

ARTIGO**Dialogando com o cuidador: um olhar gestáltico****Dialoguing with the caregiver: a gestalt approach****Ana Amélia Barros Lima Baraúna**

RESUMO

A partir de uma reflexão sobre o processo de envelhecimento pelo qual vem passando a população brasileira, em especial para o familiar que se disponibiliza como cuidador do idoso de sua família e a repercussão desta realidade nos serviços de saúde, especificamente no âmbito naval, apresento uma proposta de construção de um grupo de apoio aos cuidadores da terceira idade, fundamentada na abordagem gestáltica. Para tanto, foi imprescindível o encontro realizado com o médico Geriatra da Clínica de Geriatria do Hospital Naval Marcílio Dias, para que a proposta a ser lançada fizesse sentido àquele contexto.

Palavras-chaves: Família; Terapia de grupo; Terceira idade, Gestalt-terapia.

ABSTRACT

From a reflection on the aging process that has been going with the Brazilian population, especially for the family that is available as a caregiver for the elderly in their family and the repercussions of this reality in the health services, particularly in the naval context, present a proposal building a support group for caregivers of seniors, based on gestalt approach. Therefore, the meeting held with the Geriatrician from Clínica Geriátrica Hospital Naval Marcílio Dias was essential in order for the proposal to make sense to that specific context.

Key words: Family, Group therapy, Elderly, Gestalt-therapy.

INTRODUÇÃO

Realizar um Curso de Especialização em Psicologia Clínica, com enfoque ao atendimento a grupos, casais e famílias, numa abordagem gestáltica, era algo que estava em meus sonhos há vários anos. Ao iniciar minha carreira profissional na Marinha, como psicóloga, em 1998, vivenciei diversas experiências em que as questões relacionadas a casais e famílias surgiam com bastante intensidade, levando-me a realizar uma Especialização em Abordagem Sistêmica da Família. Anteriormente, havia realizado a formação em Gestalt-terapia e a oportunidade em realizar este curso, de pós-formação, surgiu como algo que seria o casamento perfeito para unir dois interesses apaixonantes, “*Gestalt*” e família/casais. Em 2012, conclui o Curso de Especialização em Terapia de Família do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o que, no somatório geral, seria uma lua de mel muito saborosa.

Por pertencer à Marinha do Brasil há dezenove anos, venho percebendo, ao longo desses anos, a importância da aplicação dos conhecimentos deste curso para a Psicologia na Marinha do Brasil e na sociedade, pois a partir da aplicação dos conhecimentos adquiridos as pessoas, certamente, terão uma melhor qualidade de vida em suas relações familiares.

No decorrer da experiência vivenciada na realização deste Curso de Especialização em Psicologia Clínica e no Curso de Especialização em Terapia de Família, pude refletir acerca do impacto provocado pela “*Gestalt*” em minha vida pessoal e em minha prática enquanto terapeuta. Emprestar-me a cada grupo, casal e família, seja nos atendimentos em coterapia, como em equipe reflexiva, proporcionou-me um refinamento em minha maneira de ser e estar com o outro, ampliando a minha visão do ser humano em seus diversos contextos relacionais.

Diante de tantas experiências, emoções e questionamentos, neste encontro com a “*Gestalt*”, refletindo-se numa sinfonia bem afinada com aquilo que concebo ser uma “*práxis*” pessoal e profissional, surge o momento de escolher como fazer uma aplicação útil destes conhecimentos ao meu campo de trabalho, apresentando-o neste artigo.

Partindo da minha vivência nos atendimentos em grupo, no IGT (Instituto de Gestalt-terapia do Rio de Janeiro), percebi a importância do trabalho desenvolvido neste campo de atuação. O presente artigo surge, então, com o objetivo de desenvolver o projeto de um trabalho em grupo com pessoas que cuidam de parentes em situação de fragilidade física e emocional. O membro da família, que se empresta como cuidador de um ente “querido”, precisa de um espaço para elaborar e compartilhar suas limitações, dores, tristezas e alegrias.

Durante a breve e prazerosa jornada de construção deste trabalho, apresento a seguir as temáticas abordadas em cada capítulo. No capítulo 1, o leitor conhecerá um pouco sobre o idoso e o rápido processo de envelhecimento pelo qual vem passando a população brasileira e suas repercussões nos

serviços de saúde oferecidos a esta clientela. Conhecerá, também, o cuidador familiar, o qual se disponibiliza para cuidar de um ente “querido”, mas que, pelas peculiaridades de seu papel, precisa de um espaço para se cuidar. O capítulo 2 trata de uma descrição da Clínica de Geriatria do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), serviço no qual me baseei para lançar uma proposta de trabalho. O capítulo 3 discorre sobre a abordagem gestáltica. No capítulo 4 será lançada uma proposta de construção de um grupo de cuidadores da terceira idade dentro de um contexto gestáltico.

A partir deste momento o leitor está convidado a seguir esta trajetória junto comigo.

CONHECENDO O IDOSO E SEU CUIDADOR

Um olhar para o idoso

De acordo com Silveira (2007), o envelhecimento populacional tem sido colocado em foco nas últimas décadas. As reduções das taxas de natalidade e de mortalidade, em decorrência dos avanços da ciência, levaram ao aumento da população idosa, alertando-nos para a importância cada vez mais crescente da pesquisa e da assistência integral aos idosos no mundo todo. Cerqueira e Oliveira (2002), salientam que as reduções de tais taxas ocorreram desvinculadas de um desenvolvimento social, sendo mais proveniente da importação tecnológica e avanços médicos, além da rápida urbanização do país. Elas enfatizam que tal constatação acentua o desafio de serem propostas políticas de saúde tanto para os idosos quanto para quem cuida deles, na grande maioria dos casos seus próprios familiares.

