíquica.

Assim sendo, não se sabe até o momento se a hipocondria é mais bem entendida como transtorno da percepção corporal ou é uma alteração de interpretação cognitiva e comportamental, isto é, a maneira de perceber ou pensar sobre a doença. Alguns estudos falam sobre o transtorno de ansiedade ou de reação de alarme excessivo, no qual o medo e a ansiedade têm a função primordial de atuar como uma sinalização de perigo ou de ameaça, desencadeando uma resposta adequada e adaptativa que passa pela envolvência do adoecer e que poderá revelar se o medo é da doença ou é apenas um dos vários medos presentes na história clínica destes distúrbios. Faz-se necessário entender esta situação e compreendê-la como um fato colectivo e social que não pode ficar restrito a práticas individuais e exclusivamente medicalizantes, priorizando-se uma assistência voltada para a prevenção (Fonseca; Soares, 2007).

No entanto, na disfunção autonómica psicossomática, os sinais e sintomas têm a sua envolvência nos sistemas ou órgãos que estão completamente sob enervação autonómica.Os casos mais notáveis relacionam-se com o sistema cerebrovascular, respiratório e gastrointestinal e outros que são evidenciados em muitos pacientes. Esses sinais e sintomas podem estar associados ao stress e aos problemas da vida quotidiana e são, muitas vezes, denominados distúrbios neurovegetativos, embora correspondam a outros distúrbios biofísicos que provocam depressão e ansiedade. Quando falamos dos distúrbios psicossomáticos da dor biofísica e biopsíquica que merecem uma atenção especial pelas várias prevalências e pela íntima relação entre a dor e a somatização, normalmente o transtorno doloroso somatoforme.

Este tipo de transtorno é persistente e refere-se à dor crônica, cuja origem ou cujo grau de intensidade não podem ser explicado por uma patologia biofísica ou por um processo de quadros neuropsiquiátricos com diversas manifestações graves (Moraes, 2007). Contudo, estes distúrbios ocorrem na vigência de conflitos psico-emocionais ou de problemas psicossociais considerados como responsáveis das dores que atingem, principalmente, o peito, a região lombar, o abdomem, a pelve e o aparelho genital externo, e despertando uma preocupação crescente entre as equipes médicas assistenciais e pessoas intimamente relacionadas com os problemas atuais do paciente. Assim, a dificuldade que a equipe médica tem na avaliação de tais pacientes está em diferenciar as suas queixas principais com aquelas relacionadas a uma entidade nosológica bem definida, pois a dor é um fenómeno mediado e modulado de forma determinante pelo aspecto afetivo-emocional e comportamental.

A opinião de dor desproporcional à lesão central da definição desse processo é de difícil delimitação na prática clínica auxiliar e também na parte psicoterapêutica, inclusivamente pela forte influência dos aspectos social e familiar na estruturação de padrões aceitáveis de comunicação de tais sofrimentos. De acordo com o CID – 10 e DSM IV o diagnóstico de sintomas somatomorfos é o indicado para pacientes que não se enquadram em nenhum critério para distúrbios somatoformes específicos. Contudo, esta sensação de inchaço e/ou edema, de movimentos sobre a pele e parestesias (formigueiro e ou dormência), de globus hystericus (sensação de um caroço na garganta causando disfagia) e outras formas de disfagia, de torcicolo psicogênico, de disseminareis e sintomas somáticos com duração de menos de seis meses, sem causa biofísica ecorrentes de causas biopsíquicas ou de outro transtorno neuropsiquiátrico, não estão especificados nos manuais de medicina assistente e preventiva até o momento e são algumas das queixas dos pacientes.

O contratempo da psicossomatização indiferenciada, presente no CID-10 e no DSM-IV, caracteriza-se, geralmente, por pelo menos um sintoma biofísico inexplicável, durante, no mínimo, seis meses e que compromete significativamente o funcionamento da relação social e ocupacional do indivíduo; entre esses sintomas, incluem-se as queixas de cansaço e fadiga, que se correlacionam com os quadros psicofísicos de neurastenia e síndrome da fadiga crônica, muitas vezes considerada síndromes somáticas funcionais. A associação da somatização, enquanto fenómeno, às ditas síndromes somáticas funcionais têm sido valorizadas recentemente por se constituírem entidades nosológicas claramente descritas e definidas nas classificações já existentes nos CIDs e DSMs. Até o momento, não proporcionaram alterações no exame anatomopatológico conhecido e a elas agregado e ou associado, embora os pacientes refiram múltiplas queixas inesperadas, com um curso crónico, grave comprometimento funcional e aceitação do papel de um ser penosamente paciente.

Neste contexto explicactivo, temos a síndrome da fadiga crônica, a fibromialgia, a síndrome do cólon irritável e vários tipos de dores, tais como a dor torácica, dor pélvica atípica e a cefaleia de tensão pré-menstrual e/outras relacionadas com a região pélvica, dependendo do diagnóstico de critérios consensuais e de uma descrição de sintomas. Neste conjunto complexo de informação existe uma sobreposição de sintomas entre as várias síndromes e uma percentagem importante de pacientes com fibromialgia, apresentando cansaço, diarreia ou cefaleia provocadas pela tensão psico-emocional.

Em suma, esta questão para ser diagnosticada depende, em muitos casos, da equipe interdisciplinar ou multidisciplinar que passará a avaliar o paciente e da colocação dos sintomas no domínio biofísico ou biopsíquico, sendo grande a co-morbidade com transtorno psiquiátrico que requer tratamento específico. No entanto, discute-se atualmente se todas estas patologias não serão as diferentes faces de um mesmo processo anatomopatológico ainda pouco explicado, o qual envolve processos como a alteração da função de um órgão ou sistema, na forma de contrações musculares intensas ou de alteração da secreção das glândulas e do micro circulação, e a hipersensibilização de determinadas redes nervosas, tal como ocorre na dor crônica biofísica, e também na dor biopsíquica. Conforme a educação para a saúde, este tipo de transtorno é conhecido de acordo com a tradição por transtorno conversivo histérico. Estes distúrbios ocorrem sintomaticamente provocando alterações de funções fisiológicas, alterações que de modo distorcido e inconsciente exprimem impulsos pulsionais anteriormente recalcados (Fenichel, 2005).

O termo histérico, de uso consagrado na prática clínica, é evitado pelo CID-10 e o DSM -IV devido aos seus vários significados nos processos psicoterapêuticos. Entretanto, o termo conversão vem da ideia de que o sentimento afetivo-emocional, não se expressando junto à via normal, é convertido no corpo e nos distúrbios conversivos histéricos, verificando-se uma alteração funcional na psicomotricidade e/ou psicosensibilidade do paciente, sem que haja um comprometimento anatómico que justifique uma espontaneidade desse paciente na produção de alguns desses sintomas manifestados através da psicomotricidade, o que é um sinal importante. A sua topografia e as modalidades qualitativas de suas alterações não obedecem às leis de interação de condução e sistematização das vias de sensibilidade, (Paim, 1993).

A educação para a saúde afirma que esse comprometimento também é identificado nas paresias flácidas e rígidas, nas contrações, nos tremores, nas pseudocrises epilépticas, nos tiques e nas alterações da marcha.No meio dos sintomas sensoriais, encontramos os distúrbios visuais, as parestesias, as hiperestesias e as anestesias, apesar de, perante os sintomas, geralmente e com muita frequência, os pacientes se apresentarem indiferentes e calmos. Neste processo de avaliação da educação para a clínica psicoeducativa não há correlação com a anatomia nem com a patologia, cabendo à clínica interdisciplinar uma análise. O estudo das doenças que o paciente teve no passado pode ser o caminho mais forte para se compreender e entender os sintomas conversivos. Outra possibilidade é a de os sintomas se parecerem com os vivenciados por figuras de identidade ou que tenham sido observados em outras pessoas em situações de stress intenso e repentino.

Estes distúrbios conversivos, embora tenham diminuído de frequência, ainda são comuns nos serviços de emergência e nas clínicas especializadas da saúde biofísica e biopsíquica da família. Para os profissionais de saúde biofísica e biopsíquica é fundamental constatarem que não há intencionalidade da pessoa em produzir sintomas, a fim de se evitar uma atitude repressora ou de desprezo durante o processo terapêutico. Por estas e outras questões é necessário e indispensável o diagnóstico diferencial feito com a simulação, assim como com diversas doenças consideradas sistémicas. A avaliação clínica deve ser cuidadosa, visto que de 13 a 30% dos casos diagnosticados como distúrbios psicossomáticos conversivos descobriu-se a evidência de patologias orgânicas, justificando-se, retrospectivamente, os sintomas conversivos (Lazare, 1981).

Às vezes, o diagnóstico diferencial é mais difícil, as pseudocrises associam-se frequentemente a verdadeiras crises epilépticas que poderão ser de difícil identificação, notando-se apenas quando não encontramos alterações específicas nos exames eletroencefalográficos. Numa visão psicodinâmica, o diagnóstico diz que os sintomas conversivos são simbólicos, embora o seu significado profundo não seja claramente entendido pelos profissionais, nem tão pouco pelos pacientes. Quando se inclui uma dimensão simbólica do sintoma ligado a uma situação de conflito na vida do paciente é que passamos a entender essa relação que se apresenta através dos ganhos secundários, visto que o paciente pode conseguir reorganizar, temporariamente, as relações desfavoráveis que experimentava com o seu meio biopsiquicossocial.

As ações relacionadas com os ganhos primários seriam a defesa contra uma grande ansiedade gerada a partir de uma situação conflituosa, permitindo a descompressão psicológica. De acordo com Platonov (1995), a estrutura de um processo psicoeducactivo está constituída pelas associações sistemáticas entre os componentes deste processo e sua ordem de sucessão.Por norma, os pacientes nestas circunstâncias são pacientes com características de imaturidade, teatralidade e sugestibilidade. Para realizar um diagnóstico, a equipe médica necessita de examinar com cuidado o paciente, além da observação em momentos em que ele não se aperceba disso. Assim, poderá surpreender movimentos em pernas e/ou braços supostamente paralisados e terá de considerar, nesse caso específico, o diagnóstico diferencial de simulação. Algumas dessas sintomatologias mantêm-se apenas para determinadas atividades. Por exemplo, um paciente que não consegue movimentar uma das pernas e durante a consulta cruzam ambas, várias vezes. As situações de perdas ou distorções de funções neuropsicológicas na ausência de patologia biofísica ou biopsíquica têm sido utilizadas no termo dissociação histéricas. A amnésia é geralmente seletiva ao acontecimento traumático.

Pode haver, também, perda do sentido de identidade com esquecimento do nome, da idade, do endereço e outros. O paciente pode ter alta, acabando em serviços de emergência muito distantes da sua residência ou mesmo tomando novos rumos. Se a conversão é um "grito" do corpo quando a mente silencia, a dissociação é um silêncio. Visa à elisão de acontecimentos e conflitos, uma queima de arquivos comprometedora (Ramadam, 1988). Os distúrbios factícios devem ser diferenciados dos distúrbios somatoformes e de outros distúrbios físicos e psiquiátricos. Factício significa forçado ou artificial, o que é produzido ou imitado.

O paciente é responsável pela sua doença física e mental quando, nesse contexto, fabrica os sintomas. Existe uma necessidade impulsiva de se apresentar como paciente, de ser atendido e internado. Nada mais provocador para a equipe médica que espera no comportamento habitual do seu paciente o desejo de ser curado e tratado desses eventuais domínios sintomatológicos. Este tipo de transtorno factício encontra-se entre os processos identificados como os mais agressivos, embora essa agressividade seja passiva: "A enfermidade pode não existir, mas o enfermo sim" (Escardó, 1975). Um paciente com estas características, longe dos desejos de retornar à saúde, cultiva a enfermidade. Tem necessidade imperiosa de repetir e manter a simulação (Hoirisch, 1998).

A conduta mutiladora e autodestrutiva faz configurar uma síndrome grave. A sinonímia é múltipla: síndrome de Munchausen, doença artificial, patominese e pseudologia fantástica, entre outros termos. Ocorre tanto na infância e na adolescência como na vida adulta, sendo a sua predominância na maioria dos casos em jovens mulheres, sendo que muitos pacientes tiveram algum contato com profissões da área de saúde física e mental.Particularmente dramáticos são os casos de lesões autoprovocadas na pele (escoriações, queimaduras, abcessos, impedimento de cicatrização de feridas), vômitos, indução de infeção e febre (injeção de material contaminado no próprio corpo, adição de fezes na urina, aquecimento de termómetro), anemia (retirada de sangue com seringa, indução de hemorragia), hipertireodismo e hipoglicemia (injeção de insulina ou ingestão de sulfonilureias) e adição de sangue em líquidos corporais recolhidos para exame (Ford, 1983).

A síndrome de Munchausen por procuração é uma doença psiquiátrica descrita recentemente, na qual uma pessoa inventa sinais e sintomas de uma doença qualquer, bem como falsos relatos de mortes e de ideias suicidas. Pode também ser provocada, geralmente pela mãe, numa criança, chamando a atenção para os expedientes criados para falsear resultados de exames e conseguir cirurgias, assim como o bom domínio dos termos técnicos utilizados exclusivamente pelos profissionais de saúde. Outras características apontadas são a vida itinerante, a ausência de relacionamentos próximos e estáveis, os vários desmaios sempre na porta dos consultórios ou de serviços de urgência, as queixas de uma doença aguda e grave corroborada por sinais de doenças congénitas, crônicas e degenerativas. Estas situações geralmente apresentam um abdomem em tábua, com sinais de laparotomias prévias, história de tratamento anterior em hospitais distantes, agradecimentos emocionais à equipe, submissão resignada a procedimentos para conclusão do diagnóstico, dependência e exigência de

cuidados intensivos assistenciais, pedidos de alta ou fugas quando confrontados com inconsistência dos relatos do quadro clínico e dos resultados dos exames laboratoriais.

A motivação para estes comportamentos é ainda muito obscura para a clínica, normalmente envolvendo conflitos relacionados com a dependência, com a sexualidade e com a hostilidade. Tais pacientes apresentam, aparentemente, desejos de relações íntimas e gratificantes com pessoas do meio, sobretudo médicos e paramédicos. Há um caráter impulsivo e masoquista no seu comportamento com tendências autodestrutivas. Segundo Hoirisch (1998), a omnipotência impregna os atos do simulador convencido de sua astúcia. O desmoronamento dessa auto-idealização acarreta, em alguns casos, depressão pela perda do status do paciente, bem como uma violência ameaçadora movida pelo medo de receber punição da equipe médica assistente.

No início, será preciso controlar a equipe assistente e médica, para que eles não se sintam humilhados pelo paciente e possam estar a arquitectar uma possível vingança, em "cerimonial de desmascaramento" que poderá trazer problemas futuros para a relação assistente entre médico e paciente. Se a equipe determinar a confrontação, ela deve ser feita de modo não-acusatório e não-punitivo, preferencialmente pelo médico assistente, sozinho ou com o apoio da psiquiatria, reconhecendo o longo sofrimento desse paciente. Não devemos insistir na confirmação da simulação. O mais relevante é a identificação de uma necessidade de cuidados psicológicos para tais situações, pois é através do quadro clínico grave que se indigna a equipe e mais veemente será a recusa desse paciente em aceitar ajuda da equipe assistente.

A questão do tratamento é muito difícil. Implica uma mudança radical e profunda no modo de ser do paciente, bem como a reconstrução de um mundo de vivências e experiências. Tais abordagens psicoterapêuticas devem ser compartilhadas no universo do paciente e da família para uma reorganização das relações estabelecidas. Conforme Botega (2006), o transtorno factício diferencia-se dos distúrbios somatoformes e conversivos, uma vez que no primeiro os sinais e sintomas encontram-se sob controle voluntário do paciente. Na conversão, não há o propósito consciente de enganar o médico ou auferir vantagens. Distingue-se também da simulação, na qual o paciente cria ou exagera um transtorno com a intenção óbvia de evitar certas situações, tais como um exame escolar, o serviço militar, processos judiciais e a própria relação sócio-familiar.

Na simulação, o paciente tem alguns bons motivos para a mentira. No campo das doenças mentais, por exemplo, existem situações em que os peritos opinam pela insanidade e, tão logo o benefício é concedido, o paciente cura-se milagrosamente, "por assim dizer". Algumas condições que podem ajudar a medicina a desconfiar da simulação são o contexto médico-legal (espera de julgamento, solicitação de advogado), discrepância entre queixas e achados objetivos, falta de cooperação com o avaliador e presença de transtorno da personalidade anti-social (Barsky, 1997). A relevância do sintoma diferencial está na dificuldade que a equipe de assistência médica tem de se aproximar e de examinar os pacientes com transtorno de comportamento e como tendem a dissociar alterações mentais (cognição, afeto, comportamento) de patologias físicas que poderão causar influência no quadro clínico dos pacientes atingidos de doenças cardiopsicológicas e neuropsicológicas.

Algumas doenças sistémicas podem ser confundidas com distúrbios somatoformes, sobretudo em fase inicial. Entre as doenças clínicas em que isso pode ocorrer mais frequentemente estão o lúpus eritematoso sistémico, a esclerose múltipla, a sífilis terciária, o tumor cerebral, o hiperparatireoidismo, o hipertireoidismo, a porfiria aguda intermitente, a miastenia gravis e a sarcoidose. Por outro lado, um paciente com transtorno somatoforme tem a mesma probabilidade que qualquer outra pessoa da sua idade em desenvolver alterações físicas independentes. Devemos considerar a possibilidade de novas investigações sobre as queixas apresentadas. A depressão com sintomas físicos é mais frequente do que o transtorno somatoforme. Tem geralmente o seu início após os 40 anos de idade e pode ser uma manifestação precoce de um transtorno depressivo.

Pessoas com depressão podem apresentar queixas somáticas, mais comumente fadiga, inapetência, perda de peso, insónia, gastrite e dores nas várias partes do corpo. Os pacientes com distúrbios de somatização têm queixas físicas recorrentes ao longo da vida, independentes do seu estado de humor e reivindicam tratamento e, se possível, a cura. Geralmente as queixas físicas dos distúrbios depressivos estão limitadas aos períodos de humor depressivo e os pacientes, geralmente, mostram-se desanimados em relação ao processo indicado para o tratamento. Para a equipe assistente de cuidadores e médicos generalistas, a distinção entre distúrbios de ansiedade e de somatização poderá apresentar uma série de dificuldades. É possível que pacientes com distúrbios de ansiedade generalizada tenham inúmeras queixas físicas associadas, mas o foco de preocupação não está limitado apenas às físicas.

Geralmente são encontrados nos ataques de pânico os sintomas somáticos múltiplos. Grande parte das queixas físicas sem substratos anatómicos correlaciona-se com quadros ansiosos (Tofoli, 2004), incluindo vários tipos de dor, náuseas, gases, dispneias, desmaios, paralisias, afonias, formigueiro, taquicardia, e outras… O transtorno de personalidade, em si, não causa sintomas físicos. Os pacientes que apresentam tais distúrbios podem de alguma forma, obter benefício na relação com os que lhe estão próximos: doação de analgésicos, de atenção, de controle, de motivos para acusações, perdão e outros. Esta situação poderá ser identificada através de uma anamnese ou de uma consulta simples.

O profissional é treinado a partir de uma perspectiva do modelo biomédico e trabalha com concepção de exclusão ao lidar com as queixas de origem emocional dos seus pacientes que, antes de tudo, procura excluir uma etiologia orgânica para as queixas principais. Suspeitando de causa emocional associada a queixa, o médico assistente costuma apresentar dificuldade em intervir corretamente. Tenta persuadir e tranquilizar o paciente sobre a ausência de doenças somáticas (geralmente surge o insucesso) e opta por encaminhar o paciente para outra clínica, numa preparação adequada, para o profissional de saúde mental (esta é uma indicação que geralmente não é seguida rigorosamente), com alta do serviço clínico. Este tipo de encaminhamento é geralmente entendido e compreendido pelo paciente e pelos seus familiares como uma situação de desprezo por parte do profissional de saúde e, às vezes, como uma acusação de ser o paciente mentiroso, fingidor ou paciente mental.

Com esta convicção, os pacientes procuram noutros centros de saúde novas perspectivas de atendimento para as suas queixas. O eixo desta preocupação deverá apoiar-se nas abordagens psicoterapêuticas realizadas pelos profissionais médicos e paramédicos, generalistas ou especialistas. O desafio torna-se muito grande, tendo em consideração as lacunas no ensino de técnicas psicoterapeutas para o médico clínico geral. Há também, pouca oferta de atendimentos em psicoterapia para fazer face à importante procura – reprimida – dos pacientes atingidos por distúrbios diversos. Nesta problemática, deve ter-se em conta os sentidos com que os profissionais de saúde rotulam os queixosos, que podem ter uma doença orgânica e que se manifesta ampliando as suas novas necessidades, fazendo com que desperte no clínico a dúvida pelos sintomas apresentados. Outros pacientes podem ser prolixos e não se fixarem numa sequência da sua atual queixa. Geralmente este tipo de paciente provoca na equipe certa angústia bloqueando os seus raciocínios.

Essa angústia apresenta-se através de um rol de sintomas "sem sentido" que passam a ser idenificados pelos seus componentes da seguinte forma: 1. Vários sintomas corporais, numa queixa principal que possa dar um norte à equipe; 2. Bloqueio de raciocínio clínico com angústia da equipe médica assistente. Conforme Botega (1992), "o compromisso somático" é aceite às vezes como a solução menos perniciosa e menos dispendiosa em termos emocionais. Diversas equipes médicas assistentes reconhecem alguns comportamentos como sendo desviantes e a eles atribuem nomes. Às vezes, rótulos como histérico, indicam que foi detectado um problema no paciente. Esses termos repetitivos na equipe de saúde são palavras-chave que constituem uma espécie de eixo em torno do qual se concretiza a maneira de incorporar (ou não) e de lidar com o psicossocial e sócio-familiar nas unidades de saúde da família.

Deve-se lembrar, também, que o rotular tem uma finalidade de controle social, principalmente nas grandes cidades, onde os diagnósticos e tratamentos psiquiátricos podem ser consignados a um sem-número de problemas de natureza social e económica trazidos aos centros de atenção médica (Filho, 1986). A ação de qualificar, como uma absolvição, serve ainda para adquiri-la e para edificá-la de um mundo de objetos menos assustador, tornando-se uma extração para se escapar da dúvida, bem como uma defesa contra a angústia e contra o sentimento de impotência. Conforme a psicanálise e a nossa visão do estudo dos efeitos, a possibilidade de re-significação dos sintomas (e do rótulo) permite-nos ampliar a nossa visão do paciente e das doenças. Na verdade, o paciente, vendo-se reconhecido, poderá mudar a organização de seu sofrimento e empreender uma mudança na sua relação com a vida.