A autora referenciada no início do parágrafo anterior informa que, segundo dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1991 existiam no Brasil cerca de 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Em 2000 a população de idosos era de mais de 14 milhões e meio. Segundo Novaes (apud SILVEIRA, 2007) estima-se que em 2025 existam 32 milhões de idosos e de acordo com Veras (apud SILVEIRA, 2007) seremos o sexto país do mundo em contingente de idosos, ao passo que em 1950 éramos o 16º. Esta é uma das razões pela qual o envelhecimento tem sido alvo de atenção, nas últimas décadas.

Segundo a atriz Jane Fonda (2011), houve muitas revoluções no último século, porém, talvez, nenhuma tão significativa quanto a revolução da longevidade. Em média, estamos vivendo, hoje, 34 anos a mais do que nossos bisavós. Isso é um acréscimo completo de segundo período da vida adulta, o qual foi somado à nossa expectativa de vida. E mesmo assim, para muitos, nossa cultura não se posicionou sobre o que isto significa e ainda estamos lidando com o velho paradigma da idade como um “arco”, ou seja, a pessoa nasce, atinge o auge na meia idade e declina para a decrepitude. Sob esta ótica, a idade é vista como patologia e a ideia do “arco” é a “velha metáfora”. Contudo, profissionais de várias áreas estão voltando o foco para o que a citada atriz chama de terceiro ato, isto é, as três últimas décadas da vida. Eles percebem

que isso é, de fato, um estágio de desenvolvimento da vida com significado próprio, tão diferente da idade madura quanto a adolescência é da infância. Aqui, a “nova metáfora” para o envelhecimento é o de uma *escadaria*, indicando ascensão para o topo do espírito humano, mesmo diante dos mais diversos desafios que a vida pode oferecer, trazendo-nos autenticidade, sabedoria e completude. Neste sentido, a idade não é vista como patologia e sim como potencial.

Continuando com Fonda, ela descobriu que, quando está dentro da velhice, ao invés de olhá-la do lado de fora, o medo se aquieta. Ela afirma que você ainda é você mesmo, talvez até mais e cita uma frase de Picasso que nos leva a refletir sobre esta temática: *“Leva um longo tempo para se tornar jovem”*. Convém salientar que a atriz diz não querer romantizar o envelhecimento, ela considera outros fatores, tais como sorte, genética, chegando a afirmar que, de fato, um terço está atrelado à genética, significando que dois terços dependem de quão bem desempenhamos nosso terceiro ato, que podemos fazer algo. Ela levanta reflexões para nos posicionarmos frente a este momento da vida: “Como usamos esse tempo?”, “Como vivê-lo com sucesso?”, “O que fazer para tornar esses anos adicionais realmente bem-sucedidos e usá-los para fazer a diferença?”.

Silveira (2007) nos fala da importância de considerar os fatores econômicos, políticos e socioculturais que estão envolvidos, inclusive, na construção de saberes de caráter multi e interdisciplinar, como a gerontologia, que mesmo criada no início do século XX, ressurgiu de maneira contundente nos últimos trinta anos. Esse campo do saber traz a ideia do cuidado integral, pois mesmo os idosos sadios apresentam sinais de perdas físicas, precisando de atenção da família ou de profissionais. A maioria dos idosos são pessoas saudáveis e têm uma vida autônoma. Contudo, devido ao aumento da expectativa de vida, cresce também a possibilidade do idoso ser acometido por doenças de diversas ordens.

Segundo a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, por lei é considerada idosa a pessoa maior de sessenta anos e de acordo com Brasil (apud CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004) a família, a sociedade e o Estado têm a obrigação de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, a fim de garantir sua participação na comunidade, defendendo seu bem estar, dignidade e o direito à vida.

Silva, Galera e Moreno (apud CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002) nos trazem que, com o processo de envelhecimento, acontecem alterações funcionais que são encontradas em todos os idosos, mesmo variando de um indivíduo para outro, e são inerentes de um processo biológico, causando, muitas vezes, o aparecimento de condições crônicas de saúde e suas possíveis sequelas debilitantes. Dessa forma, é de se esperar, também, que aumente o número de idosos dependentes inseridos nos meios familiar e social.

Gomes (apud SILVEIRA, 2007) coloca que os dados epidemiológicos indicam que a síndrome demencial tem sua incidência relacionada ao envelhecimento, acometendo de 5% a 10% das pessoas acima de 65 anos, 20% das pessoas

com mais de 80 anos, podendo chegar a 47% dos idosos com mais de 85 anos. Segundo Silveira (2007) a demência é uma síndrome que compromete a atenção, a percepção, a memória, o raciocínio, a capacidade de conhecer e reconhecer, a linguagem e a personalidade, tornando seu portador cada vez mais dependente, limitando-o e por fim impedindo-o de realizar as tarefas mais simples da vida, inclusive dificultando sua relação com amigos e familiares. Juntamente com os dados epidemiológicos citados anteriormente, a referida autora comenta que a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 04-01-94) alerta para o fato de que a família é responsável pelo atendimento ao idoso em preferência ao atendimento asilar. Profissionais da saúde, que trabalham com pessoas idosas, sabem que afastá-las do seu ambiente habitual há o risco de agravar ou acelerar o processo de demência.

Elsen et al (apud CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004) afirmam que para desenvolver seu processo de viver, a própria família gera seu sistema de cuidados, no qual estão refletidos seus saberes sobre a saúde e a enfermidade, impregnado de crenças e valores que vão se estruturando em seu cotidiano. Desta maneira a participação de cada um de seus membros, a partir de suas próprias possibilidades, vivências e necessidades, os leva a se desenvolver, se fortalecer e se dinamizar, de acordo com o momento histórico em que se encontram. Souza e Delgado (apud CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004) nos colocam que a família tem sua capacidade e recursos próprios de organização para cuidar de si quando tem um integrante doente. A seguir lançarei um olhar para o membro da família que se disponibiliza como cuidador de um familiar.

Um olhar para o cuidador

Ao observar familiares que têm idosos acometidos por alguma doença, logo ouvimos que precisam de alguém que cuide deles, geralmente uma enfermeira, pois possui conhecimento especializado. Sem desmerecer o fundamento de sua prática profissional, não é sobre o enfermeiro como cuidador que dedicarei esta parte do estudo e sim, sobre o familiar que se empresta como cuidador do idoso que faz parte de sua família.

Menezes (apud CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004) nos trazem que, em geral, que a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada de *cuidador principal*, seja por disponibilidade, vontade, instinto ou capacidade. Ao assumir as tarefas de cuidado atende às necessidades do idoso e se responsabiliza por elas. Karsch (apud CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004), nos diz que outro fator determinante para o familiar tornar-se cuidador é o dever e/ou obrigação que o mesmo tem para com o idoso. Podendo isto ser entendido como um sentimento natural e subjetivo relacionado a um compromisso que foi sendo construído ao longo da convivência familiar.

Continuando com uma visão semelhante, Silveira (2007) refere-se ao *cuidador principal* ou *cuidador primário* o familiar que se responsabiliza pela quase totalidade dos encargos com o idoso demenciado, e a quem está destinado os trabalhos de rotina. A autora, fazendo alusão a Cavalcanti, no prefácio do livro

de Guterman (2002), lança um olhar para uma definição de *cuidador* carregada de afetividade, que exprime o verdadeiro significado do termo cuidador: “... *não é quem toma conta, mas alguém que cuida, tem cuidado com uma coisa muito valiosa, que cuida com amor e com seu próprio sacrifício de um bem precioso*” (p. 72).

Partindo de sua experiência, Silveira (2007) nos coloca que o apoio de um familiar a um idoso dependente é reflexo do universo das relações entre gerações diferentes. Sendo necessário estar atento à rede de elementos que interagem na escolha do membro ou dos membros que vão se dedicar aos cuidados, podendo muitas coisas ocorrer até que o cuidador principal ocupe o seu lugar junto do grupo familiar. Como por exemplo, alguns, mesmo sem preparo técnico, têm uma abertura maior para cuidar; outros exercem a função por falta de escolha.

Ocorrem mais comumente entre irmãos e filhos do paciente dependente os conflitos para a definição de quem será o cuidador principal, já que o esposo, ou mais particularmente a esposa, sente-se na obrigação de cuidar. Parentes mais distantes cuidam muito raramente, Zarit e Edwards (apud SILVEIRA, 2007).

Numa visão gestáltica, a “*escolha existencial*”, como nos coloca Ribeiro (1994), é fundamental para o ser humano. Significa que nós escolhemos o que aceitamos, sentimos, pensamos, rejeitamos e até como nos comportamos. O homem, ao escolher, atribui um significado a suas escolhas, diferenciando-se das outras espécies animais pela sua capacidade de simbolização, a qual está implícita nestas escolhas. De acordo com a concepção de Perls (1988), não há conhecimento da escolha sem dar-se conta. O presente, o contato e o “conscientizar-se” são apenas diferentes aspectos de um mesmo processo, a autorrealização. Damo-nos conta de todas as nossas escolhas no aqui e agora, desde pequenas decisões patológicas (ajeitar um lápis na posição corretamente exata) até a escolha existencial de dedicação a uma profissão ou causa. O homem escolhe como vai realizar diversos fatos da vida, dentro das alternativas dadas pelos limites de sua existência social, dentre eles a escolha do *cuidador principal*, a qual é o nosso foco no decorrer deste capítulo.

Yauso (apud CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002), afirma que no contexto em que se encontra o idoso dependente aparece a pessoa do cuidador familiar, sendo alguém com algum grau de parentesco com o idoso, sem formação específica para exercer tal atividade. Geralmente, o cuidador familiar reside na mesma casa e se encarrega de ajudar, quando necessário, nas atividades diárias do idoso, tais como medicação de rotina, higiene pessoal, acompanhamento aos serviços de saúde, religiosos, bancos e/ou farmácias.

Há uma tradição cultural para que esse cuidador seja do sexo feminino, a qual já se encontra, na maioria das vezes, sobrecarregada por outros afazeres, Diogo e Duarte (apud CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002). Quanto a este aspecto, Silveira (2007) nos traz como reflexão que, embora o cuidar seja um atributo que a cultura enfatiza como feminino, futuramente, em decorrência do

aumento do número de mulheres mais velhas no mercado de trabalho, será preciso repensar o acompanhamento dos idosos dependentes em família.

Na visão de Rodrigues, Watanabe e Derntl (apud CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002), o ato de cuidar traz como consequência mudanças bruscas na vida do cuidador, que tem sua rotina completamente alterada, chegando, em alguns casos, a negligenciar o cuidado consigo mesmo, em decorrência da sobrecarga sofrida e segundo Gatz, Bengtson, Blum e Zarit (apud CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002) indicam que cuidar de idosos dependentes acarreta uma multiplicidade de efeitos adversos, e reconhece o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença mental ou outros problemas em decorrência do envelhecimento. George & Gwyther (apud CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002, P.4) definem impacto emocional ou sobrecarga como sendo *“problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que apresentam por cuidarem de idosos doentes”*.

Neri (apud SILVEIRA, 2007) afirma que as pessoas que cuidam de idosos com problemas cognitivos apresentam mais sintomas de angústia, ansiedade e depressão do que os que cuidam de idosos intactos funcionalmente. Zarit (apud CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002) também compartilha dessa opinião ao relatar que os cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos e podem possuir mais problemas de saúde do que pessoas, com a mesma idade, que não são cuidadores. Além desses aspectos, os cuidadores têm mais problemas no trabalho, participam menos de atividades sociais e apresentam maior frequência de conflitos familiares, principalmente tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum. Mesmo diante dessas constatações, algumas pessoas são capazes de enfrentar, de maneira mais adequada, as situações estressantes decorrentes do cuidado prestado.

De acordo com Cerqueira e Oliveira, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos, traz como recomendação que as pessoas que são cuidadores também devem receber cuidados especiais, considerando que *“a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador”* (2002, p. 3).