Estudos de Trindade *et al*. (2005) fazem referência ao método humanista desenvolvido pela médica norte-americana Rita Charon, da Universidade Columbia, em Nova York, chamado de "medicina narrativa". Esse será um dos aspectos fundamentais da abordagem da relação médico-paciente, bem como na transmissão de informações à equipe que lida com eles. A conseqüência da escuta ativa refere-se à modificação realizada e à valorização dessa escuta como instrumento terapêutico nas primeiras entrevistas e no seu método. Continua-se a verificar a tradição centrada na indicação do olhar e do tocar, já que a maioria dos profissionais de saúde não foi treinada e, às vezes, não se sente capaz de utilizar a escuta ativa como instrumento de diagnóstico.

A escuta ativa é fundamental para que se possa perceber e avaliar os aspectos psicossociais do paciente, incluindo a presença de acontecimentos stressantes capazes de atuar como desencadeantes ou agravantes de sofrimentos emocionais que estruturam uma visão geral da relação sócio-familiar. Alguns desses somatizadores, expressivos e receptivos, abordam pontos gratificantes da sua vida e vão aliviando as suas tensões quando podem falar da sua vida e dos seus problemas com o terapeuta. De acordo com Buchalla (2004), defende-se a atitude de tornar-se empático, é que levará o profissional da medicina a estar mais inteirado dos seus sentimentos, implicando uma melhor compreensão humanizadora dos seus pacientes.

Outros pacientes somatizadores podem desenvolver graves doenças crônicas quando são abordados assuntos pessoais, negando qualquer problema, o que reforça a metodologia tradicional da relação médico-paciente. Esses profissionais devem evitar o constrangimento e os confrontos, abordando os aspectos psicossociais e sócio-familiares de forma discreta, em geral, dentro do processo de anamnese. É muito comum nas primeiras consultas o paciente apresentar resistência em falar sobre aspectos subjectivos da sua vida, principalmente quando aqueles estão associados a um histórico de cronicidade na evolução do quadro clínico, com precocidade no surgimento de múltiplas queixas somáticas e graves incapacidades funcionais, que são uma forte indicação da presença de distúrbios somatoformes, e não apenas da presença de somatização como um processo de manifestação de um dos sofrimentos mentais.

É neste momento do processo evolutivo que a prática médica psicoeducativa começa a sair de um caráter mágico rumo a uma base fundamentada no método científico no decorrer dos tempos (Margotta, 1998). Para um tratamento de sucesso nos distúrbios conversivos, o clínico não deve confrontar o paciente com o "caráter artificial" dos seus sintomas. O espírito de acolhimento da equipe de saúde e da transmissão de confiança provoca certa tranquilidade ao paciente que o informa que os exames e os principais testes complementares não acusaram uma síndrome degenerativa. Com a indicação de que os sintomas devem reduzir-se ao longo do tempo e que o corpo vai reagir conforme o tratamento, e a explicação de que a nossa mente não vai dar conta do que está a ocorrer, o paciente reagirá favoravelmente. Outros estudos confirmam este cenário, argumentando que a terapia psicoeducativa, que no seu início tinha um caráter mágico e posteriormente religioso, foi paulatinamente tornando-se científica, ou seja, fundamentada na observação racional através do método experimental (Sournia, 1992).

Porém, o caso torna-se grave quando o paciente apresenta séria psicopatologia com persistência dos sintomas e a presença de stress contínuo; nesses casos, o médico assistente deve encaminhar o paciente para um especialista em psicoterapia e não medicá-lo através de psicotrópicos e/ou ansiolíticos para não mascarar o tratamento. Neste contexto, destacamos ainda os benefícios apontados por Santos (2008) quando afirma que a telessaúde promove a facilitação do acesso às informações em saúde, a dinamização dos processos, a possibilidade de compartilhar as inovações, a troca de informação entre serviços com redução dos custos e aprimoramento assistente, o enfrentar das dificuldades para o transporte de pacientes especiais, a transformação dos processos de marcação de consultas especializadas e a promoção de educação e requalificação permanentes dos profissionais.

5.15 - Diagnóstico – causa e efeito da sua precocidade

É fundamentalmente relevante a precocidade de um diagnóstico, não apenas para uma conduta eficaz, mas também para que outras condutas crônicas e iatrogénicas sejam evitadas, como já foi abordado. É através desse processo que o clínico passa não somente a instrumentalizar a escuta, o que é fundamental, mas principalmente a trabalhar com uma concepção multifatorial do adoecer. Há mais do que um diagnóstico nosológico: a co-morbidade entre os distúrbios somatoformes é alta e uma parte significativa dos pacientes que se apresentam com a somatização sofre de distúrbios mistos de ansiedade e depressão (Brasil, 1995).

Esta identificação precoce requer um rompimento com o processo de diagnosticar patologias mentais baseado na exclusão de problemas físicos deixados pelo grande número de seqüelas de outras doenças. As patologias consideradas exclusivamente mentais apresentam sinais positivos no exame e devem ser os elementos norteadores do diagnóstico precoce. Após a coleta desses elementos e da sua caracterização com indicação patológica, as medidas terapêuticas devem ser instituídas, incluindo o encaminhamento para o especialista. A fim de que a sua intervenção seja bem-sucedida, o clínico geral responsável pelo caso tem uma importante tarefa: recodificar os sintomas ou, como explica Goldberg (1992), *changing the agenda*.

5.16 - Efeito da recodificação dos sintomas

Para ter sucesso na somatização do paciente, independentemente da patologia de base psiquiátrica ou não que o paciente apresenta, a equipe médica deve repensar a tarefa de construção com o paciente, clarificando-o de que a percepção do problema central tem uma relação com o seu sofrimento emocional. Diversos autores apontam a importância deste momento na abordagem dos pacientes somatizadores (Goldberg, 1992; Brasil, 1995; Aiex e cols., 1997), considerando que essa "transformação da agenda" ou "recodificação do sintoma" é o ponto inicial de modificação da trajectória desse paciente, permitindo que novas formas de elaboração dos seus problemas sejam encontradas. A equipe de saúde física e mental, ao definir a problemática e recodificar a sintomatologia que é associada a um sofrimento emocional, deve levar o paciente a perceber e a compreender como eles se correlacionam, incluindo cronologicamente, com situações, que se desencadeiam a qual são produtoras de *stress.*

Diversos pacientes que demonstram resistência costumam aceitar que o agravamento do seu quadro clínico está relacionando com o seu humor afetivo. Para fortalecer esta relação de sucesso na intervenção clínica é necessária a contribuição de um sistema explicactivo comum para o processo de adoecer. Só a partir daí pode ser desenvolvida uma aliança terapêutica (Helman, 1994). É de total relevância neste processo a transmissão de segurança ao paciente quanto aos seus sintomas físicos. Este passa a ser um dos momentos mais importantes na abordagem terapêutica por representar uma fonte de alívio para o paciente, que muitas vezes se satisfaz, apenas, com os resultados dos exames clínicos e complementares que indicam que o paciente não possui nenhuma doença orgânica.

Além desta representação padronizada de comunicação de sofrimento, a somatização poderá ser tomada como um mecanismo de defesa que foi reforçado ao longo do tempo. Quando submetido a problemas de natureza diversa (stress, perdas, conflitos sócio-familiares), o paciente tende a retornar esse padrão conhecido de funcionamento. No entanto, a formação profissional seria um caminho percorrido incessantemente e não somente um instante inserido na vivência académica para responder a estas necessidades. O profissional não estaria em tempo algum num estado de completude, uma vez que o conhecimento é continuamente aumentado com o decorrer do tempo (Brasil, 2002).

5.17 - Causa e efeito da abordagem no somatizador

Os pacientes somatizadores identificados e rotulados pela equipe de saúde da família necessitam de um especialista de referência com quem possam estabelecer um vínculo permanente. Nogueira-Martins (2003) assinala que determinados aspectos são necessários não somente durante a formação do profissional, mas também na educação continuada, sempre num aperfeiçoamento contínuo da formação do profissional, sobretudo na função de quem presta cuidados. O especialista que conhece a evolução das condições de saúde do seu paciente impedirá, no futuro, intervenções diagnósticas excessivas, sem negar a real possibilidade de o paciente apresentar intercorrência clínica no curso da sua vida. Observamos que existe uma reclamação frequente dos pacientes que, uma vez caracterizados como portadores de patologia mental, em geral, e de somatização, em particular, referem que as suas queixas tendem a ser desconsiderado pelos profissionais de saúde, o que é, sem dúvida, muito arriscado.

Ao comparar a evolução de pacientes atendidos pela psiquiatria oriundos de uma clínica de dor, verificou-se uma diferença na taxa de abandono do tratamento em geral, caindo de 66 para 33% naqueles casos em que os pacientes mantinham um vínculo terapêutico com o seu médico clínico (Forte & Leal, 1993). Quando os quadros de somatização são apresentados como graves e crónicos, com patologias como distúrbios dissociactivos ou somatoformes, é necessário um tratamento específico por um especialista de saúde mental. Os pacientes com estas características têm grande dificuldade de perceber e verbalizar o sofrimento emocional resiste à abordagem dos seus problemas pessoais, fixam-se no papel de paciente. Alguns estudos contribuiram com uma importante proposta estrutural de tratamento, com objetivos bastante delimitados (Botega, 2006).

É importante estabelecer vínculos terapêuticos estáveis, fixando o paciente numa unidade assistente onde um profissional de clínica médica e um profissional de saúde mental se tornen a sua referência. Como já referimos anteriormente, é frequente a co-morbidade psiquiátrica, sendo imprescindível o tratamento específico. Em especial, destacamos o uso da medicação em quadros de hipocondria e dor crônica. Como a hipocondria é, mais comumente, a manifestação de outras patologias psiquiátricas (depressão maior ou transtorno delirante primário, por exemplo), deve-se estar atento ao tratamento adequado, com o uso de antidepressivos ou neurolépticos.

Prontamente, na dor crônica destaca-se o uso de antidepressivos tricíclicos em baixas doses, principalmente amitriptilina, imipramina e clorimipramina, dada a sua ação analgésica, além dos inibidores de recaptação duplos (venlafaxina e duloxetina). Um dos aspectos que mais dificultam a melhoria desses pacientes refere-se ao modo como lidam com os ganhos secundários. Entre essas necessidades que tais pacientes apresentam, destaca-se a de periodicamente procurarem um médico para provar ao sistema de saúde que estão pacientes. Quando são encaminhados para o auxílio da doença, quer com alta ou com reforma definitiva, reflete-se uma melhoria repentina, facilitando o desenvolvimento de atividades autónomas e a diminuição da sua dependência.

Perante o fracasso das abordagens psicoterapêuticas de base analítica nos distúrbios somatoformes, foi inicialmente colocada a hipótese de que os pacientes não seriam beneficiados pela psicoterapia (Taylor, 1984). Tal limitação confunde-se com a própria compreensão dos determinantes da somatização na teoria psicanalítica (Sifneos, 1973; McDougall, 1983), que postula a existência de uma deficiência simbólica associada à somatização, relacionada, principalmente, com os conceitos de pensamentos operatórios e alexitimia. Os autores apontam para as barreiras surgidas na psicoterapia individual desses pacientes: dificuldades de livre associação, incapacidade de estabelecer vínculo transferencial e indução de sentimentos contratransferência negativos nos terapeutas, como tédio e sono. Foi a partir dessas experiências que outras propostas psicoterapêuticas foram estruturadas.

As técnicas utilizadas são, principalmente, de base cognitivo-comportamental, tendo como objetivos a redução da adesão ao papel de paciente, a busca de sintomas físicos e o menor consumo de consultas e medicamentos (Looper; Kirmayer, 2002; Allen et al., 2001; Kroenk; Swindle, 2000; Sharpe, 1997). Também os trabalhos cuja terapia é realizada em grupo, mesmo nos níveis gerais da rede assistente, têm apresentado resultados positivos, tanto na literatura internacional como em experiências brasileiras (Alvarado et al., 1992; Aiex e et al., 1997; Fontes, 2000). Para os pacientes em que predomina a cronicidade da somatização, quer pelo curso incurável, quer pela sua complexidade de quadros (casos de hipocondria e dor crônica principalmente), a indicação de terapia de grupo mantém-se com um reforço na utilização de técnicas cognitivas. O uso de relaxamento, a alteração do modelo cognitivo aliado à interpretação de sensações corporais, a adesão ao papel de paciente, os comportamentos de fugas e as dificuldades na comunicação com a equipe de medicina assistente são mais enfatizados na literatura médica.

Existem relatos de evolução no desempenho sócio-familiar e de diminuição do tempo dedicado à doença. De um modo geral, no entanto, as perspectivas de se sentir melhor são mais modestas nos pacientes mais graves. Pacientes com quadros depressivos e com distúrbios somatoformes mais graves apresentaram menor índice de diminuição da doença ou maior taxa de abandono de tratamento (Lidbeck, 2003; Kashner et al., 1995; Longstreth et al. 1998). A somatização é um fenómeno complexo que envolve os padrões socioculturais de manifestações dos diversos distúrbios psíquicos, desde os psicopatológicos gravemente incapacitantes como os AVCs até às doenças cardíacas de uma forma geral.

Assim, é muito grande o seu investimento financeiro, seja pela excessiva utilização do sistema de saúde, pelo alto grau de comprometimento funcional que os casos crónicos apresentam ou pela própria incompetência no atendimento dos pacientes nas diversas clínicas e especialidades. Ao contrário da conduta tradicionalmente adoptada de que o paciente não apresenta nenhuma sintomatologia, importa referir que as diferenças são visíveis entre os pacientes que necessitam de melhores cuidados de apoio e que devem ser bem atendidos, não só pelos profissionais de saúde biopsíquicamental, mas em qualquer nível assistente.

PARTE 4 – A FENOMENOLOGIA DO IMPACTO DOS AVCs NA VIDA FAMILIAR

"Para conhecermos os amigos é necessário passar pelo sucesso e pela desgraça. No sucesso, verificamos a quantidade e, na desgraça, a qualidade."

(**Confúcio)**

CAPÍTULO 6 – OS EFEITOS

6.1 - O Psicopatológico nos efeitos dos AVCs

A forte influência fenomenológico-existencial, que permeia e enriquece o conhecimento adquirido através das leituras e experiência, torna-se única e original. A forma inconfundível de escolher uma redação às vezes gasta muitas energias com a investigação do tema. Outras vezes, defrontamo-nos com os métodos de investigação e de pesquisa em áreas da Neuropsicologia que ainda estão em desenvolvimento. Efetivamente, a exigência de validade parece-nos bastante desigual. Entretanto, isso faz parte das nossas tradicionais estratégias de dinamizar, promover reflexões e estimular os debates, pois, evidentemente, nós educamos e despertamos certas opiniões.

Observamos que para uma boa formação psicopatológica e neurológica exigem-se anos de estudos de casos, e nós não aprendemos completamente com eles. Os atendimentos a pessoas pacientes que apresentam graves alterações de comportamentos e condutas não podem esperar uma formação tão longa (Sonenrich, 2007). Fundamentando-nos numa base disciplinada e com menos arbitrariedade, devemos ajudar a desmistificar a mal falada "confiabilidade" das observações e dos diagnósticos. Alguns profissionais da psicoeducação ficaram burocraticamente atrelados aos instrumentos de investigação. A transferência relevante desses conhecimentos, embora simples e provisórios, tem de ser rápida, desde que seja segura, para que valha a pena e contribua para reduzir tais sofrimentos.

Alguns estudos (Sonenreich, 2001, 2005) realizados sobre as atividades dos profissionais de saúde física e mental norteiam posições decorrentes de certa visão do ser humano, de determinada noção de saúde e de doença, das tarefas e caminhos da clínica, das características do conhecimento das ciências. Como profissionais de educação e saúde, desempenhamos um papel na especialidade médica que nos dá um mandato social oficialmente reconhecido através dos conhecimentos adquiridos durante a formação e a especialização. Esta formação fundamenta-se nas ciências dos fenómenos psíquicos e do comportamento, que estuda o pensamento e a consciência. Ciência que, partindo da observação dos fatos psíquicos, determina as suas causas e as suas leis. Mas nem tudo que procuramos saber nos é dado durante a formação universitária, nem pelos seus complementos; deveria haver uma "residência" em psicologia, em que o "residente" definiria o seu encaminhamento ou processo de formação nos cursos extracurriculares.

Estudos demonstram que a Ciência é o que fazem os cientistas quando trabalham em busca de um propósito (Berral, 1969) e que outros autores citam que as leis da natureza não tratam mais das partículas em si, mas dos conhecimentos sobre elas (Heisenberg 1969). Durante os nossos estudos, procurámos nas bibliotecas especializadas em educação e saúde, mas não encontrámos tudo o que gostaríamos de saber sobre o exercício desta nova especialização que se faz necessária e indispensável, nos hospitais e clínicas especializadas, nas escolas e universidades, para que possamos contribuir com os nossos direitos e deveres psicoeducacionais. Na verdade, esta atividade destaca-se das outras especialidades médicas e paramédicas. A formação e os conhecimentos tornam-se específicos e o nosso saber passa a tomar outros rumos, proporcionalmente às novas especializações nos novos estatutos.

Somos pessoas credenciadas submetidas a um critério rigoroso do saber e investidas de poderes que alguns acreditam que são divinos quando resolvemos alguns problemas de doenças. Conforme Feynstein (1977), a única definição utilizável de doença é a que os médicos da época designam como doença. Como as demais ciências, a psiquiatria é o saber que os médicos elaboram sobre certo tipo de alterações da mente. Um saber que corresponde a situações e fatos, mas não são idênticos a estes. A formação curricular não nos confere uma visão globalizada, e sim especializada. Infelizmente, alguns psicólogos utilizam os manuais sem ter um conhecimento adequado a cada situação-problema e às vezes provocam um mal-estar na psiquiatria, criando grandes distúrbios para a profissão e para o paciente.

Com todas estas escolhas, os alunos logo no início do curso poderão ser informados sobre a filosofia e sobre os filósofos e as suas obras. Neste momento de incerteza e de certezas, somos devedores aos estudiosos dos problemas do homem, do pensamento que questionam as noções de humano, normalidade, linguagem, conhecimento científico. Somos impulsionados pela incapacidade, e às vezes capacidade, de entender e de fundamentarmos nos nossos estudos a conclusão adequada para a nossa relação profissional para evitar o risco de misturar o nome, a palavra e as aceitações da palavra, e ainda ignorar a distinção necessária entre significantes e significados, tomar aquele por estes (Saussure, 1972). Nogueira-Martins (2003) corrobora esta posição, enfatizando que na função de "cuidador" é relevante que seja dada uma atenção adequada ao ambiente onde ocorre o ensino-aprendizagem, com o propósito de minimizar/eliminar situações stressantes, sobretudo no começo dos atendimentos, para que ele tenha condições de entender, a situação problema.

Em oposição, um ambiente educacional de intimidação tende a aumentar o stress dos estudantes. Na verdade, é na relação psicólogo/paciente que encontramos pessoas que enfrentam o mundo e se comportam de maneira diferente das outras. O que realmente fazem é uma representação de julgamento, percepções e sensações que circundam e não encontram com quem partilhar. Quando um indivíduo procura uma ajuda psicológica, afirma coisas que outros acham irreais, que não correspondem à verdade. Alguém se sente perseguido, ameaçado, sofre por isso, entra em atrito com os que não acreditam em si, o consideram anormal. Todavia, alguns podem ficar inactivos por causa das doenças que outros consideram imaginárias. Estas representações e manifestações diferentes, o inconformismo perante os hábitos, as mudanças injustificadas de condutas, são em geral o que faz a diferença, e passamos a considerar que se trata de uma doença, uma alteração que exige intervenções.

É este consenso social progressivo elaborado sobre a classificação e o rótulo que leva à construção de um objeto tal como a doença bispsíquica, sujeita à atribuição progressiva a este objeto de uma aparente naturalidade, o que dissimula sua natureza social. O objeto construído socialmente é posto como objeto natural (Schurmans, 1990). A psicologia geralmente é colocada muitas vezes na posição de definir o que se passa com o seu cliente/paciente. Se o que o paciente relata é verdadeiro, as acusações que lhe fazem às pessoas, e também às da família, são falsas. Esta questão de definir uma posição de defensor público ou investigador não retrata bem a nossa realidade. O que temos de compreender e conhecer é se o nosso paciente apresenta condutas, comportamentos ou queixas que podem ser respondidas com os nossos conhecimentos e instrumentos da psicologia clínica.

Durante os estudos experimentais de Neto (2003), ouvimos falar sobre a conduta do paciente, sobre a evolução do seu estado de saúde, a história do caso que precisa ser bem estudada, interpretada e organizada conforme um sistema de significantes e significados da psicologia e do psicólogo, analisando e adequando a sua história conforme um quadro de referência. Assim, as disciplinas humanísticas colaboram para um novo horizonte de prática assistente no âmbito da saúde, inquietada não somente com práticas curadoras e profiláticas, mas também com a melhoria da qualidade vida dos indivíduos (Nougueira - Martins, 2003). Com este passo psicoeducactivo, configuramos de imediato as considerações ao paciente e aos seus sistemas com conceitos que dão qualificação psicológica, confrontando a deontologia com os fatos e situações.

Alguns indivíduos preenchem vários critérios dos DSM IV e CID 10, mas o paciente define sua presença no consultório sem ter uma doença; mesmo pedindo ajuda, ele pode apenas apresentar uma queixa de um problema psicológico.Questiona-se se vai para um psiquiatra para tomar um remédio ou tentar fazer terapia, mas… isto não é doença, não precisa de nada. Declara ser incapaz de resolver um problema que o médico tenha levantado e confirmado por exames de laboratório, mas sem nenhum sintoma clínico. Existem outras pessoas que procuram visitar vários especialistas e repetir exames de toda a natureza sem solicitação do seu médico de família, psicólogo e/ou psiquiatra. Às vezes este tipo de comportamento é apenas para chamar a atenção da família para a sua doença que poderá sofrer um transplante, é grave, incurável. Insatisfação, tédio e carência em geral são qualidades que correspondem às situações que passamos a analisar.