Percebemos o grande desafio desses familiares e de acordo com Silveira (2007) e Silveira, Caldas e Carneiro (2006) cuidar de um familiar que demenciou mobiliza muitos sentimentos antagônicos em curto espaço de tempo, sendo a relação cuidador-cuidado permeada por tais sentimentos: de um lado, solidariedade, paciência, compreensão e amor; do outro, frustração, intolerância, mágoa e raiva. Para as autoras o sentimento mais comum é a culpa. Diante da complexidade do sistema família, Andolfi e Ângelo (apud SILVEIRA, 2007) nos esclarecem que ao considerarmos a dinâmica e a história do relacionamento familiar, constatamos que os padrões e regras familiares são estabelecidos e imprimidos nos mais jovens, muito cedo na vida, sendo transmitidos de uma geração a outra, sem que as pessoas se dêem conta disso. Relaciona isto ao fato de que o ato de cuidar pode ser também uma tentativa de reparar ou de amenizar culpas que já permeavam a relação cuidador-cuidado. Podemos verificar que são vários os fatores familiares que interferem no aparecimento de quem vai cuidar e na aceitação desse papel.

Neri e Sommerhalder (apud SILVEIRA, 2007), referindo-se ao papel de cuidador, abordam que existem aspectos implícitos e explícitos na determinação de quem vai exercer certas tarefas no âmbito da família. De acordo com a história de uma família, em determinadas situações, há a possibilidade de identificar o papel esperado para cada membro, existe o 'apaziguador', o 'habilidoso em questões financeiras', o 'prestativo', o 'prático', o 'compreensivo' e o 'cuidador'. É importante salientar que, embora os papéis sejam esperados nos diferentes arranjos familiares, eles são construídos através das relações. Neste sentido, os cuidadores eleitos como principais não estão isentos de sua responsabilidade em seu papel. A experiência da autora nos mostra que a pessoa do cuidador, na grande maioria, é o membro da família que toma a frente para solucionar problemas, conflitos no meio da família, enquanto os outros se recolhem, tem uma disponibilidade sem igual para cuidar, não apenas do parente demenciado como de todos os que precisam.

Silveira (2007) e Silveira, Caldas e Carneiro (2006), em pesquisa realizada com cuidadores familiares de pacientes demenciados, referindo-se às características do cuidador, nos apontam que quem cuida precisa ser empático, compreensivo, paciente, solidário e principalmente sensível, necessitando ser capaz de perceber o que o outro precisa. As autoras verificaram que essas características parecem fazer parte da personalidade de quem cuida, porém tomam mais expressão no ato de cuidar. Dessa forma, cuidar é também uma maneira de se auto realizar, sendo a autorrealização uma maneira de dar significado ao ato de cuidar. Constataram, também, mais otimismo, bom humor, alegria, menos angústia, apesar de persistirem sentimentos de tristeza, cansaço, dúvida e medos de várias ordens. Observou que momentos de sofrimento, de perda, de luto, são momentos privilegiados para a atualização de histórias antigas, tão longe no tempo e tão atuais no coração.

Diante do exposto, finalizo concordando com a referida autora de que é legítimo um suporte grupal para cuidadores de pessoas idosas com alto nível de dependência, pois tais cuidadores precisam de um profissional que as escute, que abra um espaço para que tantas situações inacabadas com o familiar que adoeceu sejam ressignificadas. Enfim, que seja construído um espaço de conversação que possibilite ao cuidador reescrever suas relações e sua história.

Importante ressaltar a existência de alguns trabalhos que se dispõem a apoiar familiares de idosos em situação de fragilidade, tais como: o Grupo de Suporte ao Familiar Cuidador de Paciente com Alto Nível de Dependência da UNATI/UERJ (Universidade Aberta da Terceira Idade/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro), a Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos Dependentes (APAZ) e a Associação Brasileira de Alzheimer, Doenças Similares e Idosos de Alta Dependência (ABRAZ). Na Marinha do Brasil, especificamente na cidade do Rio de Janeiro, têm sido adotadas ações interdisciplinares com o objetivo de promover atendimento aos usuários idosos do SSM e aos seus cuidadores. Tal prática ocorre através dos serviços de assistência integral prestados pelo Centro de

Atenção à Terceira Idade (CATI), instalado na Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG).

A seguir, farei uma apresentação do serviço no qual me baseei, a fim de lançar uma proposta de trabalho.

CONHECENDO O TERRENO

Diante do crescente processo de envelhecimento pelo qual vem passando a população brasileira, e sua repercussão nas demandas de serviço de saúde, considero importante lançar um olhar sobre esta realidade no âmbito naval. Segundo fonte da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), em julho de 2013, dos 317.073 usuários do SSM, 73.441 têm idade superior a 60 anos. Destes, 47.230 estão na área do 1º Distrito Naval (compreende os estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e parte de Minas Gerais), sendo que 45.991 residem no Estado do Rio de Janeiro e 40.133 na cidade do Rio de Janeiro.

O HNMD, único hospital naval de nível terciário, está localizado na área do 1º Distrito Naval, na cidade do Rio de Janeiro e tem como missão contribuir para a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), prestando atendimento médico-hospitalar. Desenvolve atendimentos de alta complexidade nas diversas especialidades médicas, das quais destaco a Clínica de Geriatria.

De acordo com a Ordem Interna nº 11-07 da Clínica de Geriatria do HNMD, a mesma é constituída pelas Seções de Ambulatório e de Pacientes Internos. Dentre as atribuições da Clínica elencadas no referido documento, destacam-se: promover, gerenciar e coordenar o atendimento do paciente com idade igual ou maior que 60 anos, portador de múltiplas patologias, associadas ou não a transtornos mentais e de comportamento, em ambulatório e em regime de internação e coordenar a capacitação da família do paciente com o objetivo de dar prosseguimento ao tratamento após a alta hospitalar, junto aos demais profissionais da equipe de saúde (fisioterapia, enfermagem, psicologia, serviço social, etc.). Para fins de estudo do presente trabalho, irei me deter apenas na Seção de Ambulatório, a qual apresenta como uma de suas atribuições:

Prestar atendimento em regime ambulatorial aos pacientes encaminhados por outras Clínicas ou Serviços do Hospital, por médicos dos Ambulatórios Navais ou das Organizações Militares com Facilidades Médicas e àqueles pacientes que a Clínica julgue necessário tal acompanhamento após alta hospitalar (ORDEM INTERNA nº 11-07 do HNMD, p. 2).

De acordo com informações fornecidas pela Clínica, o público alvo do atendimento ambulatorial, a nível terciário, são os usuários do SSM, na faixa etária citada anteriormente, que apresentam “déficit” cognitivo e distúrbio de humor. Os pacientes receberão o primeiro atendimento ambulatorial apenas no turno da manhã, sendo os atendimentos de acompanhamento realizados tanto no turno da manhã quanto da tarde. São realizados em torno de quatrocentos atendimentos ambulatoriais de acompanhamento mensais aos pacientes e o retorno dos pacientes à Clínica ocorre a cada três meses. Foi ressaltado,

também, que a maioria dos cuidadores dos usuários são os próprios familiares, especificamente as filhas ou a esposa.

A equipe técnica é composta por seis médicos geriatras, dos quais quatro são oficiais superiores, sendo uma a chefe do setor e dois oficiais subalternos em curso de aperfeiçoamento; conta com o apoio de duas praças com especialização em enfermagem, as quais exercem suas funções na recepção da clínica, prestam acolhimento aos pacientes, aferem a pressão arterial e realizam a pesagem.

A Clínica localiza-se no subsolo um, do bloco B e funciona de segunda a quinta-feira das 7h às 18h e sexta-feira das 7h às 13h.

A seguir, tecerei uma apresentação da abordagem gestáltica, na qual se apoia este trabalho.

A ABORDAGEM GESTÁLTICA

Continuando a jornada, passo a apresentar algumas considerações sobre a Gestalt-terapia. O ponto de partida do nosso passeio será um breve histórico da Gestalt-terapia e a definição do termo, passando pela descrição de alguns conceitos considerados importantes para o contexto em tela, em seguida iremos conhecer um pouco sobre grupos em Gestalt-terapia, pois este trabalho consiste numa proposta de implantação de grupo num contexto gestáltico. Ao final desta caminhada lançaremos um olhar para a família com as lentes do referencial teórico da Gestalt-terapia, pois os viajantes destes grupos serão familiares que se disponibilizam como cuidadores de seus entes “queridos”. Sigamos o caminho:

Breve abordagem histórica: origem e definição

A Gestalt-terapia surge na década de 50, nos Estados Unidos, com Frederick S. Perls, judeu alemão nascido em 8 de julho de 1893. Para ele, a abordagem gestáltica significou mais do que uma terapia e sim uma concepção de vida cujos valores próprios de uma sociedade consumista e industrial estavam sendo contestados. Perls graduou-se em medicina em 1920 e iniciou seu trabalho como neuropsiquiatra. Em 1926, já em Frankfurt, ele trabalhou como assistente de Kurt Goldstein, no Instituto de Soldados Portadores de Lesão Cerebral. Fritz havia se interessado pelo trabalho de Goldstein sobre as manifestações comportamentais de lesões cerebrais, baseado nas noções de psicologia da “*Gestalt*” de Wertheimer, Köhler e Koffka. A partir de 1936, Perls iniciou seus ataques à psicanálise, em decorrência da fria recepção de Freud a ele e ao seu trabalho intitulado “Resistências Orais”, no Congresso Internacional de Psicanálise, na Tchecoslováquia. Este trabalho deu origem ao seu primeiro livro “*Ego, Fome e Agressão*”, publicado em 1942. Nesta obra Perls reexamina a teoria psicanalítica sob a ótica da teoria organísmica de Goldstein, apoiada na psicologia da “*Gestalt*” referida anteriormente. Além destas duas influências teóricas, outras também atuaram sobre Perls: psicanálise, análise de caráter de Reich, fenomenologia, filosofia existencial,

teoria do campo de Kurt Lewin e pensamento oriental do zen-budismo. A história da Gestalt-terapia, como nova abordagem terapêutica, estreou com a publicação do segundo livro, “*Gestalt-Therapy*”, em 1951, com a contribuição de Paul Goodman e Ralph Hefferline e a fundação do “*Gestalt Institute of New York*”, em 1952, pelo casal Perls e Laura. Posteriormente foi fundado o “*Gestalt Institute of Canada*”, onde Fritz passou seus últimos meses de vida. Durante uma internação em Chicago, Fritz falece no dia 14 de março de 1970 (TELLEGEN, 1984).

Segundo Tellegen (1984), Perls se preocupava com três tópicos principais:

- Concepção da *relação corpo-mente* integradora e não dualista;
- Noção de *configuração ou estrutura* que envolvesse a complexidade das inter-relações de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, dos quais resultam o comportamento e a experiência do homem; e
- *Método de pensamento* em contraposição às explicações causais lineares e próximo do método dialético, com foco na interação e mudança enquanto processos contínuos de diferenciação, integração e rediferenciação de opostos.

Partindo da definição do termo “*Gestalt*”, palavra alemã que significa “forma”, “todo”, “configuração”, prossigamos para os principais conceitos.

ABORDAGEM TEÓRICA

Entrando em contato

A partir do nascimento, o nosso senso de união depende, paradoxalmente, de um senso aumentado de separação. Segundo Polster e Polster (1979), o contato é a função que sintetiza a necessidade de união e separação. Ele ocorre apenas entre seres separados, exigindo sempre independência e se arriscando ser capturado na união, não sendo simplesmente companhia ou agrupamento.