Para Trindade *et al*. (2005) a criação de uma consciência humanística e social, resgatando a proposta de entender a conduta diagnóstica como algo que se sobrepõe aos aspectos orgânicos e que leve em consideração as dimensões psicológicas e sociais, contribui de forma significativa para que o profissional em formação entenda melhor os casos que são estudados. As inconveniências apresentadas despertam, às vezes, o interesse de serem corrigidas através de uma intervenção ativa, dirigida e adequada para o problema. Os tratamentos especializados fundamentam-se no saber de cada profissional, que deverá formular um programa para cada caso da Semiologia Médica que também poderá apresentar uma sumarização pela própria linguagem. Em geral, doenças são conceitos elaborados por filósofos, que continuam a ser debatidos por eles e podemos observar como correspondem às características do sistema filosófico que o elaborou, tendo em vista a própria definição.

Confirmamos desta forma um fato real que valorizamos através da informação e da comunicação. Solicitamos a existência da realidade, independentemente de nossa percepção, e fazemos parte dela. Dirigimos a nossa ação e intenções no sentido de controlarmos a eficácia através da realimentação. Apesar disso, Aguiar (2008) lembra que os saberes científicos de caráter biopsicossocial inerentes às ações da medicina são imprescindíveis a uma prática profissional não impositora, apta para negociar procedimentos com base nas expectativas dos indivíduos, familiares e sociedade. Toda a ação sem objetivo e sem intenção não poderá ser organizada. Nos casos de humor afetivo, por exemplo, o conceito de ação eficaz é, para nós, definido quando temos sucesso no processo de tratamento e encontramos resultados.

Quando enfrentamos o fracasso, procuramos logo abolir as diferenças que fazemos entre o eficiente e o ineficiente, damos logo uma desculpa de que este é diferente no trato das relações.São vários sistemas aplicados e compartilhados de significantes e significados, sempre avaliados conforme a necessidade e realidade do processo terapêutico. Consultas com pacientes delirantes levam-nos a um conceito que corresponde a certa visão do ser humano, sugerida principalmente pelas ideias de liberdade de escolhas. Não ignoramos que nunca escapamos da influência de elementos biológicos, psicológicos, sociais, que determinam a nossa existência, mas valorizamos mais para a prática psicológica a parte de liberdade de opções, do que a parte determinante (Thom, 1985). Ela segue a nossa opção através da prática da psicologia clínica.

No que diz respeito às estruturas dos quadros nosológicos e nosográficos e também nos instrumentos básicos encontramos a noção de doença como perda da liberdade de escolher o modo de viver, e de viver conforme as nossas opções. Sustentando-nos no postulado epistemológico, a nossa fonte não é a filosófica, mas sim o que transmitem dela os psicólogos, no caso da noção de doença segundo neurocientistas. Combinando com Corrêa (2005) devemos atentar para o fato de que é importante investir no profissional de saúde objetivando a qualidade do atendimento. Existe um grande esforço para manter, no exercício da função de psicólogo, a coerência entre um sistema de compreender o homem, a psicologia, e as ciências em geral, para a Psiquiatria e para a Psicologia que encaram o ser humano como único, não como um representante da espécie.

Para o ser humano é essencial a sua relação com outros da mesma espécie, com o mundo e com as significações das quais ele participa. O sofrimento torna-se suportável se for visto como passageiro, se não for irreversível, se fizer parte desta ou de outra tendência. A questão do sofrimento isolado é insuportável, tornando-se suportável quando entra numa dinâmica, num projecto de existência. O sistema submete o "Eu" a um projecto, instância mais ampla de outros grupos e do mundo. O pensamento não é universal e muitos acabam derrubados, pulverizados e esquecidos. Mas existem possibilidades de enquadrar o imediato em sistemas de projectos. Na verdade, é na clínica que encontramos a necessidade de negociar situações de colapso total de perspectivas de objetivos e de projectos. Segundo Bertolote (2000), não existe ainda uma definição universal aceite da saúde, ainda está por ser formulada. Todavia, não poderemos imaginar, sem presunção absurda, propor "causas" que permitam superar os impasses.

Podemos insistir, sim, no sentido de propor uma visão ampla, de desenvolver um olhar limpo. Não negar o que não nos convém, mas não ver tudo como insuportável, impossível ou difícil. Se procurarmos desenvolver outros pontos de vista e outras perspectivas diminuindo a extensão do espaço do "não consigo" e agir aumentando a capacidade de ação, chegaremos ao nosso destino que é fazer análise, psicanálise e psicologia. A "enfermidade" é, para nós, um conceito usado no pensamento e atividade da medicina. Para a Psiquiatria e Psicologia é uma visão das alterações de condutas e relacionamentos dos indivíduos ou pessoas. Através dos tempos, e ainda hoje, tais perturbações foram encaradas e abordadas de várias maneiras.

O termo doença dentro da ciência médica é usado, por assimilação, para situações, objetivos e objetos associados com irregularidade, algo prejudicial, fora da norma. Opor "normal" a "patológico" é comum mesmo entre filósofos e médicos, mas achamos que não é rigorosamente conveniente. O oposto de normal seria anormal, o que não é do ponto de vista médico obrigatoriamente "patológico". Doença é uma construção médica, de modo que tem o seu lugar na psiquiatria e na psicologia, como medicina das alterações mentais. Nas descrições antigas das doenças, encontramos regularmente alterações físicas e psíquicas associadas. Para os estudiosos da educação e da saúde, sinais somáticos e psíquicos são frequentemente associados. Não encontramos a intenção de separar rigorosamente as alterações somáticas das psíquicas.

Estas, isoladas, associadas, predominantes, entravam no campo da medicina. Os médicos tinham o seu ponto de vista sobre as alterações psíquicas, tratando-as, abordando-as. No entanto, Pinel (1802) faz uma proposta de desenvolver uma linguagem médica racional para realçar a "alienação", incluí-la no campo da medicina exercida pelos alienistas. Parece-nos que nesse mesmo ano, Reil usava pela primeira vez o termo "psiquiatria", mas somente na segunda metade do século XIX passou a ter uso comum. Em 1830, criou-se a primeira cátedra universitária (Esquirol) em Paris de doenças mentais. Em 1860 institucionaliza-se a psiquiatria como medicina, consagrada ao estudo do diagnóstico e tratamento das doenças mentais. A palavra psiquiatria já inclui em si a medicina (da alma). O grego *Psyche* (Latim, anima) significava também hálito, fôlego, vento, o que se move, próximo da vida, alento, sopro. É obvio que o sentido que damos aos termos usados na antiga Elada, não corresponde exatamente à leitura que eles mesmos lhe davam. A separação mente/corpo era mencionada explicitamente.

Mas, às vezes, o "herói" está no Olimpo, onde o seu corpo foi acolhido (odisseia); outras vezes lemos que o "nosso eu é a alma". Ou, o herói não está no Hades (inferno), é apenas sombra. É difícil acreditar que o pensamento grego era "dualista", assim como Descartes (1637) teorizou. Dodds (2002) fala de autores que negam qualquer caráter religioso à Ilíada. Seria uma obra de caráter completamente antropomórfico (que tem aspecto humano), sem religião ou moralidade. Mas os deuses estão sempre presentes (até no apelo do poeta, pedindo inspiração para cantar a fúria que tomou Aquiles), os deuses ou agem diretamente, ou enfeitiçam o herói, tirando-lhe discernimento. Provocam estados mentais, bloqueios temporários ou confusão. Glauco, ferido, recebe Thumos; não força física, numa função permanente, como humor ou conhecimento.

Nenhum homem, Crinos, é responsável pela sua ruína ou sucesso; as duas coisas são concedidas pelos deuses. Nenhum homem pode realizar uma ação e saber se o seu resultado será bom ou ruim. A humanidade segue os seus hábitos fúteis em completa cegueira; mas os deuses encaminham tudo para o fim planeado. O coro, de Eurípides, lamenta o fim dos critérios morais: os homens não visam mais escapar aos sentimentos inspirados pelos deuses, inveja, ciúmes; Os deuses estão preocupados primeiros com a própria honra. Na odisséia, Zeus queixa-se dos homens que estão sempre censurando os deuses, afirmam que seus problemas vêm de nós, ao passo que, na verdade, são eles quem, por seus atos vis, atraem para si próprios mais problemas do que necessário.

O coro pergunta se a conduta de Fedra (Odisséia) se deve ao até (estado mental imposto pelos deuses) ou algum propósito suicida. Humor (thumos) ou razão (frenes)? Em Fedra, Platão afirma: Nossas maiores bênçãos vêm a nós através da loucura… desde que a loucura seja inculcada por uma dádiva divina… uma mudança em nossos costumes e normas sociais, forjada de maneira divina… Seriam quatro as loucuras divinas: profética (o responsável é Apolo), ritual (o responsável é Dionísio), poética (as responsáveis são as Musas), erótica (a responsável são Afrodite e Eros) Heródoto (484-425) atribui a loucura de Cleones à punição divina por sacrilégio; os contemporâneos atribuíam-na à bebida, mas o historiador acha prosaica demais tal explicação. Por "a doença de Cambises ser epilepsia congénita, Heródoto admite loucura sobrenatural e outra ligada a causas naturais". "Dodds fala do 'iluminismo grego ' no século V a.C. como a procura de passar todas as questões pelo crivo da razão, interpretar o comportamento humano em termos racionais, mantendo ainda a crença de que a virtude consiste, essencialmente, numa técnica de vida normal".

Não achamos que, no século de Hipócrates, se tenha instalado uma medicina racional pura, que as práticas e as teorias se tenham delimitado categoricamente, que o mítico, religioso e "científico" se tenha separado nitidamente, pelo menos na leitura que se faria hoje desses termos. Comentários contemporâneos afirmam que em Epidauro, onde se praticava a investigação e compreensão dos problemas de saúde e das leis espirituais que regem o universo, os Asclepíades, sacerdotes de Asclépios, eram menos médicos do que pensadores. Deve ser puro aquele que entra no templo perfumado, e pureza é ter somente pensamentos santos. A terapia era, no início, exclusivamente espiritual, associada à presença de obras de arte.

Mais tarde surgiram também medicamentos prescritos pelos deuses que inspiravam os médicos e sacerdotes. Referiam-se igualmente a higiene, dietética, hidroterapia, purgações e cirurgias. Apellas, da Ásia menor, testemunha: ofrendo de dispepsia, foi encaminhado pelos deuses a Epidauro. Os deuses lhe aconselharam não ficar furioso tão frequentemente. Também se encontram referências a comer pão e queijo, leitão, tomar banho sem ajuda do servente (mas dar-lhe uma moeda), praticar exercício físico, corrida, tomar infusões de casca de limão, colocar vinho na água quente antes de banhar-se, andar de pés nus, esfregar-se com poeira. "Oferecer sacrifícios a Asclépios e sua esposa, Epiona, deusa de Eleusis". A inscrição de Apellas data do século II d. C. Detienne e Vernant (1974) examinam o desenvolvimento do pensamento médico na Grécia Antiga.

O médico, o estratega e o sofista seriam os três tipos de homens mais assimilados ao metis grego, uma forma de inteligência e de pensamento, de conhecimento. Implicam um conjunto coerente de atitudes mentais e comportamentos que combinam instinto, esperteza, previsão, flexibilidade de espírito, fingimento, desembaraço, atenção vigilante, sentido de oportunidade, capacidades diversas e experiência longamente adquirida. "Eles se aplicam a realidades fugazes, movediças, desconcertantes e ambíguas, que não se prestam nem a medições exatas, nem a cálculos precisos, nem a raciocínio rigoroso" (p.10). Haveria afinidade entre a arte do navegante e a do médico. As forças enfrentadas pela arte médica são múltiplas e ondulantes. Apesar de certa sobreposição entre o pensamento e as atribuições do médico e as do sacerdote, do pensador, do artista (Sófocles serviu como sacerdote no Asclépio de Atenas), parece claro que a função "médico" se separa progressivamente da outros habilitados para cuidar dos problemas dos humanos. As reflexões sobre as tarefas da medicina tornam-se mais importantes, e os recursos e procedimentos mais específicos.

No tratado das Epidemias do Corpus Hipocrático, achámos a lista dos dados que o médico tem de levar em consideração no exame dos pacientes, tais como: A natureza humana universal e a natureza própria de cada pessoa; a doença, o paciente, as substâncias administradas, aquele que os administra e o que se pode concluir de bem ou mal com respeito a eles.A constituição geral da atmosfera e suas particularidades conforme a diversidade do céu e do lugar; os hábitos, os regimes de vida, as ocupações, a idade de cada um, as insónias, as qualidades, os momentos de sonhos, os gestos desordenados das mãos, as coceiras, as lágrimas, os paroxismos, as fezes, as urinas, os escarros, os vómitos, a natureza das doenças que se seguem, os sinais de ruínas e crises; o suor, a resfriagem, os arrepios, a tosse, o espirro, o soluço, os arrotos, gases silenciosos ou barulhentos, hemorragias e hemorróidas.

Combinando com os estudos de Sonenrich e Estevão (2007), os historiadores contemporâneos da medicina fazem às vezes afirmações categóricas demais, com respeito ao confronto entre uma medicina racional, hipocrática, e a outra anterior, mítica. A profissão de médico, bem estabelecida no tempo de Hipócrates, com certeza marcou mais nitidamente os seus caminhos e, com o Corpus Hippocraticus, o "racionalismo" médico é nitidamente proclamado. Achamos, porém, que o conceito de racional e o de mítico estava longe da interpretação que lhe é dada hoje. Eurípides (480-406 a.C.), contemporâneo de Hipócrates, no seu teatro, apresentava um Hércules (herói mitológico) que perdeu o juízo, por obra de Lisa, deusa da noite e da loucura. O filósofo Heráclito (575-535 a. C.) reprovava as especulações poéticas dos médicos, aos quais atribuía à tarefa de estudar os fenómenos da natureza e que deveriam entender a loucura como dependente da relação entre o fogo e a água no interior do homem. Quanto mais húmida a alma, mais perto estava Hipócrates.

Não podemos concluir que havia interpretações idênticas das atividades médicas, da localização da alma (no diafragma-frenes, ou no coração) e das tarefas da medicina. Na metade do século I a. C., textos de Asclepíades não localizavam a alma num certo lugar do corpo. Era concebida como "convergência de todas as percepções". As doenças eram agudas ou crônicas, o delírio febril distinguia as ilusões e alucinações, usava-se o termo "furor" para excitação (Zilborg, 1941, p.66). No primeiro século depois de Cristo, Celso (27 a. C. 37 d.C.) dedicava direito da medicina nas doenças mentais, separando-as dos delírios febris. Areteo de Capadócia (30-90 d.C.) localizava as doenças no abdomen e, secundariamente, na cabeça. Descrevia que a melancolia e a mania não afetavam as funções intelectuais.

Galeno (130-200 d.C.), sete séculos após Hipócrates, era médico anatomista teólogo e filósofo. Via a alma como escrava do corpo e a histeria como uma congestão do útero. A Igreja cristã, em desenvolvimento, era oposta à medicina, mas não a ponto de excluir as atividades dos discípulos de Hipócrates e Galeno. Ao longo da Idade Média, encontramos manifestações claras de antagonismo entre a posição da religião e a da medicina, com respeito aos distúrbios mentais. Mas não achamos correto afirmar que a Idade Média foi o tempo das trevas, que o racionalismo foi abolido e as ciências desapareceram. A "demonologia" floresceu, mas também era combatida. Rhazes (860-930), Avicena (980-1037), Averroes (1126-1198) e Maimonides (1135 -1204) são teólogos, filósofos e médicos na linha hipocrática.

Nos séculos XII e XIII, a dor de cabeça era tratada com práticas sagradas, aplicação da cruz e medicamentos. Naquele tempo, também podia escrever-se um tratado sobre o raio, sem referência alguma a causas naturais (Ranier, 1182, apud Ziborg, p.141). A delimitação cronológica rigorosa das épocas de desenvolvimento da medicina é habitual, mas não legítima. No século XIII, criaram-se Universidades de Medicina em Paris (1205), Padova (1222) e Montpellier (1289), coexistindo com a instalação da inquisição. O Renascimento é considerado a época da volta ao racionalismo e ao espírito científico. Coexistiu com a publicação de Malleus Malificarum (1487-1489), com fogueiras para bruxas (as últimas na Alemanha, em 1775, na Suíça, em 1782, no tempo de Pinel, da revolução francesa). Já no século XV, VIVES (1492-1540) falava-se do paciente mental como ser humano que precisava de cuidados médicos, tratamento amistoso e tranquilidade.

De acordo com Celso (1493-1541), que era médico e alquimista, recomendava para a "loucura" sangria das pontas dos dedos e laudanum, sais e óleos. Falava de "doenças naturais do espírito da vida" e queimou os livros de Galenus em 1527. Willis, na neurologia e anatomia (*The Anatomy of Brain*, 1684), fez descobertas ainda válidas para todos nós. Era também alquimista, procurava a pedra filosofal e comunicava-se com os anjos. Von Helmont (1579-1644) isolou o monóxido de carbono, o dióxido de enxofre e o ácido carbónico. Mostrou que os fermentos alteram as substâncias naturais, e considerava que no coração existe um espírito da vida e que o saber é revelação divina. Galileu (1564-1642) teria calculado o tamanho de Lúcifer, em função de dados achados em Dante. A face, gigante como a pinha de São Pedro em Roma, teria 5,5 comprimentos de braço. A altura do homem é de 8 cabeças, portanto o corpo do gigante seria 44 comprimentos de braços.

A altura de Lúcifer seria de 1.935 braços (Reston Jr. 1995). Napier (1559-1634); Zimmer, (2004) descrevia alterações mentais, mas, para diagnosticá-las, usava o horóscopo, já que as estrelas e os planetas afetam os humores. O tratamento dos distúrbios implicava conforto religioso. É obvio que os médicos da Idade Média e Renascimento misturavam o que para nós seria filosofia grega, teologia cristã e mitologia. Teóricos e epistemologistas, mesmo entre os mais elogiados, tratam com inexplicável ligeireza a questão para chegarem a conclusões muitas vezes mais "brilhantes" do que válidas. Apesar das dúvidas e divergências, achamos claro que, para as alterações mentais, sempre existiram médicos, e as sociedades ao longo dos tempos atribuíram aos médicos o mandato de tratá-las. Doenças consideradas "somáticas" e alterações psíquicas eram estudadas e tratadas pelos médicos, embora não unicamente por eles. Atualmente, ainda de várias formas, médicos e não-médicos proclamam que não existe "doença mental".

Conhece-se, embora seja pouco levado a sério atualmente, o panfleto de Thomas Szasz: O mito da doença mental (1961) e outros que seguiram Basaglio, ainda muito invocado por certas literaturas, às vezes negavam a existência da doença mental, outras vezes afirmava que ela existia, mas adiava discuti-la enquanto concentrava sua atenção no objetivo de fechar os hospitais psiquiátricos, mesmo enquanto geria um, sem liquidar totalmente as condições infernais do internamento que estava a denunciar. Mas… diante do exposto, o que vem a ser doença mental? "Doença mental" é o modo a partir do qual a medicina encara certas situações humanas. Negar a sua existência é querer proibir os médicos e não-médicos de propor certo modo de pensar e interpretar problemas psíquicos dos pacientes.

O que nos interessa é debater como entendemos e compreendemos a doença mental, de modo que sejamos capazes de estudá-la e tratá-la. Kendell (1983) formulou ideias que poderiam constituir um movimento para este momento: foram sempre feitas referências ao fato de que, dando um nome como esquizofrenia ou psicopatia a uma conduta anormal, poderia levar os ingénuos e imprudentes a assumir que a condição é uma entidade com certo tipo de existência material independente e própria. Na realidade, doenças são meros conceitos, abstrações feitas pelo homem, justificadas somente pela sua conveniência e aptas a serem, a qualquer momento, ajustados ou descartados. A esquizofrenia e a doença maníaco-depressiva não foram "descobertas" por Kraeplin nem Bleuler. É mais correto dizer que foi inventado por eles, e continuarmos a utilizar os termos somente porque os conceitos que eles representam tornaram mais fáceis compreender fenómenos de insanidade.

A mesma ideia é expressa por Zahar (2000): "As desordens mentais não são conceptualizadas como espécies naturais, são noções práticas (*practical Kinds*), padrões estáveis que podem ser identificáveis com vários níveis de confiabilidade e validade. As explicações genéticas são, com certeza, preciosas nos sistemas classificatórios. Mas não substituem a compreensão do diagnóstico psiquiátrico, necessário para as decisões". Eisenberg (1988) reflectia: "Em que medida são os distúrbios mentais, coisa em si, quer dizer, entidades determinadas pela sua natureza íntima? Até que ponto são tais desordens formadas pelos próprios conceitos que os médicos usam para defini-las e classificá-las? Os dados da observação são determinados por aquilo em que o médico acredita. Os distúrbios mentais são construídos socialmente";

Berrios esclarecia: "Esquecemos frequentemente que os delírios são como os outros sintomas na psicopatologia descritiva, apenas constructos teóricos…" (Berrios, 1991). A doença, como categoria diagnóstica, decorre das observações dos fatos, mas não deixa de ser um conceito elaborado pela medicina. Os mesmos sofrimentos, as mesmas alterações, podem ser encarados, formulados, nomeados de várias maneiras em função do sistema de pensamento do observador. O que o médico vê como doença pode ser para outra feitiçaria, má-fé, expressão da vontade divina, magia (Sonenreich, 1996; Sonenreich et al., 2004, 2007). Frances (1994), presidente do Grupo de Trabalho que elaborou o DSM IV, escreve: "Embora toda a definição da doença mental que se limita 'ao que os clínicos tratam ' seja tautológica (e potencialmente auto-apoiadora), é provável a melhor de uma série de maneiras de definir estes termos necessariamente imprecisos".

Num plano mais amplo, podemos ler: "Ciência é o que fazem os cientistas quando trabalham" (Berral, 1969) ou "Não seria erro definir a química, como conjunto de estudos, objeto de preocupações intelectuais do químico" (Bénézé, 1967). Para Heisenberg (1969), as leis da natureza, formuladas matematicamente, não tratam mais das partículas em si, mas dos conhecimentos sobre elas. O conceito de realidade objetiva vaporizou-se nas equações matemáticas, que não representam mais o comportamento das partículas, mas o saber que os físicos têm sobre tal comportamento. Planck afirmava que o mundo das sensações revela-nos a realidade. A física é uma imagem do mundo proposta pelos físicos. O físico tem de inventar ideias que correspondam ao nosso mundo. Os conceitos da física são livres criações do espírito humano (Einstein e Infeld, 1938).