A maneira pela qual as pessoas se encontram ou se desencontram revela a profundidade de seu engajamento numa relação, tornando claro o grau e o nível de equilíbrio orgânico que elas co-dividem, e que procede do processo de união e separação com quem se relacionam. Se, pois, se conhece o modo como alguém faz contato, conhece-se também o nível de encontro e separação com que se aproxima das coisas ou pessoas. Cada ser é sozinho, mas para viver precisa encontrar o outro. A diminuição do contato vincula o homem à solidão. Portanto, como diz Ribeiro (1997), contato é sinônimo de encontro pleno, de mudança, de vida.

De acordo com Perls, Hefferline e Goodman (apud POLSTER e POLSTER, 1979), o contato é o comportamento em direção às novidades assimiláveis e a rejeição da novidade não assimilável. Nesse contexto, entendemos por

novidade não apenas o que não conhecemos, pois tudo é novo de novo. Tudo aquilo que é sempre igual, indiferente, universal, não é objeto de contato e através do contato a mudança inevitavelmente ocorre, pois a apropriação da novidade assimilável ou a rejeição da inassimilável levará à mudança. Para que isto aconteça, é necessário, espontaneamente, deixar-se levar pelo fluxo do encontro com o outro, com a vida, e confiar no contato como gerador de possibilidades novas e de mudança. Através do contato, a pessoa encontra-se com sua coragem, seus medos, sua esperança. Por intermédio dele o indivíduo se reconhece como possível e viável.

O contato se realiza através das funções sensoriais, motoras e cognitivas, estendendo-se desde a interação com objetos inanimados até com objetos animados. Porém, o que caracteriza um bom contato não é a função em si, mas como cada uma ocorre nesse processo de interação. Como afirma Ribeiro (1997), contato é função do campo e conseqüentemente, obedece às leis que regem o campo, ou seja, a vivência do contato depende da experiência do campo, cuja qualidade modifica a experiência imediata vivida pelo indivíduo em um dado momento. Portanto, por ser relacional, o contato ocorre em diversos campos, principalmente no psicoemocional e no sócio ambiental.

O contato sempre ocorre numa fronteira em que um senso de separação é mantido de tal forma que a união não ameaça submeter a pessoa, sendo essa fronteira o lugar de encontro das diferenças. Segundo Polster e Polster (1979), contato é um relacionamento dinâmico que ocorre apenas nas fronteiras de duas figuras atraentes, porém claramente diferenciadas. Dessa forma, segundo Ribeiro (1997), o corpo dá os limites do contato, sendo ele ao mesmo tempo objeto e sujeito imediato do contato.

Para Polster e Polster (1979), a fronteira do contato é o ponto em que a pessoa experiencia o eu em relação àquilo que não é eu e, mediante este contato, ambos são experienciados. Entretanto, o risco da perda de identidade ou de separação faz parte do contato e é aí que reside a arte e a aventura do contato. E, como arte, afirma Ribeiro, o contato *“é o instrumento de ação que permite à pessoa humana superar seus limites e atingir um nível mais alto de perfeição”* (1997, p. 14). Segundo ele, a maneira como uma pessoa faz contato consigo e com o mundo expressa de igual modo o grau de individuação, maturidade e auto entrega com que vive, em determinado momento, porque o contato é a expressão vivenciada e visível de sua realidade interna.

Ao falarmos nas fronteiras do eu, estamos nos referindo às fronteiras do ser humano, as quais são determinadas por todas as suas capacidades internas para a assimilação da experiência nova ou intensificada.

De acordo com Polster e Polster (1979), a fronteira do eu de uma pessoa é a fronteira daquilo que para ela é contato permissível. É composta por um conjunto de fronteiras de contato definida por ações, ideias, pessoas, valores, ambientes, imagens, memórias, etc., os quais a pessoa está inclinada e livre para se ligar plenamente, tanto com o mundo fora de si mesmo, quanto com as reverberações dentro de si mesma que esta ligação possa despertar.

Dentro da fronteira do eu, o contato pode se realizar com encanto e facilidade e acarreta num confortável senso de gratificação e crescimento. A fronteira do eu

do indivíduo determinará a seletividade de contato, orientando o seu estilo de vida, incluindo a sua escolha de amigos, trabalho, geografia, fantasia, fazer amor, e todas as outras experiências que são relevantes psicologicamente para a sua existência, pois é nessa fronteira que o indivíduo diferencia-se dos demais. O modo de uma pessoa manter o senso dos seus limites é determinado através do modo pelo qual ela bloqueia ou permite a consciência e a ação na fronteira do contato. Para Cardella (1994), a fronteira de contato não é fixa, dessa forma o indivíduo saudável deve poder diferenciar-se do ambiente e relacionar-se com ele num ritmo fluido de aproximação e retraimento na fronteira de contato.

O desenvolvimento do contato é totalmente imprevisível em virtude do equilíbrio entre as fronteiras do eu ocorrer com pessoas diferentes, que estão se modificando continuamente. Cada pessoa tem de avaliar as possibilidades quando seus desejos e necessidades se manifestam juntamente com os de outras pessoas. Algumas situações e pessoas são mais férteis ao contato, outras mais estéreis. Quando uma pessoa está num bom contato com outra, ambas se beneficiam nesse processo de troca de energia e o que vai definir o encontro é a qualidade do contato estabelecido.

Em razão do exposto enfatizamos que o indivíduo tem o poder de criar a sua própria vida, incluindo aí o poder de reconhecer a adequação do seu meio ambiente. Isto significa que ele possui a escolha das atividades, das pessoas, da geografia, da arquitetura, etc. O poder de fazer contato está intrinsecamente ligado à escolha de ambientes. Reconhecemos, então, a importância que o ambiente tem na modelação do comportamento das pessoas.

Verificamos que Ribeiro (1997) cita três pontos que merecem atenção especial para que um contato real entre uma pessoa e outra ocorra: 1) que a pessoa sinta sua singularidade, perceba-se diferente do outro; 2) que se sinta no aqui e agora concretamente disponível para ela; 3) que se perceba inteira, como consciência de sua realidade e da realidade do outro. Na função dinâmica desses três momentos emana a “*awareness*”, consciência da própria consciência, consciência organísmica, fruto da imersão consciente e total da pessoa na sua relação com o mundo, tornando-se a forma mais completa de contato.