As matemáticas são linguagens que versam sobre si mesmas, um sistema de signos sem outra significação, enunciados significativos sobre as matemáticas (Hilbert, 1899, apud Nagel e Newman, 1973). A física do século XX apresenta uma diferença irredutível entre teoria e objetos da realidade. Há um paralelismo entre os dois domínios, mas também limites. A física representa a realidade; não é simples cópia desta (Halbwachs, 1973). A realidade física é, de fato, a expressão matemática dos fenómenos estudados, e o que conhecemos são apenas as fórmulas, os nomes que lhes atribuímos. A filosofia teoriza sobre as categorias dos processos mentais, não sobre a existência ou inexistência, realidade ou irrealidade dos processos mentais. O psiquiatra Marcha (1970) escreveu que conhecimento é uma tradução de um fenómeno, partindo de um sistema de referência e de um modelo de estudo escolhido.

Feynstein (1977) escreveu que a única definição utilizável de doença é o que os médicos, de certa época, designam como doença. Como as demais ciências, a psiquiatria e a psicologia são o saber que os profissionais de cada especialidade elaboraram sobre certo tipo de alterações da mente. Um saber que corresponde à situação, a fatos, mas não idêntico a estes. Consideramos a psiquiatria e a psicologia como um corpo de saber, disciplinas científicas que são elaboradas pelos médicos, e a doença como um conceito, um instrumento de trabalho para pesquisa e tratamento que permite organizar as observações clínicas e experimentais em categorias, para abstrair o básico, para atingir uma descrição mais vivida e significativa.

Não poderia ser idêntica a uma situação humana estudada. Devemos evitar os riscos de misturarmos os nomes, as palavras e as aceitações das palavras, ignorando a distinção necessária entre significante e significado, tomar aquele por este (Saussure, 1972). O que realmente entendemos por doença vem através dos conceitos e fundamentalmente dos estudos da medicina. São os fatos clínicos, as anormalidades, em geral com bastante sofrimento, que prejudicam o funcionamento das atividades individuais e grupais, são objetos e objetivos de investigação e de estudos científicos, com abordagem médica. O conceito de doença é usado em vários campos do saber; questiona-se nos problemas da economia que vem adoecendo com as mudanças nas novas tecnologias, as questões climáticas, hábitos doentios, sociedades, amor doentio, política e arte que adoecem e outras que não estão no domínio da medicina e são doenças consideradas metafóricas. O consenso social, progressivamente elaborado sobre a classificação e o rótulo, leva à construção de um objeto tal como ‘doença mental’, sujeita à distribuição a este objeto de uma aparente naturalidade, dissimulando a sua natureza social.

O objeto construído socialmente é posto como objeto natural (Shurmans, 1990). O termo loucura que é frequentemente aplicado às pessoas e às suas condutas não tem mais lugar na linguagem médica. A sua substituição acontece nos termos de alienação, psicose (desde Fleuschtersleben, 1844), em oposição à neurose (desde Cullen, 1775). A questão hoje da loucura seria um termo da linguagem literária e filosófica, que designaria duplamente as questões de desordem moral, erro de julgamento, falta de prudência, e incoerência das demais condutas. Conforme Pelicier, apud Thuillier (1996, p. 547), na Medicina psiquiátrica e no direito, a loucura foi amplamente substituída por alienação mental e psicose. Esta poderia ser uma versão daqueles que defendem a proposta de uma luta contra os manicómios.

A questão da inclusão do termo doença é para aproximar os médicos do espírito de luta que se adiciona no trabalho diário. Quanto às questões encontradas nas subcategorias de doenças mentais como psicose e neurose, em linhas gerais a psicose designava casos graves, atingindo globalmente a personalidade com falta da consciência da doença designada como falta de insight, bem como alterações da relação com a realidade das comunicações. Em oposição, as neuroses eram a classe de doenças com consciência da realidade e das doenças funcionais (não-orgânicas), psicogénicas, sensíveis a psicoterapias, menos graves, com sintomatologia mais subjetiva do que objetiva, conservando sempre a personalidade. Conforme Sonenrich (2007), os critérios para definir neurose e separá-la da psicose parecem-nos sempre vagos, mal aplicáveis a certos quadros ansiosos, fóbicos, obsessivos e histéricos.

Os critérios postulados nem sempre se aplicavam aos quadros rotulados de neurose. O único sistema psicopatológico que consideramos coerente na definição das neuroses é o freudiano. Mas como não aderimos globalmente a ele, não faria sentido validarmos as categorias neurose-psicose. Essas categorias foram abolidas pelos sistemas DSM-III e CID 10, que usam os objetivos psicóticos e neuróticos, mas não as categorias. Segundo o DSM-III (1980), Freud usa o termo psicose para a neurose de angústia, histeria de angústia (fobia), neurose obsessiva e histeria. O termo neurose era utilizado para descrever e indicar o processo etiológico, o conflito inconsciente. O DSM-III prefere evitar implicações de uma etiologia particular. Fala de distúrbios ansiosos, somatoformes, associativos, psicossexuais. “Psicose” (como substantivo, categoria) aparece para depressão reativa, psicose reativa, psicose atípica. Como adjectivo (termo descritivo), “psicóticos” são os casos com delírios, alucinações, desagregação, e anomalias de comportamentos como excitação, hiperatividade, retardamento psicomotor e comportamento catatónico.

Usar neurose e/ou psicose parece-nos desnecessário, mas não por causa dos argumentos do DSM-III. Almeida Jr. (2001), analisa os constructos psiquiátricos e observa que o termo patologia (*desease)* aplica-se a considerações físicas anormais, afetando o funcionamento, reconhecível usualmente por sinais e sintomas. Enfermidade (*illness*) seria o oposto de saúde. Doença (*sickness*) indica a condição de estar paciente, e teria como sinónimo aflição, *disease, disorder, illness*. Seria o termo adequado para a abordagem psicopatológica. *Disorder* corresponde a transtorno; é o termo que foi adotado pelo DSM-III, enquanto não temos uma explicação etiológica da afeção. *Malady* seria o correspondente a moléstia.

As grandes classificações em função (CID-10 e DSM-IV) usam o termo "transtorno" para designar os quadros psiquiátricos, enquanto não pudermos estabelecer com rigor a sua etiologia. "Doença" aparece raramente associada a Alzheimer, Creutzfeld-Jacob, Pick, Huntigton, Parkinson e, também, ao nome do autor que a escreveu. Com o mesmo sentido, encontramos na literatura psiquiátrica "mal" (de Parkinson, comicial), síndrome e psicose. No manual de Ey, aparecia síndrome de Tourette, de Korsakov (psicose alcoólica), Cotard, reação exógena de Boenhoeffer, delírio sensitivo de relação – Kretschnner e delírio de Serieux-Capgras. Raramente se manifesta a preocupação com distinções entre doenças, enfermidade, psicose, moléstia, mal e outras que no momento não citamos e que são indispensáveis para fundamentarmos os nossos conceitos.

Os estudos convencionais e as análises diferenciadas desses termos permitem-nos entender melhor a intimidade destas e de outras manifestações dos constructos que elaborámos com respeito a eles. Foi evidenciado nestes estudos que o termo *madness* não foi incluído pelo autor no repertório. Almeida Jr. (2001), ao estudar profundamente a proposição geral da "saúde" em termos antropológicos, sociológicos, epistemológicos, mais do que biológicos, afirma: "Doença" opõe-se à 'saúde', e entre aqueles que negam a existência da 'doença mental'. Alguns destes autores propõem que nem se use esse termo, pois os sofrimentos psíquicos deveriam ser estudados a partir da saúde do indivíduo.Esse mesmo autor aponta, ainda, a inexistência de um acordo com respeito à definição e delimitação de saúde e doença, citando Engelhardt (1975), que criticava a confusão entre coisas em si e os contributos que as representam nas ciências. Em geral, "doença" foi um conceito elaborado por filósofos, que continua a ser questionado e debatido pelos investigadores e pesquisadores de hoje.

Poderemos observar também que as características atuais correspondem aos sistemas filosóficos que elaboram tais conceitos, contendo muitas vezes o nome destes na própria definição (positivistas, construtivistas, cognitivas, pós-modernas e outras). No entanto, Hegenberg (1998) enumera alguns modos de caracterizar a doença: um processo vital perturbado (Reil, 1816); afastamento em relação à normalidade (Conheim, 1882); perturbação da saúde (Oestreich, 1906); soma das alterações da estrutura do corpo resultantes de acontecimentos vitais, provocando prejuízos para o corpo ou para suas partes (Rossle, 1928). De acordo com este estudo, algumas lesões são caracterizadas pela função de anormalidade das suas patogenias (Fruhling, 1961); perturbação dos processos fisiológicos de viver pelas quais se evidenciam diminuição da capacidade de ser (Gross, 1963); falha física, psíquica ou fisioquímica em organismos, suscitando a necessidade de auxílio subjectivo, clínico ou social (Ruthschuh, 1972).

O autor inclui nesta lista somente trabalhos dos séculos XIX e XX, sem ignorar as ideias e postulados que desde a Antiguidade foram propostos pelos filósofos, médicos e cientistas. Esta nova proposta de evitarmos conceitos como o de doenças psiquiátricas deve sofrer uma reflexão e deve ser tratado de forma muito cuidadosa na sua formulação, principalmente pelos investigadores não médicos, sendo necessário administrar bem os conhecimentos da psiquiatria e psicologia. Estas questões da definição de doença, em geral, como proposta diferente de saúde, são mais complexas do que parecem. Podemos limitar-nos a dizer apenas que a saúde é o estado no qual as funções necessárias se realizam insensivelmente e/ou com prazer; que saúde é o estado de silêncio orgânico, segundo Leriche?

Em estado de saúde, não sentimos os movimentos da vida e as funções realizam-se silenciosamente? Podemo-nos sentir bem julgando pela sensação de bem-estar vital, mas nunca podemos saber se estamos realmente bem. A ausência de sentimento de estar paciente só permite dizer que estamos aparentemente bem. Numa carta (1649), Descarte escrevia que o conhecimento da verdade é como a saúde da lama: quando a possuímos, não pensamos nela. A questão de uma definição de doença como "ausência de saúde" implicaria uma teoria geral da saúde, questão, que numa dissertação individual, nem as tentativas da OMS conseguiriam resolver. Uma definição universalmente aceite de saúde está ainda por ser formulada (Bertolote, 2000). Repetimos: estamos a falar de conceitos, não de situações, condições ou fatores em si.

A psiquiatria trata de "pessoas pacientes", não casos. Alterações, sofrimento, desajustes e perdas de capacidades (essencialmente a de viver conforme a sua escolha), são da pessoa. Não as encaramos como funções perturbadoras que devem ser identificadas, medidas e tratadas, mas como modificações globais da pessoa, de modo de existir e de estar no mundo. O conceito construído e desconstruído dentro de um saber cientifica e médico. Os relatos da medicina sobre a doença e que já foram conceptualizados é o que o estagiário, residente, especialista e/ou praticante da medicina moderna elabora e usa. Através destes estudos e destas experiências e vivências, não podemos ignorar na nossa atividade que o paciente é muito mais que uma simples doença e não podemos ignorar também a sua individualidade.

É necessário pensar o que já foi pensado durante o processo do adoecer (Junior, 2006). Mas todo este saber não é para ser particularizado, é feito para cada caso por um só médico. A fundamentação essencial do conhecimento científico está justamente na comunicação e disponibilidade desta comunicação para uma avaliação crítica. Indicamos neste capítulo algumas diferenças da realidade do paciente e da dos instrumentos conceptuais com os quais os profissionais de saúde física e mental trabalham. Geralmente o discurso médico não é a mesma coisa que a situação nos atendimentos das urgências e emergências e do objeto a que se aplica este discurso. Há momentos em que não podemos dizer tudo sobre o paciente, mas apenas sobre a situação atual da patologia apresentada e diagnosticada. Isto não quer dizer que tornamos diferente o atendimento do paciente e também não significa fragmentar, diminuir a pessoa.

Trata-se de uma abordagem de pontos de vista daqueles que estão envolvidos no atendimento e que têm os seus objetivos direccionados para a terapêutica, utilizando às vezes instrumentos conceptuais adequados a cada situação apresentada. As questões da Psicologia e Psiquiatria, enquadram-se em ramos da medicina para as situações nas quais podem prestar serviços para os quais o mandato social os habilita. Quando procuramos falar em doenças psíquicas temos de partir da definição de Ey: perda da capacidade de fazer escolhas e de viver conforme elas. Com Canguilhem (1966), não a concebemos como alteração quantitativa (para mais ou para menos) do estado de funcionamento psíquico, fisiológico, dito normal (no sentido quantitativo ou normativo). As modificações e as anomalias, manifestam-se pelo aparecimento de outras maneiras de vida, inferiores quanto à qualidade, estabilidade, fecundidade, variabilidade e adaptabilidade. São alterações de funções de relacionamento e comportamento.

Com Kurt Goldstein (apud Canguilhem, p.48), não podemos acreditar que as diversas atitudes possíveis de pacientes representam somente uma espécie de resíduo do comportamento normal que sobreviveu à destruição. As atitudes que sobreviveram no paciente nunca se apresentam sob esta forma no indivíduo são, nem nos estados inferiores da sua ontogénese ou filogénese, como se admite com demais frequência. A doença deu-lhe formas particulares que não podemos compreender sem levar em conta o seu estado mórbido. Com Canguilhem entendemos que doença é um conceito, um sistema de representações socialmente construídas para servir de instrumentos para o saber médico. Segundo Alves (2006), nesta contemporaneidade percebe-se uma visão que tem como primazia, em trabalhos sócio-antropológicos em saúde, aprender a vivência da dor, em razão de algum processo mórbido.

Não vamos tornar esta matéria da nossa observação num objeto sem subjectividade; é através desta que o sistema de pensamento e ação exige objectividade, comunicabilidade e imparcialidade. A doença reduz as capacidades das pessoas e do seu organismo a um nível inferior ao estado são. A doença é a manifestação de uma forma de vida, uma modificação dos modos de viver, inferior em possibilidade e adaptabilidades, impondo necessidade de recuperação dos recursos perdidos e da liberdade prejudicada. A cura não consegue sempre (nunca, na cirurgia), *restitutio ad integrum*, retorno ao estado pré-doentio, mas estabelece novas normas individuais suportáveis. O médico e a medicina têm de levar em consideração as vivências do paciente, as suas objectividades, as representações e revelações em termos científicos, o que realmente é comunicável, compartilhável pela comunidade científica e profissional.

O conceito de doença usa os limites, os conhecimentos, as representações sociais da doença, as ideias, as doutrinas que organizam o saber da respectiva sociedade médica e científica e, ainda, estão voltadas para a interpretação de doenças crônicas e que tais estudos não passaram a ocupar nos últimos tempos na maior parte das áreas de interesse das ciências sociais em saúde (Alves, 2006). Diante disto, Cassorla *apud* Trindade *et al*. (2005) põe em destaque o fato de que o médico transforma-se num técnico onde sua prática profissional se vincula à identificação da parte doente e à sua restauração. Todos os estudos fundamentados nas Neurociências e os seus fatores primordiais para os conceitos psiquiátricos, neuropsicológicos e psicológicos são os argumentos que justificam para as ciências e

cientistas a escolha ou a elaboração de algumas hipóteses sobre os efeitos, as estruturas patológicas, a sua constituição e o seu tratamento.

Não conseguimos, porém, resignar-nos a assimilar a atividade psíquica com um ou vários neurotransmissores e a explicar a clínica do deprimido pelas variações de recaptação de serotonina. Somos levados a tentar abordagens diferentes das questões, em vários níveis do conhecimento, assim como os químicos constatam que a sua atividade é irredutível a explicações de fenómenos abordados noutro nível pelas ciências físicas. Os procedimentos modulares são maravilhosamente defendidos, parecem-nos adequados para que alguns níveis de fenómenos abordados com alguns pensamentos sistémicos sejam colocados nas causas e efeitos, nos seus contextos, com a função semelhante.

A psicologia e a psiquiatria podem entender e compreender, influenciando a atividade sináptica com bons conhecimentos; contudo, estes não são válidos para a clínica das questões relacionadas com a depressão e o delírio, apesar de os conhecimentos neurofisiológicos moleculares e imagens estarem longe de um entendimento científico adequado da loucura (Burns, 2006). Estas questões de relacionamento e comportamento dirigem-nos para a ligação entre as funções vitais e a história da vida de cada pessoa. A abordagem exclusivamente biológica não responde às questões da psiquiatria nem da psicologia, bem como da análise existencial proposta por Binswanger.

A capacidade de entender e captar os fenómenos das doenças implica uma unidade psicossomática, pensamento que ultrapassa as normas já descritas e norteadas na classificação do CID – 10 e do DSM-IV do critério do laboratório e da soma de sintomas como diagnóstico. Segundo Lanteri-Laura (1998), uma psiquiatria semiológica, baseada em sintomas clínicos e laboratoriais, seria diferente de uma psiquiatria fenomenológica, que suscita questões complexas como liberdade, aspectos expressivos e experiência vivida, noções inacessíveis a uma semiologia clássica. Neste contexto, quando formulamos o conceito de doença e o problema do conhecimento, fazemo-lo em função da visão do que chamamos contributos para a ciência, verdade e humanismo. Estas são as questões abordadas pelos filósofos, inevitáveis no contexto médico e no campo da epistemologia. Elas têm muitas capacidades e não manifestam a sua incapacidade e/ou dificuldade deste relacionamento. Temos de nos limitar a expor apenas o nosso ponto de vista, relatar procedimentos, indicar as fontes que nos alimentam.

Sem a pretensão de declarar como verdade e/ou tentar desmontar as propostas divergentes das nossas, tentaremos explicar o que pensamos numa visão psicológica e patológica. Algumas correntes psicológicas e psiquiátricas confessam a sua filiação fundamentada numa filosofia com pensamentos centrados no positivismo, existencialismo, evolucionismo, criativismo, existencialismo, humanismo e construtivismo. Outras qualificam-se e definem-se como pertencentes a um sistema filosófico cujos respectivos autores rejeitam. Pretendem, como nos auxilia o DSM-III e CID – 10, negar a base "teórica" que é considerada uma confusão dos respectivos autores. Nestas discussões da filiação filosóficas, Fee (2000) postula que, independentemente de qualquer outra coisa, a doença mental é um problema de conhecimento. Temos de considerar em que é que baseamos a nossa procura de verdade, com que autoridade e com que consequências.

Estas reflexões epistemológicas seriam enquadradas ultimamente no que se chamam pós-modernidade. O modernismo constituía, em parte, a consciência compartilhada de um distanciamento crítico dos modelos da herança do pensamento e ação. O pós-modernismo traz-nos a consciência de que estas ações são vivências mutáveis do ontem e do hoje e/ou de épocas diferentes. A consciência de que o mundo no qual vivemos está numa forte mutação guiada para a destruição, leva-nos a termos de construir novos modelos de vivências e convivências para enfrentarmos o futuro. Nestas questões da modernidade e pós-modernidade que trazem uma transição de instabilidade provisória à psiquiatria, a visão biopsicossocial é acolhida como a "solução" por muitos. Outros a rejeitam, considerando que é expressão de razões sociais e ideológicas de foro íntimo.

Estas relações de causas entre síndromes clínicas e substratos bioquímicos e fisiológicos são vistas como paradigmas para alguns, e rejeitadas por outros. Mas até agora não temos uma perspectiva que possa ser considerada legítima para a solução causal. O desafio para as aproximações anti-positivistas da patologia conferiria bastante flexibilidade para levar em consideração todos os fatores relevantes que fazem parte da intersecção da linguagem e da experiência vivida que define e reproduz a doença mental, incluindo os ostensivamente intra-individuais (Fee, 2000). Autores destacados como Frances Zimmerman e Andreasen, na elaboração dos códigos de classificação das doenças mentais, não deixam ao longo das suas atividades de fazer objecções categóricas aos códigos, propondo conceitos e entidades substancialmente diferentes das "oficiais".

Esses mesmos autores argumentam que a subjetividade não pode mais ser vista como algo estável e enclausurado, levada pelo indivíduo de um contexto para outro. O self não é uma essência nem entidade transcendente acessível pela transparência do sujeito, mas sim uma parte dos sistemas de conhecimento e significados historicamente delimitados. A ênfase nos pós-modernismos é colocada na criação contínua de uma mutação dinâmica recheada de experiência e experimentação, proliferando em todos os sistemas de conhecimento. As diferentes sociedades e épocas fomentaram e fomentam até hoje diversos tipos de distúrbios mentais para os seus membros. Estes postulados não incompatibilizam as questões etnográficas da psiquiatria com os estudos que salientam os caracteres universais da doença mental.

Neste caso, a nossa opinião leva-nos, mais uma vez, a separar, de um lado, os fatos, a situação patológica e, do outro, a ciência do saber, embora seja raros dois autores defenderem similarmente o mesmo conceito. Gottschalk (2000) afirma: "… se postularmos o self como um processo mutável, múltiplo, independente… e se DSM é o mais autorizado instrumento que avalia tal construção e seus distúrbios, então, logicamente, este instrumento é impróprio." Seria esta a marca dele, o que não diminuiria a oposição categórica entre os autores integrados sobre esse rótulo. O DSM-IV é considerado inapto para estudar o self; mas o pós-modernismo abarcaria tanto os sistemas DSM-IV quanto àqueles que o rejeitam.

Autores como Fee tem clara consciência de que vários quadros nosográficos constituem um problema público, não somente psiquiátrico, e que dos dois lados se elaboram interpretações, explicações e propõem-se intervenções que, forçosamente, são diferentes ou mesmo opostas. Qualificando isso de pós-modernismo, colocar-nos-ia numa posição mais favorecida? Citando Freeman (2000 p. 116): "No mundo pós-moderno, somos cada vez mais conscientes, ou cada vez mais propensos a acreditar que os objetos sobre os quais falamos não estão tanto no mundo, quanto são produtos de perspectiva… resultado do nosso modo de conceituá-los".

Atribuímos grande valor aos trabalhos citados e investigados ao longo deste percurso. O fato de se situarem na posição de olhar de frente e aderir às atividades da psicologia e da psiquiatria do ponto de vista de um sistema de cultura e do pós-modernismo, despertou o nosso interesse. Em vários itens que já foram tratados, encontrámos ideias, conclusões e grandes propostas que adotaremos no nosso trabalho de investigação e nas nossas atividades diárias.