Neste sentido, Yontef (1998), nos apresenta a “*awareness*” como sendo uma forma de experienciar, um processo de estar em contato com a própria existência. O contato com “*awareness*” é a integração de um problema, pois produz totalidades significativas novas. A mesma é acompanhada por aceitação, ou seja, o processo de conhecimento do controle, escolha e responsabilidade dos próprios sentimentos e comportamentos.

Continuando com o autor referenciado anteriormente, o indivíduo dirige sua energia para ter um bom contato com o ambiente ou para resistir a ele. No nível fisiológico necessita de comida e bebida, enquanto que no nível psicológico necessita de contato com outros seres humanos. Enquanto gera sinais, gestos, o contato é figura e pode ser observado, descrito. Como fundo,

é expressão de nossas introjeções acumuladas ao longo do tempo, e simbolizadas pela nossa maneira de estar no mundo.

Sendo o indivíduo uma função do campo organismo/meio, seu comportamento é reflexo de sua ligação dentro deste campo, o qual é constantemente mutável e as formas de interação devem ser necessariamente fluidas. Somos o resultado de nossas relações ao longo dos anos. O contato é efeito das relações que mantivemos com os campos diversos em que nos movemos (Ribeiro, 1997).

Por uma relação dialógica

A psicoterapia dialógica é uma abordagem psicoterapêutica baseada na filosofia do diálogo. O termo “dialógico” não se refere ao aspecto do “discurso”, mas sim ao fato de que a existência humana, em seu nível mais fundamental, é inerentemente relacional. É nesse sentido que Buber (apud HYNCHER, 1995), coloca como fundamental em sua teoria o convite a um retorno à relação primordial, a nós mesmos e aos outros. E esta relação se baseia no diálogo, no contato com o mundo. A relação implica consideração do outro e não isolamento, pois a existência se funda nesta relação com o outro e com o mundo, relação essa que abrange a esfera do inter humano.

Hynchner (1995) comenta que a esfera do inter humano manifesta-se no evento relacional entre pessoas, que é o diálogo. Esse diálogo é a comunicação existencial entre o EU e TU, implicando numa relação de profundidade em que o falar não é apenas voltado para o outro, mas existe um falar ao outro de forma recíproca. Nesse sentido há o florescer do inter humano no diálogo autêntico, em que através da fala dirigida ao outro eu o confirmo e o descubro, sendo isso possível apenas no *encontro*. Na visão de Buber (apud HYNCHER, 1995, p. 23), o significado do inter humano “... *não será encontrado em qualquer um dos dois parceiros, nem nos dois juntos, mas somente no diálogo entre eles, no entre que é vivido por ambos*”. O inter humano é a esfera na qual estamos ao mesmo tempo separados e em relação. A existência sadia é todo aquele fugaz equilíbrio rítmico entre relação e separação. Assim, tanto o individual quanto a relação estão contidos na dimensão do *entre*.

Segundo Buber (apud HYNCHER, 1995), o dialógico ocorre na esfera do *entre* e é marcado por duas polaridades, o EU-TU e o EU-ISSO. Ambas são um reflexo das duas atitudes primárias que o ser humano pode assumir ao se relacionar com o mundo em geral e com os outros. A relação EU-TU é uma atitude de interesse genuíno no outro com quem verdadeiramente interagimos como *pessoa* e tal relação se dá com o ser em sua totalidade. O interesse genuíno significa que estamos valorizando sua *alteridade*. *Alteridade* significa o reconhecimento da singularidade e clara separação do outro em relação a nós, sem que fique esquecida nossa relação e nossa humanidade comum subjacente. Cada pessoa não é um meio para atingir um fim e sim um fim em si mesma.

De acordo com Hynchner (1995), para que ocorra a relação EU-TU não, podemos forçar sua ocorrência, podemos apenas nos preparar para a possibilidade do encontro. Buber (apud HYNCHER, 1995, p. 24) nos traz que “o TU me encontra

pela graça e não é encontrado pela procura". É necessária a disponibilidade do outro para entrar numa relação desta natureza comigo. O diálogo genuíno só pode ser mútuo. O momento EU-TU não pode ser mantido para sempre. Precisamos aprender a aceitar "... o encanto de sua chegada e a nostalgia solene de sua partida..." (Id. p. 24). Entendemos que esse momento de envolvimento é belo, sendo que é fugaz, necessitando ceder lugar a algo mais objetivo.

Em contrapartida, Hycner (1995) nos aponta que há a relação EU-ISSO, caracterizada pela experiência, pelo conhecimento, pelo uso, ocorrendo quando a outra pessoa é, essencialmente, um objeto para nós, utilizado, basicamente, como meio para um fim. Nessa relação a experiência do EU não se dá entre ele e o mundo e sim no próprio EU, daí ele ser egótico. A relação EU-ISSO coloca o indivíduo frente ao mundo numa atitude cognoscitiva e objetivante. Mesmo o encontro EU-TU necessita depois tornar-se um fato objetivo. "*Mas essa é a grande melancolia de nosso destino, a de que cada TU, em nosso mundo, precisa tornar-se um ISSO*" (Id. p. 24). Podemos concluir que após o momento do envolvimento precisamos manter certa distância para pensar sobre ele.

Hycner (1995) nos aponta que a vida humana consiste de ambos os relacionamentos, EU-TU e EU-ISSO, os quais indicam a natureza recíproca de nossa orientação relacional. Toda troca humana tem essas duas dimensões, muitas vezes simultaneamente. O diálogo genuíno, portanto, só pode emergir se duas pessoas estiverem disponíveis para ir além da atitude EU-ISSO e valorizarem, apreciarem e aceitarem verdadeiramente a *alteridade* da outra pessoa. Segundo Buber (apud HYCNER, 1995), isso significa entrar na esfera do *entre*.