Com respeito aos conceitos de doenças do humor afetivo (depressão, delírio e outras), concordamos em muitos aspectos, em geral pouco tratados por outros autores. Em relação à avaliação das classificações oficiais das doenças consideradas mentais, há certos pensamentos psicológicos e psiquiátricos, em direção a estes conhecimentos. Porém não temos neste estudo (Freeman, 2000), nem condições nem intenção de questionar e/ou dar uma opinião sobre a filosofia e a epistemologia aplicada pelos autores aqui investigados. Acreditando que tomando conhecimento desta investigação e estudo vamos melhorar a nossa clarificação de pensamento e ação clínica, desenvolvemos os principais instrumentos que a psicopatologia indica no exercício profissional da psicologia e da psiquiatria.

Na verdade, entendemos que a nossa investigação poderá aumentar a análise sobre o modelo por meio do qual passamos a pensar e a exercer a nossa função profissional. O estudo das causas e dos efeitos sócio-familiares da doença e do paciente representa para nós a perspectiva de uma das partes do nosso saber. Não vamos substituir, vamos apenas interpretar os "casos" conforme o nosso saber da psicologia clínica. Não vamos aqui transformar, nem tão pouco espelhar conforme a realidade dos nossos conhecimentos e vivências. Vamos apenas formular, discursar, opinar e apenas clarificar parte da realidade; jamais declaramos tudo que encontramos. Como psicólogos clínicos, examinamos a capacidade de uma pessoa fazer a sua escolha, de viver conforme hábitos e costumes, vivenciando a sua existência, encarando a sua história de vida com algumas circunstâncias escolhidas ou não.

Após falarmos de conceito de doença, é necessário enquadrá-lo entre outros conceitos relativos: o de homem e de ciência. Neste estudo, optámos por uma escolha psicopatológica científica. Concluímos ser indispensável fundamentar esta temática num contexto sociocultural no qual se manifestam as vozes que contestam a possibilidade de uma psicopatologia médica científica, que afirma que esta seria a destruição do humano, da sua subjetividade. Ou que apenas uma psicopatologia biológica poderia ser científica, que a psicopatologia não poderia ser científica e que deveria ser abolida a favor de outras ciências, como por exemplo, as neurociências. Neste contexto, as posições tomadas por esta corrente de opinião vão depender do que os respectivos autores entendem por científico. Para alguns dos autores como Berral, "A ciência é a que fazem os cientistas quando trabalham desde que participem de um sistema social e uma ética definida" (Berral, 1969). Outros recusam aos psiquiatras o qualificativo de cientistas, porque nessas atividades não se respeitam as exigências de demonstrar, rigor, certeza, causalidade e métodos de investigação empírica.

Entendemos por científico o corpo de saber elaborado pela ciência médica, com a exigência de ser formulado em termos de comunicação que possa ser avaliada e criticada pela comunidade científica e pela coletividade da sociedade profissional especializada na área de investigação. O exagero está em dizer ninguém. Para Popper, a condição de ser científico é o poder ser contestado. Os criadores da ciência médica referiam-se inúmeras vezes a ela como "arte" ou simplesmente, "arte médica". Jaspers considerava a psicopatologia uma ciência, mas a psiquiatria somente uma prática – coisa que ela, assim como o restante da medicina, nunca foi nem poderá ser. No entanto, psiquiatria e medicina são tanto ciências quanto artes e, como tal, praticá-las exige conhecimentos e qualidades pessoais que estão além da mera aplicação de conceitos estandardizados confiáveis para a definição dos problemas do paciente (Berganza, 2003).

Constituindo-se como campo cheio de metáforas que explica fenómenos que não podem ser experimentados diretamente por referência a forças imperceptíveis (moléculas, universo) com interações complexas (eletromagnéticas, fertilização, informações), as ciências como formulam Levontin (2000), são uma resposta do homem aos problemas que ele mesmo propõe. Para Einstein, a gravitação não é uma força de atração agindo no espaço, e uma manifestação da estrutura geométrica do universo. O espaço é curvo pela presença de matéria e objetos deslocando-se conforme a trajectória mais curta seguindo os contornos do espaço. A gravitação é uma manifestação da estrutura geométrica do espaço à proximidade de uma massa (Brian, 1997). Podemos negar que tais afirmações são paradigmas científicos? A ciência não copia a realidade, mas formula interpretações. Não queremos, de modo algum, separar o homem das ciências, ou seja, o humano do científico; o segundo termo é produto do humano. Não confundimos as medidas com as coisas que elas medem.

É difícil levar a sério a insistência de denunciar como não-científicos estudos que implicariam caracteres de arte, ou que não seriam realizados conforme normas que um grupo ou outro proclamam como "único científico". Suspeitamos também da autenticidade daqueles que condenam a psiquiatria como destruidora da subjetividade anuladora da pessoa, colonizadora do humano, inventor de doenças para privar o indivíduo da palavra e da liberdade. Fala-se da emergência de uma nova cientificidade, capaz de construir e desconstruir a coisa que a antiga metodologia não levava em consideração. Mas as velhas concepções persistem em enormes sectores do pensamento e na consciência de muitos cientistas (Morin, 1996).

6.2 - Fatores que influenciam na reabilitação

Segundo Brunner & Suddarth (1994), entre os principais fatores decorrentes de um AVC estariam às disfunções visuais (perda da metade do campo visual), dificuldade em avaliar distâncias (visão dupla), disfunções motoras (paresia - fraqueza ou paralisia ipsilateral) da face, membro superior e membro inferior, marcha instável, incapacidade de articular palavras, dificuldade de deglutição, disfunções sensitivas (dormência e formigueiro na parte do corpo afetada), disfunções verbais (incapacidade de formar palavras compreensíveis e de compreender a linguagem verbal), disfunções cognitivas (deficiência de memória para fatos recentes ou de longo prazo, capacidade de julgamento alterado) e disfunções emocionais (perda de autocontrole, labilidade emocional, menor tolerância a situações stressantes e depressão).

A psicoeducação mostra que a reabilitação dos pacientes pós-AVCs é definida como um ramo de atuação da psiconeurologia que, encaminhada por uma equipe multidisciplinar, permite ao indivíduo a restituição de uma satisfatória condição clínica e psicológica. No entanto, a educação para a saúde indica que os programas de reabilitação pós-AVCs consistem numa abordagem individualizada dos pacientes com objetivos globais que visam a redução do risco neurológico e a melhoria da qualidade de vida. Estudos indicaram que o maior problema para a reabilitação está nos fatores idade e falta de controle da hipertensão (Delbin, Moraes, Zanesco, 2004). A hipertensão arterial (HA) é a doença mais frequente no adulto em todo o mundo industrializado, responsável pela maioria dos transtornos dos AVCs, principalmente nos grandes centros urbanos (Garcia, Galvão,2006).

No entanto, este tipo de abordagem deve ser realizado pela equipe multidisciplinar com ênfase no controle dos fatores de risco dessa hipertensão arterial, da diabetes melito, da obesidade, da dislipidemia e do tabagismo, na redução de incapacidade física e na adopção de comportamentos saudáveis e estilo de vida. A reabilitação dos distúrbios vasculares deve ser parte constituinte e fundamental do tratamento clínico das diversas patologias e dos fatores de risco dos AVCs, incluindo tratamento medicamentoso e/ou práticas invasivas (cirurgia, angioplastia coronária, implante de stents ou endopróteses), quando estas forem indicadas. O conhecimento dos conceitos da fisiologia dos exercícios e da normatização de algumas nomenclaturas torna-se necessário e fundamental antes de se discutir os efeitos, os riscos e os benefícios do exercício físico no paciente portador de doenças vasculares.

Esta abordagem não é constituída apenas pelo exercício físico, mas também por orientações e abordagens multiprofissionais que promovam a adesão aos procedimentos terapêuticos, com intenso acompanhamento das clínicas envolvidas neste processo.

6.3 - Efeitos das Atividades Biofísicas na Hipertensão

O sedentarismo é um dos fatores de risco de maior prevalência, interferindo de modo direto na morbi-mortalidade das doenças vasculares, e de modo indireto quando se considera que tem grande representação na síndrome metabólica e, portanto na hipertensão arterial e nas suas consequências. Segundo Amado e Arruda (2004), o sedentarismo diminui o gasto energético, aumentando o peso corporal e a tensão arterial. A atividade física proporciona efeitos benéficos sobre os fatores de risco das doenças vasculares e seus distúrbios, seja prevenindo o seu desenvolvimento, sejam utilizando como parte constituinte o seu tratamento. Assim, os efeitos dos exercícios nos pacientes normotensos e hipertensos são a redução dos níveis pressóricos imediatamente após uma sessão isolada de atividades físicas em relação aos níveis iniciais; o efeito agudo tardio, que dura geralmente de 12 a 24 horas, pode contribuir para o controle pressórico se a prática de atividade física for regular e também pode trazer efeitos crónicos ou adaptações que auxiliem no controle pressórico.

A grande maioria dos estudos demonstra efeito benéfico da atividade física aeróbica, de leve a moderada intensidade, sobre os níveis de tensão arterial. Entretanto, noutro[2] estudo das situações clínicas especiais, foram analisados vinte desses estudos e a média de redução dos níveis foi de 10,5 mmhg para a tensão arterial sistólica e 7,6 mmhg para a diastólica, benefício que parece ser independente da idade e do sexo. Essa magnitude de efeito pode controlar a hipertensão arterial no estágio I sem o uso exclusivo da medicação; a atividade física regular possibilita o controle da tensão arterial e associada aos demais tratamentos reduzem a dosagem e quantidade de medicamentos. Todavia, os mecanismos envolvidos nos efeitos agudos tardios e crónicos da atividade biofísica não são completamente conhecidos, podendo estar relacionados com a vasodilatação arterial periférica, com a redução do tónus simpático e com o aumento do tónus parassimpático; no entanto, a hipertensão arterial também pode ser prevenida pelo treino físico e, com a intensidade moderada desta atividade física em população normotensa, pode evitar o desenvolvimento da hipertensão arterial.

[2] Manual de Condutas Clínicas Cardiológicas, situacções clínicas especiais em cardiologia p.289 USP 2005.

6.4. Efeitos dos exercícios na doença e no doente

A educação mostra que a diabetes melito tipo II apresenta grande correlação ou associação com a obesidade e sedentarismo e que a sua fisiopatologia tem a sua envolvência na resistência periférica à ação insulínica, com consequência da hiperglicemia ou glicose alta frequentemente denominada como insulino não dependente, caracterizando-se pela capacidade reduzida das células de responderem à insulina o que provoca uma sensibilidade reduzida à mesma (Robrt & Roberts, 2002). A educação para a saúde indica que, durante uma sessão isolada de atividade física aeróbica, geralmente ocorre um aumento da sensibilidade insulínica, com consequente aumento da entrada intracelular de glicose dependente de insulina e também da entrada independente de insulina, promovendo a redução da glicemia.

Entretanto, esse efeito agudo tardio na sensibilidade insulínica que pode durar de 24 a 48 horas, pode contribuir para o controle da glicose dos pacientes diabéticos. No entanto, esses efeitos podem comprometer ou controlar os diabéticos sem o uso de medicação ou, ainda, permitir um melhor controle com menor número de medicações ou redução das doses administradas para cada paciente. Ela é tratada inicialmente com dieta e exercícios, agentes hipoglicemiantes orais e finalmente para alguns indivíduos com injecções de insulina ou a associação dos dois (Maltese, 1994). A educação para a saúde indica que em dois estudos com pacientes de risco para desenvolvimento da diabetes melito, a adopção de estilo de vida saudável, com dieta e incremento da atividade física, reduziu a incidência de diabetes, ou seja, preveniram o desenvolvimento dessa doença que poderia causar outros distúrbios, inclusivamente os de origens vasculares.

A atividade física regular aeróbica, de leve a moderada intensidade, propicia alguns efeitos benéficos no controle da dislipidemia; esses efeitos, no entanto, são mais pronunciados se estiverem associados a uma dieta adequada que provoque com regularidade a perda de peso. No entanto, os maiores benefícios desta atividade física são verificados na redução das taxas bioquímicas das triglicérides que tendem a serem maiores quanto mais elevados forem os respectivos níveis lipídicos iniciais, e manifestam-se comumente nos indivíduos previamente sedentários. Com os resultados apresentados, os níveis de HDL elevam-se com a atividade física, obedecendo ao efeito da administração da dose dependente com o desgaste energético semanal normal; não foram totalmente comprovados os benefícios desses efeitos

sobre o colesterol e o LDL, mas no geral admite-se que o treino biofísico e o apoio biopsíquico isoladamente poderão alterar as concentrações sanguíneas desses lipídeos.

A atividade biofísica associada a uma nutrição adequada poderá contribuir para a redução do peso corporal com algumas modificações no perfil lipídico. Fatores como intensidade e duração do exercício, estado nutricional dos indivíduos e diferenças no tempo de colheita de sangue, forma de armazenamento de amostras de plasma e as técnicas bioquímicas de medida da concentração de glutamina, são responsáveis também pelos dados contraditórios apresentados por diferentes autores (Walsh aet al.., 1998). A hipertensão também pode ser um resultado de formas pouco saudáveis de viver, e vale a pena recordar que eventualmente a tensão arterial pode aumentar em decorrência de fatores como a prática de exercícios físicos, o nervosismo e as preocupações do dia-a-dia, o uso de drogas, a alimentação, o fumo, o álcool e até mesmo o café.

Desta maneira a doença também é classificada como poligénica e multifatorial. Segundo Vinhal (2007), a hipertensão arterial tem características vasculares, neurológicas, nefrológicas, cardiológicas e endócrinas, o que a torna uma doença estudada e tratada por muitas especialidades médicas. Em condições normais, a tensão arterial deve ser mantida numa estreita faixa de variação, e para que isto ocorra o organismo conta com um complexo mecanismo formado por diversas substâncias e sistemas fisiológicos, envolvendo também mecanismos neurais e neuro-humorais, influenciando o sistema nervoso autónomo. Sendo assim, entende-se que alterações na tensão arterial são representação do descontrole em algumas partes deste mecanismo, e algo que vem sendo bastante estudado é o aumento da atividade do sistema nervoso simpático.

A hiperatividade simpática actua elevando a tensão arterial e auxilia no desenvolvimento de complicações cerebrovasculares. Portanto, o que se busca para um tratamento anti-hipertensivo mais eficaz é a inibição da atividade simpática. A educação para a saúde indica que os fatores de risco possuem grande associação com o desenvolvimento das doenças cerebrovasculares, e o controle destes fatores promove a redução da incidência dessa doença que provoca grandes prejuízos biopsiquicossociais. Conforme diversos estudos de casos epidemológicos observacionais demonstraram-se uma relação inversa entre a atividade biofísica e a incidência das doenças cerebrovasculares, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino.

A manifestação do impacto do AVC na vida familiar não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida em que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, se encontra inserido (Teixeira et al, 2006). Os estudos com o objetivo de observar a relação de causa e efeito entre a prática de atividade física e as alterações nos níveis da tensão arterial apontam para uma relação inversamente proporcional. Na maioria dos casos, obtém-se o controle ideal da pressão através de uma combinação de fatores terapêuticos. A terapia medicamentosa é eficaz, porém, como já informado, tem altos custos e provoca efeitos colaterais; sendo assim, as intervenções não-medicamentosas ganham força pelo baixo custo e também pela sua eficiência.

A redução do peso corporal, a restrição do álcool e tabaco e principalmente a prática regular de atividade física devem ser incrementadas. A atividade física está para a hipertensão assim como o pára-quedas está para o piloto de um avião. Se no segundo caso, o pára-quedas não evita a queda, mas ameniza-a, no primeiro caso, a atividade física não evita o aumento da pressão, mas actua proporcionando um controle dos níveis pressóricos resultando em menor esforço do coração. O sedentarismo é um dos fatores de risco de maior prevalência, interferindo de modo direto na morbi-mortalidade das doenças cerebrovasculares, e de modo indireto quando se considera que tem grande representação na síndrome metabólica e, portanto na hipertensão arterial e nas suas consequências. De acordo com Monteiro e Filho (2004) o exercício físico quando mantido de forma frequente permite que o corpo humano disponibilize respostas fisiológicas mais consistentes provenientes das adaptações autonómas e hemodinâmicas que interferem no sistema cerebrovascular do indivíduo, consequentemente oferecendo maiores benefícios no controle da tensão arterial prevenindo possiveis sequelas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na primeira parte do nosso trabalho sobre o impacto da doença na vida familiar, apresentámos os caminhos percorridos por uma metodologia prevista no projecto inicial e, finalmente, na proposta definitiva. Esta última expressa à possibilidade de superação dos limites e os avanços realizados por este trabalho que se entrelaçam até a terceira e quarta parte onde todos os processos são esclarecidos nos estudos de casos com as famílias e os portadores de alguma limitação provocam pelo impacto de um AVC.

O trabalho com portadores de doença cerebrovascular isquêmica ou hemorrágica grave e crônica tem experimentado mudanças, com uma crescente valorização de tratamento de base comunitária. Estes pacientes passam, concomitantemente, a receber um tratamento que valoriza a sua reinserção social e a melhoria das condições de vida, em detrimento da mera anulação de alguns sintomas. No entanto, tornou-se fundamental a avaliação da qualidade de vida dos pacientes e a sua envolvência nos problemas biopsíquicos e biofísicos do impacto do AVC na vida familiar.

Deste modo, para perceber todos os problemas e/ou nos aproximarmos do percurso planeado no método psicoeducativo, procurámos primeiramente as respostas desejadas na fundamentação clínica fenomenológica apoiada nos referenciais teóricos disponíveis, revistos com o objetivo de descrever a distribuição dos fatores biopsiquicossociais que influenciam a qualidade de vida dos pacientes e dos familiares que sofrem com o impacto de uma AVC.

O total de famílias em atendimento inicial foi de 55, e, dessas, foram selecionados 36 que formularam sempre hipóteses com base na entrada de informações inerentes ao ciclo de vida familiar e à estrutura que permite a equipe dirigir a sua atenção naquilo que está a manter os problemas da doença na família.

No entanto, esta hipótese permitiu-nos limitar o campo de investigação e trabalhar com o que de outra forma se poderá tornar numa quantidade esmagadora de informações por parte da família e de outras pessoas ligadas ao contexto do paciente e da doença.

A psicoeducação entendeu que o processo contínuo de avaliação encontrou diversas necessidades individuais e coletivas quando a família era tratada no grupo e quando alguns destes elementos se encontravam no espaço terapêutico individual. A recolha de informações adicionais comprovou as hipóteses da família, ampliando o campo de investigação de acordo com as necessidades geradas e colocadas pelos pacientes, cuidadores e familiares.

No entanto, os encontros psicoeducacionais com os subgrupos da mesma família foram componentes relevantes para a aplicação de um modelo clínico de estudo de caso. Este nos permitiu esclarecer aquilo que estava a bloquear a satisfação das necessidades individuais desta e de outras famílias que apresentavam percursos paralelos dentro de um sistema multigeracional. Quando a psicoeducação detectou necessidades especiais procurou inclui-las no percurso sem chamar a atenção dos participantes e do paciente.

Na experiência deste trabalho e nas nossas vivências e envolvências com muitas famílias que apresentaram impacto do AVC na família, a psicoeducação procurou, de acordo com as necessidades individuais e coletivas de cada família, encaminhar e orientar os participantes para manterem o modelo previsto desde o início.

Todo o sucesso deste trabalho resultou do contributo de autores como MacGregor et. al. (1964), Alexandre et.al. (1981, 1982) e das escolas especializadas em terapia breve, orientadas para o problema do impacto da doença do tipo AVC, que são associadas e combinadas com modelos que dão resposta imediata ao pedido de atendimento do paciente.

A psicoeducação sugere uma abordagem de tratamento breve, orientada para o problema do impacto do AVC na vida familiar, bem como o uso de uma equipe de terapeutas que trabalhe diretamente com as questões do AVC na família. O envolvimento de representantes de associações ou grupos de defesa da família, de pacientes e cuidadores, e um formato de sessão ampliada nos efeitos dessa doença na relação sócio-familiar.

Simultaneamente, a psicoeducação mostrou que os paradigmas parecem caracterizar as pespectivas no contexto do existencialismo. A liberdade de escolha, ou seja, a responsabilidade pessoal é uma noção crucial para o nosso modo de definir, julgar e tratar os distúrbios e os transtornos provocados por uma doença do tipo AVC.

Sem dúvida, os fatores acima citados, independentes da indução, participam da construção do ser, das suas vivências e da sua patologia. A psicoeducação não vai medir a proporção do determinismo e da liberdade de escolha do paciente, da família e dos cuidadores. Postulará, porém, que os dados mais significativos para a nossa atividade psicoeducativa são os marcados pela liberdade desta escolha, e é deste ponto de vista que ela enfrenta conceitos e preconceitos da educação e da saúde, sem excluir a nosografia das ciências afins. No entanto, em função deste ponto de vista, a psicoeducação postula que o homem é a sua história e que certos aspectos da sua doença são incompreensíveis fora dessa

história, tanto pelas nossas ações, do homem como subjetividade e do homem que cria a si mesmo, como pela sua liberdade, inserido no mundo e transcendendo-se.

Em suma, não trabalhamos com esquemas, com protótipos, mas com um ser sujeito com a escolha, das responsabilidades, dos compromissos e das angústias. No entanto, a sua experiência imediata é descrita numa linguagem que introduz elementos intermediários, reflexões, abstrações e sitematizações. Para a psicoeducação, é necessário falar de doença e abordar vários discursos médicos, com a criação de entidades nosológicas, as quais se fazem referência aos elementos individuais e irredutíveis. A doença, assim como a concebem algumas pessoas e autores como Ey enquanto perda da liberdade de escolha, é identificada por sintomas decorrentes de um modo de se situar no mundo.

Neste contexto, a psicoeducação analisou os fenómenos do adoecer não como soma de partes, mas como processo. Os conceitos herdados das associações emocionais, concebidas como funções, não foram as melhores opções para o pensamento e ação da psicoeducação, pois tratou-as como qualidade de vivência, e a subjectividade como característica inerente do paciente e do seu cuidador principal. No entanto, a opção da psicoeducação a favor de uma abordagem em termos fenomenológico-existenciais em primeiro lugar, encarou como conveniente evocar as fontes-autores e as ideias que poderiam indicar caminhos, mostrando as divergências entre autores em relação à sua própria qualificação.

Portanto, a psicoeducação diz que, para uma posição fenomenógico-existencial, não podem faltar certas características, tais como: pensar o existencialismo como uma modalidade de existir que se torna objeto de reflexão sobre conhecimento, liberdade, transcendência, angústia, culpa e morte. Não separamos neste contexto o conhecimento da moral de uma visão do ser. No entanto, a psicoeducação mostra que o pensador e o filósofo estão presentes na filosofia; não podemos abstrair, separar o pensamento do pensador, da consciência imediata de si mesmo; a psicoeducação não procurou investigar o "sofrimento", mas a familia que sofre com o impacto do adoecer e que está no mundo em relação com os outros, vivendo experiências imediatas e tendo às vezes opção de escolhas.

A psicoeducação considera o modo de escolha existencialista-fenomenológico de elaboração da Ciência da Educação para Saúde compatível com a atividade Científica, e nesta visão do todo, não vamos creditar nem rejeitar pensamentos que não nos pertencem, pois a psicoeducação refere-se a fatos, descrevendo sem intenção de mudança etiológica, até ao momento.

Assim sendo, a experiência é mais do que a observação, pois os fatos são percebidos pelos sentidos. Os neurónios são contadores de história, não são completamente dignos da nossa confiança. A sensação pressupõe uma abstração, uma representação e não uma cópia fidedigna do mundo real. A observação e a experimentação explicam a subjectividade. Varela (1989) fala de um sistema nervoso definido por diversos modos de coerência interna, de correntes de interconectividade, de comportamentos específicos de cada área ou de circuitos que entram no processo do adoecer. O que a psicoeducação descreve tem mais a ver com a maneira como somos feitos do que com os estímulos do mundo exterior. A nossa atividade e concepção dos processos terapêuticos fundamentam-se nesta pesquisa neurofisiológica e biológica, realizada com pessoas que adotaram o cognitivismo e não encontramos nelas nenhuma incompatibilidade com os processos psicoeducactivos existencialistas.

A falta de um resultado quantitativo expressivo não exclui os conhecimentos do campo das ciências. Quantificar é, sem dúvida, uma notável vantagem e até pode conferir mais beleza à formulação deste ou de outro conhecimento. Portanto, achamos que, nesta dimensão, não poderia ser eliminada uma pesquisa no campo das ciências. No entanto, os psicoeducadores que qualificaram as atividades fenomenológicas ou existencialistas referem-se aos filosófos criadores ou adeptos das respectivas correntes. A psicoeducação constata, porém, que os próprios filósofos recusam, às vezes, o rótulo que lhes fora atribuído e que outros autores os enquadrem de maneira diferente. Jaspers é um exemplo de inclusão e de exclusão do existencialismo e da fenomenologia.

Para Dalgalarrondo (2000), a Psicopatologia Geral de Jaspers é certamente a maior obra da psicopatologia e muitos outros expressaram a mesma consideração. Jones et al. (2003) observam que Jaspers conceptualizava o delírio distinto das "crenças normais", com um mecanismo específico, semelhante a um módulo. A psicoeducação norteia que atualmente preferir-se-ia para delírio o modelo continum, que sugere tratabilidade, embora na prática somente 50% dos pacientes sejam beneficiados. Sem eles, seria impróprio falar de uma psicologia para a educação ou de uma psicoterapia fenomenológico-existencial. Contudo, outras ideias básicas mostram, concomitantemente com as nossas correntes de pensamento, que têm as suas envolvências com o estruturalismo, o cognitivismo e o darwinismo. A psicoeducação achou indispensáveis as noções das Neurociências. Misturar os conceitos de várias maneiras não seria possível nem construtivo.

Várias noções têm valor e sentido dentro de certo contexto, postula Claude Lévi-Strauss, nem vamos invocar a "complementaridade", mas sim assimilar propostas de várias origens.

O estudo partiu de uma análise multi-casos, considerando:

1. O impacto afectivo-emocional do AVC na vida familiar do paciente;
2. As escolhas, responsabilidades, compromissos e angústias das famílias e dos cuidadores;
3. A necessidade de recuperação do trauma físico;
4. A reinserção social e qualidade de vida do paciente e do seu núcleo familiar.

Conclui-se que a recuperação é mais eficaz quando a motivação e implicação das famílias possibilitam uma aprendizagem não apenas individual, mas de matriz coletiva. As características dessa aprendizagem processual confirmam o carácter global do fenómeno do adoecer, bem como a responsabilidade da tarefa complexa de cuidar, numa perspectiva de mais humanização e qualidade, tornando central a psicoeducação. Contribuindo para o nosso crescimento pessoal e profissional, torna-se então imperiosa a articulação da Educação com a Psicologia. Mas a articulação só é possível quando é identificado o significado do que se pretende articular, e não reduzindo o novo ao velho, o desconhecido ao conhecido.

VOCABULÁRIO CRÍTICO

Afasia - Impossibilidade de falar. Afecção orgânica causada por lesão no córtex cerebral. Produz a perda ou a diminuição da faculdade de usar palavras para expressar ideias.

Agenesias – s.f. Esterilidade, incapacidade de procriar.

Alexia - Forma de afasia em que a vítima não reconhece nem compreende palavras escritas. Pode decorrer de alteração do cérebro por doença ou lesão. É chamada, às vezes, de "cegueira de palavras".

Alopecia – s.f. Queda de cabelo, barba, sobrancelhas.

Amaurose Binocular = Cegueira total ou parcial sem lesão visível.

Aneurisma – Dilatação de uma artéria ou de uma veia, causada por dano local das paredes de um vaso sanguíneo. Um tipo de aneurisma pode-se desenvolver em pessoas mais idosas, no grande vaso sanguíneo (a orta) que está ligado ao coração. Pode formar-se em qualquer artéria do corpo.

Anastomoses – Conjunção de um órgão a outro semelhante.

Anisocoria – desigualdade das pupilas.

Ateromas – Tumor esbranquiçado e elástico das artérias, contendo líquido grumoso.

Autossómico dominante - Um gene num dos cromossomos não sexuais cujas características se manifestam, mesmo que apenas uma cópia esteja presente. A chance de passar o gene para os filhos é de 50% em cada gravidez.

Autossómico recessivo - Genes que, como no caso da doença de Gaucher, precisam de duas cópias (no cromossomo paterno e materno) para manifestarem determinada característica.

Cisão – Divergência de opinião, separação de interesse, dissidência

Conspícuas – Notáveis ilustres.

Coroide – Membrana sita na parte posterior do globo ocular que funciona como uma câmara escura fotográfica.

Corolário – sm. Afirmação deduzida de uma verdade já demonstrada.

Diplopia - Visão dupla

Disfasia – s.f. (Med) Perturbação da fala.

Dismnésia – s.f. Dificuldade em reter na memória

Égide - sf. Amparo, defesa, protecção, patrocínio.

Êmbolos - trombo que marcha pela circulação

Embolismo - Coágulo de sangue, ou outra partícula carregada ao longo da corrente sanguínea, que pode alojar-se num vaso sanguíneo e obstruí-lo. Isto interrompe o fornecimento de sangue para o órgão em questão, causando dano ao tecido. Portanto, a embolia cerebral é causada por um coágulo de sangue alojado numa das artérias do cérebro e é uma das causas da apoplexia. Também pode ser causado por uma bolha de ar que pode bloquear um vaso se for suficientemente grande, ou também por uma partícula de gordura procedente da fractura de um osso grande.

Embotada – Engrossado, sem gume, enfraquecido, afrouxado, descorado.

Encefalopatia = Denominação genérica de toda a afecção do encéfalo.

Eructação – Expulsão ruidosa de ar, gases, ou ácido do estômago. Quando se come demasiado ou apressadamente ou se fala muito durante a refeição, há a tendência para engolir ar juntamente com os alimentos. Este ar é libertado pela eructação, popularmente conhecido como arroto.

Estenose - Estreitamento congénito ou adquirido de uma estrutura oca. Exemplo:

Estenose de esófago, estenose de traqueia, etc.

Forame – Orifício, abertura.

Ictus – Ataque súbito.

Intrínseco – Que está no interior de uma coisa e lhe é própria ou essência. Íntimo, inerente.

Lassitude (Lassidão) – s.f. cansaço, fadiga, prostração

Hálux – o dedo grande do pé.

Hemianestesia – anestesia de um lado ou da metade do corpo

Hemianopsia – Cegueira para metade do corpo visual.

Hemiparesia – Paresia só em metade do corpo

Hemiplegia – Condição na qual metade do corpo fica paralisado. Ocorre devido a algum distúrbio do cérebro e, mais comumente, acompanha uma apoplexia.

Necrópsia - exame médico de um cadáver para conhecer as causas da morte.

Neoplasias - São neoformações teciduais de células, de crescimento autónomo, aparentemente sem utilidade para o organismo, à custa do qual se nutre. O crescimento é ilimitado nas neoplasias malignas (ou canceroso), mas não o é em todos os benignos. A causa ou causas das neoplasias ainda são desconhecidas.

Obnubilar – obscurecer; escurecer; p. obscurecer-se; pôr-se em trevas.

Ontogenéticos - Série de transformações sofridas pelo ser vivo desde a fecundação do ovo até ao ser perfeito.

Ortostática – Na posição erecta.

Paresia - Paralisia de nervo ou músculo que não perdeu inteiramente a sensibilidade e o movimento; paralisia ligeira ou incompleta.

Parestesia - Desordem nervosa que se caracteriza por sensações anormais e alucinações sensoriais, distúrbio da sensibilidade.

Sensório – Que transmite impulsos, transformando-os em sensações; sensitivo; s.m. cérebro ou parte dele, que se considera como o centro de todas as sensações de qualquer centro nervoso sensorial.

Pressagiar - Profetizar; pressentir; adivinhar.

Toalhete (é) – s.f. Traje feminino; indumentária; ato de lavar-se, vestir-se; s.m. toucador; reservado sanitário; casa de banho.

Tonsila - s.f. (Anat) Agrupamento de tecido linfoide existente na garganta (nome antigo: amídala ou amígdala) ton. Si. la.

Trombose – Formação de um coágulo num vaso sanguíneo. Numa situação normal, isso não ocorre, mas quando um vaso sanguíneo está infeccionado, aparece às vezes o coágulo. Em qualquer parte do corpo pode acontecer uma trombose, e os sintomas vão depender do órgão envolvido. Se o coágulo for transportado pelo sangue, para alguma parte, ele é chamado de “êmbolo”.

Parenquimatosa (Paranquimia) – A parte diferenciada de um órgão, excluído o tecido de sustentação.

Subaracnoide – Espaço entre a aracnoide e a pia-mater, onde existe o líquido.

Xantomas – Deposição de lipóides na pele formando pequenas placas amarelas.

SIGLAS

AVC - Acidente vascular cerebral

AVCi - Acidente vascular cerebral isquêmico

AVCh - Acidente vascular cerebral hemorrágico

ADH - Difosfato antidiurético

AR - Atrite reumática

CHbCM - Concentração de hemoglobina corpuscular média

CK - Creatinoquinase

CI - Cloreto, cloro

CO - Monóxido de carbono

CO2 - Dióxido de carbono

DNA - Ácido desoxirribonucleico

ECG - Electrocardiograma

EEG - Electroencefalograma

EV- Endovenosa

F - Fahrenheit

FEC - Fluido extracelular

FG - Filtro glomerular

FG - Filtração glomerular

FR - Febre reumática / Fato reumático

NMDA - Mini Mental State Examination

RCP - Reanimação cardiopulmonar

TC - Tomografia

SIMI – Síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis.

REFERÊNCIAS

Aarsland, D. et al. (2002) *Danepezil far cagnitivemos impairment in Parkinsan's disease: a randamized cantralled study*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, voI. 72, pp. 708-712.

Abrams, S. (1971). *The psychoanalytic unconsciouses, em The Unconscious Today*, org. de M. Kanzer, Nova Iorque, Int.Univ. Press.

Abrisqueta-Gomes, J & Dos Santos, Flávia H. (2006) *Reabilitação Neuropsicológica da Teoria à Prática*. São Paulo: ARTES MÉDICAS.

ACC-AHA – (2000) *Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina and Non- ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.* J Am Coll Cardiaol; 36; 970-1062.

Adams, R.D., et al. (1977). Principles of neurology. 6th ed. New York: McGraw-Hill.

Aguerro-Torres, et al., (2002).*The impact of somatic ADN congnitivemos disorders on of the funcional status of elderly. Journal of Clínical Epidemiology*, vol.55, pp.1007-1012.

Ahumada,J.et al, (1965). *Problemas conceptuales e metodológicos de la rogramación de la salud* - Washington, DC, Organizacion Panamericana de la Salud (OPAS, cient. III).

Aiex, M. et al. (1997). *O paciente somatizante no hospital geral*. Cadernos do IPUB (Saúde Mental no Hospital Geral) n.6, pp.125-134.

Ajuriaguerra, J.; Hécáen, H. (1960) *Le Cortex cerebral. Étude neuro – psycho – parthologique*. 2 ed. Paris: Masson & Cie.

Albert, M. L. (1974) *The subcartical dementia af pragressive supranuclear palsy*. J. Neurol. Neurosurg Psychiatry, vaI. 37, pp. 121-130.

Allen, L. A. et al. (2001). *Cognitivemos behavior therapy for somatization disorder* : *a preliminary investigation*. J. Behav. The Exp. Psychiatry, v.32, n.2, pp.53- 62.

Almeid Filho, N. (1986). *Migração e rótulo psiquiátrico: um estudo de caso*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.35, pp.231-240.

Almeida JR. (2001). *For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes* Cad Saúde Pública RJ 17 (4): 753-759.

Almeida, O. P. et al., (1995). *Clínical and cognitivemos diversity of psychotic states arising in late life (late paraphrenia).* Psychol08ica1 Medicine, voI. 25, pp. 699-714.

Almeida, W. C. (1999) Grupos - *a proposta do psicodrama*. São Paulo, Ágora.

Almqvist, E.W., et al. (1999). *Wordwild assessment of the frequency of suicide, suicide attempts and psychiatric hospitalizations following predictivemos testing for Huntington's disease*. Am.journal e!f Human Genetics, vol. 64, pp. 1293-1304.

Altman, E., & Miklowitz, D.J. (1989). Family life in the raw: A review of Ecological Studies of Family Life by A. Vetere and A. Gale. *Contemporary Psychology*.

Alvarado, R. et aI. (1992). *Intervención grupal para mujeres que padecen distúrbios emocionales en consultórios de atención primaria del servieio de salud metropolitano.* Sur. Rev. Psiquiatria, v.9, pp.1136-1140.

Alvarenga, P.G. e Guerra, A.A. *fundamentos em Psiquiatria*. São paulo, Manole,

Alvim, E.F. - (1973). *Técnica de programação integrada de saúde* - Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Alvim, E.F. - (1973). *Análise de duas técnicas de planeamento do sector de saúde*. Trabalho apresentado ao XVIII Congresso Brasileiro de Higiene. - São Paulo

Amando, G.; Guitter, A. (1978*). A dinâmica da Comunicação nos grupos.* Rio de Janeiro: Zahar.

American Psichiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical And statistical manual of mental disorder*. 4rd ed. Washigton, DC, American Psychiatric Association.

American Psichiatric Association (APA), (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III),3rd edition. Washington.

André Fustier, (1999) *A transmissão do psiquismo através de gerações*. São Paulo: UNIMARCO pp.129-148.

Andreasen N. C (2001). *Diversity in Psychiatry or why did we became Psychiatrists*? Am J Psychiatry 158: 673-675.

Apaydin, H., et al. (2002). *Parkinsandiseaseneurapathalagy: later-develapment dementia and lass af the levadapa respanse.* Arch. Neurol., vaI. 59, pp. 102-112.

Arantes , V. (2000) Cognição, Afetividade e Moralidade. Educação e Pesquisa. São Paulo.

Ares, M. J.J. (2003). *Acidente Vascular Encefálico*. In: Teixeira et al. Terapia Ocupacional na Reabilitação Física. São Paulo: Roca, cap.1 pp. 3-16

Argimon, I. L.; Trentini, C. M. (2006) *A presença da doença de Alzheimer e suas repercussões na dinâmica familiar.* Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 3, n. 1, p. 98–104, jan./jun..

Artero, S.; Touchon, J.; Ritchie, K. (2001). *Desability ADN mild cognitivemos impairment: A longitudinal population-based study*. Int.J. Gereatry. Psychiatry, vol.16, pp.1092-1097.

Assunção, A.A. e Rocha, L.E.(2003). *Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho: membro superior e pescoço.* In: Mendes, R. Patologia do Trabalho. São Paulo: Atheneu.

Atkinson, L.D.; Murray, M.E. (1989*) Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Ávilar, R. (2007.) *Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve*. Rev. Psiquiatr. Clín., São Paulo, v. 30, n. 4, p. 57–69.

Bachion, M.M. et al. (1999) *Validação de conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem "Mobilidade Física Prejudicada" em idosos*. Apresentado no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 11º Congresso Panamericano de Enfermería. Florianópolis/SC de 02 a 07 /outubro, Livro de Resumos. p.591.

Bachion, M.M. et al. (2000) *Validação clínica do diagnóstico de enfermagem: "Mobilidade Física Prejudicada" em idosos institucionalizados*. ANAIS I Simpósio Internacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Colectiva e V Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, João Pessoa/PB, Maio. (p.40).

Balint, M. (1973). *The doctor, his patient, and the illness.* New York: Int. Universities.

Balint, M. (1975). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Ballard, C.; Neill,D.; O'Brien, J. et al. (2000) *Anxiety, depression and psychosis in vascular dementias: prevalence and assoiciations*. *J Affetivemos Disorders*; vol.59, pp.97-106.

Barber, R.; Panikkar, A. et aI. (2001*) Dementia with Lewy bodies: diagnosis and management*', vol. 16, n. o Suppl 1, pp 12 -18.

Barbosa, G. A. & Gaião, A.A. (2001). *Apontamentos em Psicopatologia infantil.* João Pessoa: Idéia.

Bardin, L.(1991) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: edições 70.

Barsky, A.J. (1988). *Functional somatic symptoms;somatoform disorders.* In:Cassem, N.H. et aI. (Ed.) Massachusetts General Hospital Handobbok of G, ral Hospital Psychiatry. Saint Louis : Mosby, 19 pp.305-336.

Barsky, AJ.; Barnett, M.C.; Clearly, P.D. (1994). *Hypon chondriasis and panic disorder: boundary and overlap.* Arch. Gen. Psychiatry, v.51, pp.918-925.

Basch, M.F. (1973), *Psychoanalysis and theory formation, Ann. Psychoanal*., 1: pp 39-52

Bassan, Pimenta L, Leães (2002). *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. *I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência*. Arq. Brás Cardiol; 79 (supl.II): pp. 1-21.

Benevides, R.; Passos, E. , 2005. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.,** v.10, n.3, 2005. (no prelo).

Bergem, A.L.; Engedal, K.; Kringlen, E. (1997). *The role of heredity in late-onset Alzheimer disease and vascular dementia: a twin study*. Arch. Gen. Psychiatry, vol.54, pp. 264-270.

Berger, L.M.; Mailloux-Poirier, M. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa-Portugal: Editora Lusodidacta, 1995.

Bergeret, J. (1985*), Reflections on the scientific responsibilities of the International Psychoanalytical* Association, memorando distribuído no 34º Congresso da IPA, Hamburgo.

Berral JD (1969). The social function of science. London, Routledge and Kogam.

Berthoud, C. M. E. (2002). Visitando a Família ao Longo do Ciclo Vital. São Paulo: Casa do Psicólogo. Cap. 1. pp. 15 - 27

Bertolucci,P.H.F. et.al. (1994) *O mini-exame do estado mental numa população brasileira:Impacto das escolaridade.* Arq. Neuropsiquiatria., v52, n.1, pp.1-7.

Bhogal,S.K.; N. et al. (2004). *Lesion location and poststroke depression. Systematic review of the methodological limitations in the literature*. Stroke; vol.35, pp.749-802.

Bion, W. R. (1992). *Aprendendo com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.

Bird, T. D. (1993). Apolipoprotein E genotyping in the diagnosis of Alzheimer's disease: is there an increased risk in offspring? Ann. Neurol.,vol.34, pp.396-399.

Blacker, D.; et. al. (1998).Alpha-2 *macroglobulin is genetically associated with Alzheimer disease.* Nat. Genet., vol. 19, pp. 357-360.

Blass, J.P; Ratan, R. (2003). *"Silent" strokes and dementia*. N. Engl J Med.; vol.348, pp.1277-1278.

Bley, J. Z; Turbay, J. F. Junior, O. C. (2005) **Comportamento seguro – ciência e senso comum na gestão dos aspectos humanos em saúde e segurança do trabalho**. Revista CIPA.

Bocchi SCM (2001). *Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: vivendo uma experiência de poucos prazeres aovir-a-ser um cuidador familiar de uma pessoa com AVC*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo.

Bocchi SCM (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral*(AVC)*: análise do conhecimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem 12(1):115-121*..

Bocchi, S. C. M. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): análise do conhecimento. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v.12, n. 1, p. 115-121.

Bocchi, S. C. Mi; Angelo, M (2002). Interação cuidador familiar – pessoa

Bombana, J.A. (1993). *A tradução psiquiátrica do diagnóstico "DNV" (Distonia neurovegetativa) feito pelo médico não-especialista.* 1993. p.112. Dissertação (mestrado) - Escola Paulista de Medicina, UNIFESP ,São Paulo.

Bonelli, R. (2003) *How to treat vascular dementia?* Stroke; vol.34, pp. 2331-2332.

Boruchovitch, E. (1995). *A identificação e o estudo das variáveis associadas ao fracasso escolar brasileiro.* Projeto de pesquisa realizado na qualidade de bolsista de recém doutor da CNPq. Faculdade de Educação. Departamento de Psicologia Educacional, Unicamp.

Boruchovitch, E. (2004 a). A auto-regulação da aprendizagem e a escolarização inicial. Em: Boruchovitch, E., & Bzuneck, J. A. (Orgs). *Aprendizagem : Processos Psicológicos e o Contexto Social na Escola* pp 37-60. Editora Vozes, Petropólis, RJ.

Boruchovitch, E. (2004b). *Avaliação Psicoeducacional à luz da Psicologia Cognitiva Contemporânea*. Anais do X Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. ANPEPP, p.102, Praia Formosa, Aracruz-ES.

Boruchovitch, E., & Martini, M. L. (1998). *Entrevista estruturada para avaliação das atribuições para sucesso e fracasso escolar de estudantes do ensino fundamental*. Manuscrito não publicado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP.

Boruchovitch, E., & Neves, E.R.C. (2004). *Escala de avaliação da motivação para aprender para alunos universitários*. Manuscrito não publicado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP.

Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A (2001). *Escala de avaliação de estratégias de aprendizagem para crianças do ensino fundamental*. Manuscrito não publicado. Universidade São Francisco, Bragança Paulista-SP.

Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A (2004). *Escala de avaliação de estratégias de aprendizagem para crianças do ensino fundamental-versão reduzida*. Manuscrito não

publicado. Universidade São Francisco, Bragança Paulista-SP e Universidade Estadual de Campinas, SP.

Boruchovitch, E., Martini, M. L.(2005). *Construção de um instrumento para avaliação das atribuições de causalidade em contexto escolar*. Anais Eletrônico do II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Gramado, RS.

Boruchovitch, E., Santos, A. A. A., Costa, E. R., Neves, E. R. C., Cruvinel, M., Primi, R., & Guimarães, S. E. R.(no prelo). *Estudo preliminar para construção de uma escala de estratégias de aprendizagem infantil*. Manuscrito submetido à publicação.

Botega, J.N. (2006*). Pratica psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência* 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Botega, N.J. (1992). *A palavra do médico e seus sentidos: um estudo qualitactivo de alguns termos psiquiátricos usados na prática médica.* Revista ABP-APAL, v. n.l, pp.33-38.

Botega, N.J…et al. (2006). *Práticas psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* 2.ed. Porto Alegre - Artmed.

Botino, Cássio M.C. (2006). *Demência e Transtorno Cognitivo em Idoso* - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bower, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*, New York: Jason Aronson.

Bowler, J.V. (2002) *The concept of vascular cognitivemos impairment*.J Neuro Sci, vol. 203, nº4, pp.11-15.

Brafmann, H. (2000). *Tirando partido das influencias mútuas entre pais e filhos* Ver. Brás. Psical., v.33 nº2, pp. 326-339.

Brasil, M. A. A. (1995). *Pacientes com queixas difusas: estudo nosológico sobre pacientes apresentar queixas difusas e vagas.* Tese (Doutorado) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Brasil. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <http:// portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: fev. 2007.

Breilh J 2004. El abandono de equidad: domando la salud pública. *International Conference: Rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America.* San Diego, UCSD/CILAS.

Breitner, J.C. et al. (1999). *APOE-epsilon4 count predicts age when prevalence of AD increases, the declines: the Cache Conunty Study*. Neurology, vol. 53, pp.321-331,

Breitner, J.C.(1996*). APOE genotyping ADN Alzheimer's disease*.Lancet, vol. 347, pp. 1184 - 1185.

Brenner, C (1974). *On the nature ADN development of affects*, PQ, 43: 532- 556.

Bridges, K. W et aI. (1991). *Determinants of somatization in primary care. Psychological Medicine,* v.21, pp. 473- 483.

Bridges, K.W; Goldberg, D. (1985). *Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care.* Jour of Psychosomatic Research, v.29, pp.563-569,

Brugger, K.L.; et.al. (1994*). D.A. Cognitivemos impairment in adults with Dawn's syndrome: similarities to early cognitivemos changes in Alzheimer's disease*. Neurology, vol. 44, pp. 232 - 238.

Brun, A. (1993ª*). Dementia of frontal type. Dementia*, voI. 4, p. 125.

Burns JK (2006). *Psychosis: a costly by-product of social brain in Homo sapiens*. Progreess in neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry 30:797- 814.

Busquets, D. et al. (1998) *Temas Transversais em Educação: bases para uma formação integral*. São Paulo: Ática.

Bustos, D.M. (2005) *O Psicodrama*. São Paulo, Agora.

Caixeta, L.; Nitrini, R. (1998). *Demência Frontotemporal: estudo psicopatológico de 10 casos*. Rev Psiq Clín, voI. 25, n.o 3, pp. 132-134.

Caldas, C. P. (2006*). O autocuidado na velhice.* Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan.

Campion, D. et.al. (1999). *Early-onset autosomal dominant Alzheimer's disease: prevalence, genetic heterogeneity, ADN mutation espectrum*. Am. j. Hum. Gent., vol. 65,p. 664-670.

Campos, J.Q. (1988). *Saúde em Concordata* - São Paulo Editora Jotacê

Campos, J.Q. et al. (1995). *Doutrina da Administração Sanitária* - São Paulo: Editora Jotacê

Campos, J.Q. et al. (1987) *Introdução à Saúde Pública* - São Paulo: Editora LTR

Campos, J.Q. et al. (1989). *Manual de Administração dos Serviços de Saúde* - VoL. I e II São Paulo: Editora LTR .

Cantera, I.R.; Domingo, P.L. (2000). *Guia prático de Enfermagem: Geriatria*. Rio de Janeiro: Editora Mc Graw Hill.

Caper, R. (1997). *Tendo uma mente própria*. Livro Anual de Psicanal.,v.13,pp.73-85,

Cappa, S.F. (1998). Binetti, G.; Pezzini,A.; Padovani,A.; Rozzini, L.;Trabucchi, M., (1998). Object and action naming in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. Neurology, voI. 50, pp. 351-355.

Carroll, M.; Bruel, L. J. (1991) *Enfermagem para Idosos*: Guia prático. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda..

Carvalho Filho, E.T. (1999*) Fisiologia do Envelhecimento*. In Papaléo Netto, M. Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu.

Carvalho, A. A. et al. (1985*). Reabilitação em Hemiplegia*. In: LIANZA, S. Medicina de Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. cap. 14. pp. 208-229

Carvalho, T.(1995) *Atividade física e Saúde: Orientações básicas sobre Atividade Física e Saúde para profissionais da área de educação e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Educação e do Desporto.

Casate, J. C.; Corrêa, A. K.(2005) Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Lat-Am. Enfermag**., v.13, n.1, p.105-11.

Cassorla A, R.M.S (1998). Como Lidamos com o Morrer - Reflexões Suscitadas no Apresentar este Livro. In: Cassorla, R.M.S. (org.). **Da Morte: Estudos Brasileiros**. Campinas: Papirus.

Cerutti, D. T. (1989). Discrimination theory of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 51*, 259-276.

Cerutti, D. T. (1994). Compliance with instructions: Effects of randomness in scheduling and monitoring. *The Psychological Record, 41*, 51-67.

Cerveny, C. M. O. (2002). *Pensando a Família Sistematicamente*. In: Cerveny, C. M. O.;

Charon JM (1989). *Symbolic interactionism:an introduction,an interpretation, an integration.*Prentice Hall, Nova York.

CHARON, J.M. (1989) Symbolic interacionism: an introduction, an interpretacion, an integration. 3. ed. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Cherrier, M.M.., (1997). Mendez, M.F.; Perryman, K.M.; Pachana, N.A.; Miller, B.L.; Cummings, J.L. *Frontotemporal dementia versus vascular dementia: Differential features on mental status examination.* J Am Geriatr Soe, voI. 45, pp. 579-583.

Clarke, A. (1994). Genetic counselling, practice ADN principles. London, Routledge.

Clinton, J., et al. (1993). *Frontallobe disease is not a variant ofprion disease*. Neuroscience letters, vol. 164, pp. 1 - 4.

Cohen-Mansfield, J.; Werner, P.; Reisberg, B. (1995). *Temporal Order of Cognitivemos ADN Functional loss in a Nusing Home Populaction.* Jags, vol. 43, pp, 974-078.

Collerton, D.; Burn, D. et aI. (2003). *Systematic review and meta-analysis show that dementia with Lewy bodies is a visual-perceptual and attentional-executivemos dementia. Dement*. Geriatr. C08n. Disord., voI. 16, n.O 4, pp. 229-237.

Collins, R. C. (1997). *Neurologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 15. pp. 171-182

com AVC: autonomia compartilhada. *Revista Ciência e Saúde Coletiva,* v. 10, n. 3, p. 729-738.

Connell, L. M.; Koenig, B. A.; Greely, et al. (1998). *Alzheimer Disease: Has the time come*? Nature Medicine, vol. 4, nº 7, pp. 757-759.

Corder, E. H.; Sauders, et al. (1993*). Gene dose ofapolipoprotein E type4 allele and the risk of Alzheimer's disease in late onset families*. Science, vol 261, pp. 921-923.

Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias*. Abordagens Atuais 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Corrêa, A. C. O.*(1996)Envelhecimento, Depressão e Doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health. p. 135–138; 145–149.

Costa, E. A. (1998). *Vigilância Sanitária defesa e proteción de la Salud*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. USP, p.354 (tese de Doutoramento).

Costa, E. R. (2005). *A intervenção por meio da instrução em estratégias de aprendizagem: Contribuições para a produção de textos*. Tese de doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Costa, E.R., & Boruchovitch, E. (2003). *Versão preliminar de uma escala de auto- eficácia relativa à escrita para alunos do ensino fundamental*. Manuscrito não publicado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP.

Costa, G.P.; Katz, G.; (1992*). Dinâmica das Relações Conjugais*. Porto Alegre: Artes Médicas

Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2004). *Pranchas projetivas para a avaliação da auto-regulação emocional de alunos do ensino fundamental*. Manuscrito não publicado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP.

Curatolo, E. (2001). Estudo da Sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. [Resumo]. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 59 (suplemento 1), 215.

Dalgalarrondo, P. (2000). Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. São Paulo: Artmed.

Damasio, A.R. (1996). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro Humano*. Companhia das Letras.

Damásio, Antônio R. *(*2000)*O mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras.

Damásio, Antônio R.(1996 *) O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras.

Dantas, Heloysa. (1992) *A afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon. In: DE LA TAILLE, Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus.

Dastur, F. (2002). A morte: Ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Diesel.

Davies, P. M. (1996*) Passos a Seguir – Um Manual para o Tratamento da Hemiplegia no adulto.* São Paulo: Manole, cap. 1 pp. 1-8

Decarli, C. (2002). *Scheltens, PH. Structural brain imaging.* In: Erkinjuntti T.; Gauthier S. (eds.) Vascular cognitivemos impairment. Londres: Martin Dunitz, pp. 433-457.

Deci, E.L., Schwartz, A.J., Sheinman, L., & Ryan R.M. (1981). An instrument to assess adults´ orientations toward control versus autonomy with children: reflections on intrinsic motivation and perceived competence. *Journal of Educational Psychology, 73* (5), 642-650.

Dejors, C. (1997) *O Fator Humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Dejours, C. (1992) *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré.

Dejours, C. (999) *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Dejours, C. A (1992/1999) loucura no trabalho: Estudos de Psicopatologia 5ª Ed. São Paulo Editora Cortez-Oboré

Dejours, C. Abdoucheli, E. (1994). *Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho*. In Bettol, M.I.S. (Coord.). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas.

Deleuze, G (1978/1981). *Les Cours de Vincennes sur Spinoza.* http://www.webdeleuze.com

Deleuze, Gilles (1992). Expressionism in Philosophy: Spinoza. Translated by Martin Joughin. New York: Zone Books.

Deleuze, Gilles. Spinoza (1968) et le problème de l'expression. Paris, Minuit. (Tradução não-publicada de Luis Orlandi)

Deslandes, S. F. (2004) Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Colet**., v.9, n.1, p.7-13.

Deslandes, S. F. A (2005) ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Colet**., v.10, n.3. detección y tratamiento. Buenos Aires

Deus, D. C.; Massman, P.J. et aI. (1991*). Profiles 01' dementeel anel amnestic patients on the California Verbal LearningTest: implications for the assessment of memory disorders*. Psychol. Assess., voI. 3, pp. 19-26.

Dicionário (2008). *Dicionário da lingua portuguesa*.

Diogo, M. J.; Duarte, Y. A. O. (2006) *Cuidados em domicílio: conceitos e práticas*. In: Freitas, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan. Disponivel em: http://priberman.pt/dlpo/dlpo.aspx.

Doane, J.A., Goldstein, M.J., Miklowitz, D.J., & Falloon, I.R.H. (1986). The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 148, 279-287.

Edwards-Lee, et al., (1997). *The temporal variant offrontotemporal dementia*. Brain, voI. 120, pp. 1027-1040.

Eisemberg L (1988). *The social construction of mental illness*. Psychological Medicine 18: pp.1- 9.

Elfgren, et al.,(1993). *Neuropsychological findings in frontallobe dementia*. Dementia, vol. 4, pp. 214-219.

Elfgren, et al.; (1996). *Performance on neuropsychological tests related to single photon emission computerised tomography findings in frontotemporal dementia.* Br J Psyehiatry, voI. 169, pp.416-422.

Emde, R, N. (1980), *Toward a psychoanalytic theory of affect, I e II, em The Curse of Life org. de S.I. Greenspan e G.H*. Pollock, Washington, NIMH, pp. 63-111.

Engelhadt, E. (2004) *Demência mista: do conceito ao tratamento*. Rev. Bras. Neurol., Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 33–54, out./dez.

Engelhardt, E. ; Laks, J.; Cavalcanti, J.L.S. (2003). *O sistema glutamatégico e a doença de Alzheimer* Ver.Bras.Neurol, vol.39, pp.5-21.

Engelhardt, E., et al. (1999a). *Doenças degenerativas do sistema nervoso central: ênfase nas demências.* In: Gomes, MM. (ed.) Classificação e critérios diagnósticos em neurologia, Gráfica da UFRJ, Ed., Rio de Janeiro, pp. 119-159.

Engelhardt, E., et al. (2000*). Espectroscopia de protons (¹H) por ressonância magnética, neuroquímica cerebral e diagnostico de doenças neurológicas*. Ver.Bras Neuro. Vol. 36, pp.11-25.

Engelhardt, E.; Laks.; Rozenthal, M. (1999b). *Demência com corpos de Lewy: aspectos neuropatológicos e clínicos*. Rev Bras Neurol, voI. 35, nº 3, pp. 57-65.

Erhardt L. et al., (2002*). For the Task Force on: Management of Chest Pain*. European Heart Journal; 23:1153-1176.

ErkinjunttI, T., et al. (2004). *Emerging Therapies for vascular dementia and vascular cognitivemos impairment*. Stroke, vol. 35, pp.1010-1017.

Erkinjuntti,T. et al. (2000*). Behavioral and psychological symptoms of dementia and vascular dementia.* Int Psychogeriat Suppl, vol. 12, pp. S195 - S200.

Ernst, T., et al. (1997). *Frontotemporal dementia and early Alzheimer disease: differentiation with frontallobe H-I MR spectroscopy*. Radiolow, voI. 203, pp. 829-836

Escobar, J.I. (1987). *Cross-cultural aspects of the somatization trait. Hosp. Community Psychiatry*, v.38, pp.174-180.

Escobar, J.I. et aI. (1987). *Somatization in the community Arch. Gen*. Psychiatry, v44, pp. 713-718.

Escobar, J.I. et aI. (1998a). *Abridged somatisation: a Study in primare care*. Psychosomatic Medicine, v.60, pp. 466- 472.

Escobar, J.I. et aI. (1998b*). Somatization disorder in primary care*. British Journal Psychiatric, v.173, pp. 262-266.

Fee, D, E. (2000*). Pathology and the post-modern*. London, Sage Public.

Fernandes, E. V. (1983). *Psicopedagogia e Psicanálise da Educação Moderna*. Para uma pedagogia humanista. Porto: Tecnilivro, LTDA.

Fernandes, E. V. (2002). *A prendizagem Humana e Suas Dificuldades*. Porto. Edipanta Editora.

Fernandes, E. V. (2004). *Cérebro Racional e Cérebro Sócio-Emocional*. Vagos: Edipanta Editora.

Fernandes, E. V.; Pinho, C. R. (2007). *Neuropsicomotricidade, Desenvolvimento Humano e Aprendizagem.* Porto. Edipanta, LTDA.

Fernandes, E.V. (2005). *Raízes Humanas de Amor e Ódio*. Vagos: Porto. Edipanta Editora.

Filho, j.et al. (2000) *Grupo e corpo.* Porto Alegre: Artmed.

Filley, M.; Kleinschmidt, D.E.; Mastters, B.K.; Gross, K.F. (1994). *Non-Alzheimer fronto-temporal degenerativemos dementia: a neurobehavioral and pathologic Study*. Clínical Neuropathol08Y, voI. 13, pp. 109-116.

Fischer, P. et al. (1991). *Prospectivemos neuropathological validation of Hachinski's ischaemic score in dementias.* J Neuro Neurosurg Psychiatry, vol. 54, pp. 580-583.

Fleury,H.J. e Marra, M.M. (2000) (org) *Intervenções grupais nos direitos humanos*. São Paulo.

Folstein, M.F.; Folstein, S.E. ; Mchugh, P.R. (1975). *Mine-mental state: a pratical method for the clinician.* Jornal of Psychiatric Research, v.12, p.189-198.

Fonseca, J.S. (1980*) Psicodrama da loucura*. São Paulo, Agora.

Fontes, S. (2000) *Grupos com pacientes com dor crônica*. Porto Alegre: Artmed.

Foratini, O.P. (1976). *Epidemiologia Geral* - São Paulo Editora Edgard Blucher: Ed. USP.

Forgus, R. H. (1971) **Percepção:** O Processo Básico do Desenvolvimento Cognitivo. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Forgus, R.H. (1971). Percepção: o processo básico do desenvolvimento cognitivo. Universidade de São Paulo: São Paulo.

Fratiglion, L.; Ronchi, D. ; Aguero-Torres, H. (1999). *Woldwide Prevalence and Incidence of Dementia.* Drugs and Aging, Vol.15, nº 5, pp. 365 – 375.

Fredman, E.M. (1982). *The myth of the Shiksa*. In M. McGoldrick, J.K. Pearce, J. Giordano (Eds.), *Ethnicity and family therapy.* New York: Guilford Press.

Freitas, E. V. et al. (2006) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan.

Fridja, N. H. et al. (2000) *Emotions and Beliefs. How Feelings Influence Thougts. Maison des Sciences de l'Homme*. Cambridge: University Press.

Frostig, M; Muller, H.(1986) Discapacidades específicas de aprendizaje em ninos:

Furth, Hans G., (1995) *Conhecimento como desejo*. Porto Alegre: Artes Médicas,.

Galvão, Izabel et al. (1995) *Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil*. Petrópolis, R.J.: Vozes.

Garcia-Campayo, J. (2002). *Distúrbios somatomorfos*. Barcelona: SCM.

Gardner, H. *Inteligences Múltiples*. Barcelona: Paidós, 1993.

Goleman, D. *La inteligence emocional*. Barcelona: Kairós, 1995.

Gomez-Tortosa, E.; Gonzalo, T. et aI. (2003) *Cerebrospinal Ouid markers in elementia with Lewy bodies compared with Alzheimer c1isease*. Arch. Neurol., vol. 60, n º. 9, pp. 1218-1222.

Gonçalves, L. H. T.; Alvarez, A. M. (2006) *O cuidado na enfermagem gerontogeriátrica: conceito e prática.*. Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan.

Gorelick, P.B. (1997*). Status of risk fatores for demetia associated with stroke.Stroke*, vol.28, pp. 459-463.

Gustafson, L. (1997). *Clínical picture of frontal lobe degeneration of nom-Alzheimer type*. Dementia, vol. 4 pp. 143-148.

Gustafson, L.; et al. (1997). *Apolipoprotein-E genotyping in Alzheimer's disease And frontotemporal dementia.* Dement Geriatr Cogn Disord, vol.8, pp. 240-243.

Hammen, C.L., Miklowitz, D.J., & Dyck, D. (1986). Stability and severity parameters of depressive self-schema responding. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4(1), 23-45.

Hansen L.A.; Salmon, D. et aI. (1990*) The Lew)' boely variant of Alzheimer's elisease: a clínical anel pathologic entity.* Neurology, vol. 40, pp. 1-8.

Hardt M (1998). *O trabalho afetivo. In Pelbart PP & Costa R (2003) (org.) O reencantamento do concreto.* Hucitec/ Educ, São Paulo; pp.143-157.

Harrison, S.J. (1970) Is psychoanalysis "our science"? JAPA, 18 125 -149.

Hebert, R.; Brayne, C. (1995). *Epidemiology of Vascular Dementia. Neuroepidemiology*, vol.14, pp. 240-257.

Hendrie, H. C. ; Osuntokun, B.;Hall,K.et al. ,(1995). *Prevalence of Alzheimer 's disease and Dementia in Two Communities: Nigerian Africans and African Americans*. Am.J. Psychiatry, vol.151, pp.1485 - 492.

Herbert, L.E.; Scherr, P.A.; Mccann, J.J.et al. (1995). *Is the Risk of Develop Alzheimer's Disease Greater for Women than for Men*? Am. J. Epidemiol, vol.153, pp. 240-257.

Herrera, J. R. E. , et al. (2002). *Epidemiologic survery of dementia in a community-dwelling Brazilian population.* Alzheimer Dis.Assc. Disord., vol. 16,nº2, pp.103-108.

Herrmann, F. A. (1979). Andaimes do real: Uma revisão crítica do método da psicanálise. São Paulo: E. P. U. http://www.efdeportes.com/efd132/acidente-vascular-encefalico-na...

Imber-Mintz, L., Liberman, R.P., Miklowitz, D.J., & Mintz, J. (1987). Expressed emotion: A call for partnership among relatives, patients, and professionals. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 227-235.

Jackson, O. (2001*). Demência senil e comprometimento cognitivo*. In: Kauffman, T. Manual de Reabilitação Geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 112–116.

Kalaria, R. (2002). *Similarities between Alzheimer's disease and vascular dementia*. J Neurol Sci, pp. 203-204.

Kandel, R. E; Schwartz, H. J; Jessel, M.T.(2003). Princípios da neurociência. 4º ed. Editora: Manole. Cap. 58 pág. 1149 á 1159.

Katz, S., et. al. (1963*). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standartdized measure of biological and psycholsocial*. Journal of Amaerican Medical Association, vol.185,pp. 914-919.

Katzman, R. et al. (1983). *Validation of a short orientation-memory-concentration test of cognitivemos impairment.* American Journal of Psychiatry, v.140, pp. 734-739.

Kiyohara, Y.; Yoshitake, T.; Kato, I. et al. (1994). *Changing Patterns in the Prevalence of Dementia in a Japanese Community: The Hisayama Study*. Gerontology, vol. 40 (suppl.2), pp. 229-235.

Kopelman, M.D. (1987). *Amnésia: organic ADN psychogenic*. Br. J. Psychiatry, vol. 150, pp. 428-442.

Kretschmer E. Psicologia médica(1970). 13.ed. São Paulo: Atheneu.

Kübler R. E. (1998). Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes.

Lakatus, E. M, Marcnt, M. A.(1991) *Fundamentos de metodologia científica*; 3 ed. São Paulo: Atala.

Lakoff A (2004). *Global DSM: Standardization and Disenchantment in the Argentine Mundo-Psi. International Conference: Rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America.* San Diego, UCSD/CILAS.

Lakoff A (2004). Global DSM: Standardization and Disenchantment in the Argentine Mundo-Psi. *International Conference: Rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America.* San Diego, UCSD/CILAS.

Lamanno, V.L.C. (1997). *Repetição e transformação na vida conjulgal*. São Paulo: Summus.

Langer, S.k. (1962*), Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress, em Psychoanalysis as Science, org*. De E. Pumpian - Mindlin, Stanford, Stanford Univ. Press.

Laranjeira, R. & Pinsky, I. (2000). *O alcoolismo.* 6 ed. São Paulo: Contexto.

Laranjeira, R. et al. (2003). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico etratamento.* 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira.

Laranjeira, R., Nicastri, S., Jerônimo, C., et al. (2000). Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*,

Launer, L. J. Andersen, K.; Dewey, M. E. et al. (2002). *Rates and risk fators for dementia and Alzheimer's disease. Results from Eurodem pooled analyses*. Neurology, vol. 60, pp. 61-69.

Lavinsky, A. E; Vieira, T. (2004) Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimento dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarium. Health Sciences*, v. 26, n. 1, p. 41-5.

Ledoux, J. E. (1993*). Emotional networks in the brain. Handbook on emotions*. New York: Guilford Press.

Ledoux, J. E. , (1999) *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel Planeta.

Lewontin, R. (2002) *A Tripla Hélice: Gene, Organismo e Ambiente.* São Paulo: Companhia das Letras.

Lewontin, R. (2002) *A tripla hélice: gene, organismo e ambiente*. Tradução J. Vegas Filho. São Paulo: Companhia da Letras

Lezark, M.D.(1995) Neuropsychological Assessment. Nova York: Oxford University Press.

Lezark, M.D.,Howieson, M.D.; Loring, (2004) D.W. Neuropsychological Assessment. Nova York: Oxford University Press, 4 ed.

Lispector, C. (1998). *Uma aprendizagem ou um livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco.

Lojkowska, W., et al. (2003). *The effect of cholinesterase inhibitors on the regional blood flow in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia*. J. Neurol Sci, vol.216, pp.119-126. Londres Univ. of Chicago Press.

Lopes, M. A. ; Bottino, C.M.C. (2000). *Prevalence of dementia in several regions of the woold: analysis of epidemiologic studies from 1994 to. Arq Neuropsiquiatr*, vol. 60, pp.61-69.

Lopes, O.L. (2003). *Classificación del deterioro cognitivo leve en studio populacional*. Ver.Neuro., vol. 37, nº 2, pp.140-144.

Lyketsos, C.G., et al. (2000). *Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache Study on Memory in Aging*. Am Psychiatry, vol. 157, pp. 708-714.

M. O.; Berthoud, C. M. E. (2002). *Visitando a Família ao Longo do Ciclo Vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap. 1. pp. 15 – 27.

Machado, J. C. (2006). *Doença de Alzheimer*. Guanabara Koogan, cap. 25, p. 261–279.

Maciel Jr., J. A. (2006) *Demências primárias e doença de Alzheimer: como diagnosticar e tratar*. Rev. Bras. Med., v. 63, p. 88–94, dez.

MacieL, B, C.; Neto, J.A.M. (2005*). Manual de Condutas Clínicas Cardiológicas*, Editores. São Paulo: Seguimento Farma, Vol. I,II e III.

Magana, A.B., Goldstein, M.J., Karno, M., Miklowitz, D.J.,Jenkins, J., & Falloon, I.R.H. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.

Magnié, M. N.; Thomas, P. (1998). *Doença de Alzheimer*. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda.. p. 26–33.Malinowski, Bronislaw (1962). *The sexual life of savages in northwestern Melanesia: An ethnographic account of courtship, marriage, and family life among the natives of the Trobriand Islands, British New Guinea*. New York: Harcourt, Brace & World. (Original work published 1929)

Malinowski, Bronislaw (1967). *A diary in the strict sense of the term*. London: Routledge & Kegan Paul.

Malinowski, Bronislaw. (1951). *Sex and repression in savage society*. New York: Humanities Press. (Original work published 1927

Mamfrim, A.; Schidt, S. (2006). *Diagnóstico diferencial das demências*. In: Freitas, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan, cap. 23, p. 243–246.

Marinho, V.; Laks, J.; Engelhardt, E.. (1997) *Aspectos neurológicos e neuropsiquiátricos das demências denegerativas não-Alzheimer*. Rev. Bras. Neurol., Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 31–37.

Marques, P. R. (1999) *A Medicina frente à doença sem alma*. Rev. Bras. Neurol. e Psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 1–32.

Massaro, G.(1990 *) Loucura - uma proposta de ação*. São Paulo, Flumen.

Maturana H y Verden-Zöller G (1997*). Amor y juego* – fundamentos olvidados de lo humano. Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, Santiago de Chile.

Maturana H y Verden-Zöller G (1997). *Amor y juego – fundamentos olvidados de lo humano*. Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, Santiago de Chile.

McDougall, J. (1983*) Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artmed.

McGoldrick, M. et al. (2001). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Medeiros, J. B. (2005). *Redação cientifica: a pratica de fichamentos, resumos, resenhas 7ª. ed*. São Paulo: Atlas.

Mello F., J. e col. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Meyer, J.S., et al. (2002). Is mild cognitivemos impairment prodromal for vascular dementia like Alzheimer's disease? Stroke, vol.33, pp.1981-1985.

Miech, R.A., et al. (2002). *Incidence of AD may decline in the early 90s for men, later for women*. The Cache Coutry Study. Neurology, vol. 58, pp. 209-218.

Miklowitz, D. J. & George, E. L. (in press). The Bipolar Teen: What You Can Do to Help Your Child and Your Family. New York; Guilford Publications.

Miklowitz, D. J. & Goldstein, M. J. (1997). Bipolar disorder: A family-focused treatment approach. New York: Guilford Press.

Miklowitz, D. J. & Goldstein, M. J. (in press). Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach (2nd Edition, revised). New York: Guilford Publications.

Miklowitz, D. J. (2002). The Bipolar Disorder Survival Guide. New York: Guilford Press.

Miklowitz, D.J. & Velligan, D.I. (1987). Book Review: The family and schizophrenia, by J. Howells and W. Guirguis. *American Journal of Psychiatry*, 144(7), 960.

Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., & Falloon, I.R.H. (1983). Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(3), 359-367

Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Falloon, I.R.H., & Doane, J.A. (1984). Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 144, 482-487.

Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S., & Doane, J.A. (1987). The family and the course of recent-onset mania. In K. Hahlweg & M.J. Goldstein (Eds.), *Understanding Major Mental Disorder: The Contribution of Family Interaction Research*. New York: Family Process Press, pp. 195-211.

Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S., and Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.

Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder,K.S., & Doane, J.A. (1986). Expressed emotion, affective style, lithium compliance, and relapse in recent onset mania. *Psychopharmacology Bulletin*, 22(3), 628-632.

Miklowitz, D.J., Strachan, A.M., Goldstein, M.J., Doane, J.A., Snyder, K.S., Hogarty, G.E., & Falloon, I.R.H. (1986). Expressed emotion and communication deviance in the families of schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 60-66.

Minayo, M.C. de S., (1999). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

Moreno, R. A. ; Moreno, D. H. (2005) *Da Psicose Maníaco-Depressiva ao Espectro Bipolar*. São Paulo. ISBN – 85- 98353-36-1.

Morley, E. J; et al., (1997) *A memória e os distúrbios ligados à saúde*. 1º ed. Editora: Andrei LTDA. Pág. 133 á 140.

Mormont, E. ; L. Aurier-Grymonprez, L. et aI. (2003). *The profile of memory disturbances in earh Lewy body elementia differs from that in Alzheimer's disease.* ReI'. Neurol., voI. 159, n." 8- 9, pp. 762 766.

Neary, D. et al., (1998). *Dementia of frontal lobe type*. J. Neurol Neurosurg Psychiatry, vol. 51, pp.353-261.

Neary, D. O. (1990). *Dementia offrontallobe type*. Am GeTiatT Soe, voI. 38, pp. 71-72.

Nelson, M.E.; Rejeski, W.J.; Blair, S.N. *et a l(2007).* **Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.** Circulation. 166(9), p.1094-105.

Neto, M. G. O. (1998). *Atendimento Familiar no Processo Terapêutico Ocupacional em Saúde Mental: Conceituação, Inportância e Aplicabilidade Nesta Clínica*. Trabalho de Conclusão de Curso. Recife: UFPE.

Nettina, S. M. (2001*) Prática de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,.

Nitrini, R., et. al. (2004). *Incidence of Dementia in Community-Dwelling Brazilian Population*. Alzheimer Dis. Assoc. Disord., vol. 18, nº4, pp.241-246.

Nitrini, R.; Caramelli, P. (2000). *Diagnóstico da doença de Alzheimer no Brasil: critérios, diagnósticos e exames complementares.* Rev. Psiquiatr. Clín., São Paulo, v. 26, n. 5, p. 1–8.

Nunes M (2004). Os excessos do 'real', o seqüestro do coletivo e a metáfora viva da saúde pública no Brasil. *International Conference: Rethinking "the Public" in Public Health:*

Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America. San Diego, UCSD/CILAS.

O' Sullivan, S.B.; Schmitz, T.J. (2004) *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. 2.ed. São Paulo: Manole,.

O'Brien, J.T.; Erkinjuntti, T.; Reisberg, B. et al. (2003). *Vascular cognitivemos impairment.* Lancet Neurology; vol.2, pp. 89-98.

Oliveira, M. S., Laranjeira, R., Araújo, R. B., Camilo, R. L., & Schneider, D. D. (2003). Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 225-270.

Osório, L. C. A. (1985). A Família Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.

Paim, J. S. ; Teixeira, Carmen Fontes; Pinto, Lorene Louise ; Vilasbôas, Ana Luíza . (2003). Prefácio. In: Fundação Oswaldo Cruz. (Org.). O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro.

Paim, J. S.. (2003). Vigilância da Saúde: tendências de reorientação dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Dina Czeresnia; C.M.Freitas. (Org.). Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências, v. ,pp. 161- 174. São Paulo, Agora,

Peniche, A. C.C. & Chaves, E. C. (2000, Jan). Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Revista Latino-americana de Enfermagem. 8*(1), 45-50.

Perlick DA, Rosenheck RA., Miklowitz DJ, et al (1992) . Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Bipolar Disorders, in press.

Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, et al (2001) Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. Journal of Nervous and Mental Disease.

Perry, R.; Miller, B.L. (2001*).* *Behavior and treatment in frontotemporal dementia*. Neurology, voI. 56 (SuppI. 4), pp. S46-S51.

Pessini, Leo (org.). (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola.

Petersen, R.C. et al. (2001). Current concepts in mild cognitivemos impairment. Arch. Neurology, vol.58. pp. 1985 -1992.

Pfeffer, R.I., et.al. (1982) *Measurement of functional activities in older adults in the community*. J. Gerontol., vol.37, pp. 323-329.

Pincus, L.; Dare, C. (1987*). Psicodinâmica da Família*. 2º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 8 pp. 132 – 141

Pitella, J. E. H. (2006) *Neuropatologia da doença de Alzheimer e da demência vascular*. Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan, cap. 21, p. 225. Portal Abraz: Associação Brasileira de Alzheimer.

Pollack, M. H. & Marzol, P. C. (2000). Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *Journal of Psychopharmacology, 14* (2/1), 25-30.

Pollack, M. H.; Otto, M. W.; Kaspi, S. P.; Hammerness, P. G. & Rosenbaum, J. F. (1994). Cognitive-Behaviour Therapy for Treatment-Refractory Panic Disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 55:200-205.

Pollack, M. H.; Otto, M. W.; Rosenbaum, J. F.; Sachs, G. S.; O'Neil, C.; Ascher, R. & Meltzer-Brody, S. (1990). Longitudinal Course of Panic Disorder: Findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Stydy. The Journal of Clinical Psychiatry. 51 (supplement A), 12-16.

Portella, M & Bettinelli, L. (2004). Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida. In: Pessini, Leo (org.). *Humanização e cuidados paliativos.* São Paulo: Loyola

Pressley, M., Borkowski, J. G., Schneider, W. (1989). Good information processing: What it is and how education can promote it. *Journal of Educational Research, 13* (8) 857-867.

Puccini, P. T.; Cecílio, L. C. O. (2004) A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1342-53.

Pulaski, K. H. (2002*). Disfunção Neurológica no Adulto*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan.

Ramos, L. R. et al. (2005) *Distúrbios da memória e demência no idoso*. Rev. Bras. Med., v. 62, edição especial, p. 29–32, dez..

Rascovsky, K., et al.. *Cognitivemos profiles differ in autopsy-confirmed frontotemporal dementia and AD*. Neurology, voI. 58, pp.1801-1808.

Reading, P.J.; Luce, A.K. et aI. (2001). *Rivastigrnine in the treatment of parkinsonian psychosis and cognitivemos impairment: preliminary findings from an open trial, Movement Disorders*, vol, 16, pp. 1171-1195.

Rief, W.;Hiller, W. (1999). Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Jornal of Psychosomatic Reseach,* v 46, n.6, p.507-518.

Rolland, J. S. (2001). Doença Crônica e o Ciclo de Vida Familiar.

Rolnik S (1995). Hal Hartley e a Ética da Confiança. Cadernos de Subjetividade/PUC-SP, 3(1): 65-75.

Rolnik S (1995). Hal Hartley e a Ética da Confiança. *Cadernos de Subjetividade/PUC-SP*, 3(1): 65-75.

Rundell, J.R.; Wise, M.G. (2000). *Concise guide to consultation psychiatry. 3rd ed. Washington:* American Psychiatric Press.

SamueL, W.; Caligiuri, M. et aI. (2000). *cognitivemos and psychopathologic response to donepezil in patients prospectivemosly diagnosed as dementia with Lewy bodies: a preliminary study*. lnternational Journal ifGeriatric Psychiatry, voI. 15, pp. 794-802.

Sanchez, M.A.S. (2000) *A dependência e suas implicações para a perda da autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica.* Textos Envelhecimento. n.3, p.35-54.

Santos, A. A. A., & Boruchovitch. E. (2001). *Escala de avaliação de estratégias de aprendizagem em universitários*. Manuscrito não publicado. Universidade São Francisco, Bragança Paulista-SP.

Santos, A. A. A., Boruchovitch. E., Primi, R., Bueno, J. M., & Zenorini, R. P. C. (2004). Escala de Avaliação de Estratégias de Aprendizagem para Universitários (EAP-U): aplicação do modelo de Rasch de créditos parciais. Braga-PT: *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 9* (2), 227-242.

Sarti, C. A. (2003). *A família como espelho – um estudo sobre a moral dos pobres*. 2º ed. São Paulo: Cortez, cap. 4 pp. 87-112.

Sayeg, N. et al. *Doença de Alzheimer: Como diagnosticar e tratar*. Rev. Bras. Med., v. 50, n. 11, p. 1429–1450, nov. 1993

Schneider K. (1976) Psicopatologia clínica. São Paulo: Mestre Jou.

Scott, et al., ; (1994). *Terapia Cognitiva na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Severino, A. J. (2006). *Metodologia do trabalho científico* (1995) 22 ed., São Paulo: Cortez,. 143 p.

Sharpe, M.; Carson, A. (2001). *Unexplained somatic symptoms, functional syndromes and somatization: do we need a paradigm shift? Annal*s Internal Medicine, v.134, n.9, p.926-930.

Shirakawa, I., Mari, J. J., Chaves, A.C. & Hisatsugo, M. (1996). Family expectation, social adjustment and gender differences in a sample of schizophrenic patients. Revista de Saúde Pública, 30 (3): 205-212.

Shiv, B., Loewenstein, G., & Bechara, A. (2005). The dark side of emotion in decision-making: When individuals with decreased emotional reactions make more advantageous decisions. *Cognitive Brain Research, 23* (issue 1), 85-92.

Silva, M.; Marchi, R. (1997). *Saúde e qualidade de vida no trabalho.* São Paulo: Best Seller.

Smeltzer, S. C.; Bare, B. Brunner & Suddarth (2002) – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v. 1.

Smeltzer, S.C. et al. (1991) *Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, v. 2.

Smid, J. ; Nitrini, R.; Bahia, V.S. et al. (2001). *Caracterização clínica da demência vascular: Avaliação retrospectiva de uma amostra de pacientes ambulatoriais.* Arq. Neuropsiquiatria, vol. 59, pp. 390-393

Snowden, J.S.; Goulding, P.J.; Neary, D. (1989) - Semantic Dementia: a Form of Circumscribed Cerebral Atrophy. *Behav Neurol* 2:167-82.

Snowdon, D.A.; Greiner, L.H.; Mortimer, JA. et al.(1997) – Brain Infarction and the Clinical Expresión of Alzheimer Disease: the Nun Study. *JAMA* 277:813-7.

Sonenreich, C. (2007). Ensaios: *O que psiquiatras fazem*. São Paulo – Editora Lemos (pp. 21-57).Spinoza B (1998). Ética. Alianza, Madrid.

Spinoza, Benedictus de (2007). Ética. Tradução e notas de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Stedeford, A. (1986) Encarando a Morte: uma Abordagem ao Relacionamento com o Paciente Terminal. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sternberg, R.J. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Stokes, M. (2000) *Neurologia para fisioterapeutas*. Ed. São Paulo: Premier,.

Strachan, A.M., Goldstein, M.J., & Miklowitz, D.J. (1986). Do relatives express expressed emotion? In M.J. Goldstein, I. Hand, & K. Hahlweg (Eds.), *Treatment of Schizophrenia: Family and Intervention* (pp. 51-58). Heidelberg: Springer-Verlag.

Tavares, M.C. (2003) Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole.

Teixeira R. R **(**2001). *Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde*. Ciência e Saúde Colectiva, 6(1): 49-61.

Teixeira RR **(**2001). Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1): 49-61.

Teixeira RR (2003). Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro R e Mattos RA (org.) *Construção da Integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde.* IMS-UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro; p.49-61.

Teixeira RR (2004). A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14): 35-72.

Teixeira, C. F. (2003). *A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, pp. 257-277.

Teixeira, C. F. (2004). *Saúde da Família, Promoção e Vigilância da Saúde: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS*. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, v. 5, n. 7, pp. 10-23.

Teixeira, M.O. *et al*. (2009ª) A dinâmica da organização da pesquisa em biomedicina no Brasil: anatomia de uma experiência recente na Fundação Oswaldo Cruz. RECIIS, v.3, n.2, p.1-26. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/>.

Teixeira, M.O. *et al*.(2009b) Redes cooperativas de pesquisa em saúde: descrição e análise do uso de um instrumento de coordenação em um instituto público de pesquisa em biomedicina. Ciência e Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3238>.

Terroni, L. M. N., Leite, C. C., Tinone, G., & Junior, R. F. (2003). Depressão pós-AVC: Fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Revista da Associação Médica Brasileira, 49*(4), 450-459.

Tesar GE, Rosenbaum JF. (1994) O paciente ansioso. In: Hyman SE, Tesar GE, organizadores. Manual de emergências psiquiátricas. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI.

Tomilson, B. E.; Blessed, G.; Roth M. (1970). *Observations on the brains of demeted old people*. J Neuro Sci, vol.11, pp. 205-245.

Truzzi, A.; Laks, J.. (2005*). Doença de Alzheimer esporádica de início precoce*. Rev. Psiquiatr. Clín., São Paulo, v. 32, n. 1, p. 80–84.

Turato, E.R. (1985) *Transtornos mentais em ambulatório*. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 49, n.2.p.116-123.

Vash, C.L (1988) Enfrentando a Deficiência: a Manifestação, a Psicologia, a Reabilitação. São Paulo: Pioneira: EDUSP.

Vergara, S. C. (2000). Projecto e relatório de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas.

Versluys, H. P. (1989). *Ajuste Psicossocial à Deficiência Física*. São Paulo

Walker, M. P.; Ayre, G. A. et aI. (2000). *Quantifying fluctuation in dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease, and vascular dementia*. Neurology, voI. 54, n.º 8, pp, 25, pp. 1616-1625.

Wellman B and Berkowitz (1988). Social structures: a network approach. Cambridge University Press, New York.

Wellman B and Berkowitz SD (1988). *Social structures: a network approach.* Cambridge University Press, New York.

Wendy, M.; Jackson, J. E. et al.; (2000). Clínical criteria for the diagnosis of vascular dementia. Arch Neurol, vol. 57, pp.191-196.

Wessely, S.; Nimnuam, C.; Sharpe, M.(1999) Functional somatic syndromes:one or many? Lancet, v.354, p.936-939.

Winikates, J. Doença Vascular. In: Rolak, Loren. Segredos em Neurologia. Porto Alegre: Artes M édicas Sul. 1995.

Yalom, I. D. (2006) Psicoterapia de grupo- teoria e pratica. Porto alegre - Artmed.

Zekry, D.; Belnos, et al. (2003). *The vascular lesions in vascular ADN mixed dementia: the weight of fuctional neuroanatomy*. Neurobiol Aging, vol. 24, p. 213-219

Zekry, D.; Duyckaerts, C.; Belmin, J. et al. (2003). The vascular lesions in vascular and mixed dementia: *the weight of functional neuronatomy. Neurobiol Agim; vol 2, p.213-219.*

Zétola, et al. (2001). *Stroke in young adults: analysis of 164 patients*. Arq. Neuropsiquiatria 59:740-745.

Zétola, et. al. (2001). *Acidente Vascular Cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. Arquivos de Neuropsiquiatria*. v. 59. n. 3b. São Paulo.

Zimmerman, B. J. & Martinez-Pons, M. (1986). Development of a structured interview for assessing student use of self-regulated learning strategies. *American Educational*

Research Journal, 23, 614-628.

Zimmerman, B.J. & Bandura, A. (1994). Impact of self-regulatory influences on writing course attainment. *American Educational Research Journal, 31*, (4), 845-862.

Zinni, et al. *Acidente vascular cerebral*. 21 abr. 04. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/fisioweb/variedades.asp>. Acesso em: 20 mai. 2007.

Contatos:

AMAURI ALUISISIO DA SILVA

aasaluisiovermed@gmail.com

aasaluisioprofessor@hotmail.com

Tel. 081 9952 9895

Recife – Brasil - 2011