Quando Buber (apud HYCNER, 1995) fala em *entre*, ele se refere à esfera da qual todos participamos quando estamos envolvidos e verdadeiramente interessados em outra pessoa. O senso de identidade do terapeuta e do cliente normalmente é transcendido no mundo do *entre*. Vemos, então, como Buber (apud HYCNER, 1995, p.25) descreve o mundo do *entre*: "*do lado de lá do subjetivo, do lado de cá do objetivo, na vereda estreita onde EU e TU nos encontramos, aí fica o reino do entre*". Concluimos que o mundo do *entre* é parte inerente da relação entre o EU e o TU.

A proposta de Buber (apud HYCNER, 1995) é compreender a realidade humana através do prisma do "dialógico", o qual significa o vínculo entre a experiência vivida e a reflexão, entre o pensamento e a ação. O ser se manifesta pela ação no mundo. A ação do ser no mundo se dá pela palavra. Palavra e ação são a manifestação do ser na existência. Dessa forma, o diálogo deixa de ser puro conceito construído no plano abstrato e passa a descrever experiências vividas.

De acordo com Buber (apud AMATUZZI, 1989), para que o diálogo autêntico ou conversação genuína ocorra, são necessárias algumas condições: a primeira é a autenticidade ou genuinidade que as pessoas envolvidas precisam ter. Isso significa que cada uma delas deve ser o que é num diálogo e não

passar uma imagem do que não é. Alguém só pode ser quando não necessita do parecer ser ou para fazer a confirmação de si não precisa satisfazer as expectativas do outro; a segunda é a condição de percepção, a qual mediante um conhecimento íntimo, o indivíduo vê o outro com o qual ele se relaciona em sua concretude e totalidade e a partir daí o aceita e o legitima como parceiro de um diálogo autêntico; a terceira condição é que os parceiros não queiram se impor um ao outro, pois através da imposição cria-se uma ilusão de autonomia, resultando em manipulação do outro, ao invés de mobilizar nele forças autônomas de sua própria atualização; uma outra condição é que os parceiros se confirmem mutuamente como pessoas, compreendemos que isso signifique aceitação da diferença do outro. No plano psicoterapêutico, um instrumento de trabalho do terapeuta é a fala, pois a mesma se dá no contexto relacional e é através dela que o indivíduo atualiza suas possibilidades.

A partir dessas reflexões de Buber sobre as relações inter humanas baseadas nas atitudes EU-ISSO e EU-TU podemos fazer um ponto de apoio para a relação psicoterapêutica. A abordagem Buberiana apenas é possível mediante uma atitude **fenomenológica** do ser. Não se alcança a plenitude do encontro sem antes haver realizado uma “*redução fenomenológica*”, numa abstenção dos julgamentos e dos apriorismos, para se atingir o outro sem barreiras. Forghieri (1993) nos aponta que através do método fenomenológico, o terapeuta possibilita ao cliente o retorno à sua experiência vivida e sobre ela fazer uma profunda reflexão que permita chegar à essência do conhecimento, ou seja, captar o sentido ou o significado de sua própria vivência em seu existir cotidiano. A isso damos o nome de redução fenomenológica, a qual se constitui de dois momentos, paradoxalmente inter-relacionados e reversíveis, denominados de *envolvimento existencial* e *distanciamento reflexivo*.

Segundo Forghieri (1993) o *envolvimento existencial* consiste em colocar fora de ação os conhecimentos pré-estabelecidos acerca da vivência do cliente, para então tentar abrir-se a essa vivência e nela penetrar de modo espontâneo e experiencial, ou seja, sair de uma atitude intelectualizada para se soltar ao fluir de sua própria vivência, proporcionando uma compreensão global, intuitiva, pré-reflexiva, dessa vivência. Ainda de acordo com Forghieri (1984), desse momento fazemos um paralelo com a atitude EU-TU, na qual o ser humano existe numa totalidade, numa completa integração no mundo, sendo caracterizada pelo envolvimento. Quando o envolvimento ocorre em relação à situação vivenciada pelo cliente, o terapeuta deve penetrar nela para partilhar da mesma e compreender como essa pessoa vivencia tal situação, de acordo com seu próprio modo de existir. Na relação EU-TU instaura-se a dimensão da vivência, a atitude essencial do homem em direção ao encontro. Neste caso, encontro do terapeuta com o cliente na confirmação mútua e na reciprocidade, encontro de comprometimento.

Em continuação com a visão de Forghieri (1993), o *distanciamento reflexivo* refere-se ao momento em que, após penetrar na vivência do cliente, nela envolvendo-se e dela obtendo uma compreensão global pré-reflexiva, o terapeuta procura estabelecer certo distanciamento da vivência, para refletir sobre essa sua compreensão e tentar captar e enunciar, descritivamente, o seu sentido ou significado daquela vivência no existir do cliente. Mas, tal

distanciamento não chega a ser completo, ele precisa sempre manter um elo com a vivência a esta, voltando a cada instante, a fim de que a enunciação descritiva da mesma seja a mais próxima possível da própria vivência. O distanciamento reflexivo ocorre logo em seguida ao envolvimento existencial. Desse momento podemos fazer um paralelo com a atitude EU-ISSO, a qual como já enunciada anteriormente caracteriza-se pela objetividade, pelo distanciamento e separação. A relação EU-ISSO instaura a dimensão do contato mediato, da consideração a “*priori*”, sendo necessária ao terapeuta nesse momento a fim de conhecer e compreender a experiência do cliente.

Em síntese, Forghieri (1984) nos traz que o psicoterapeuta atua numa alternância entre a intuição categorial e o conhecimento objetivo, entre o EU-TU e o EU-ISSO, entre a presentificação e o passado, entre o existir como totalidade e o raciocinar, entre o ser-com o cliente e o agir sobre ele. O mundo do TU é o mundo do presente, da presença e da imediatez, da reciprocidade e da alteridade, da totalidade e da fugacidade, é mundo da relação. O mundo do ISSO é o mundo do passado, da dicotomia, do uso e da experiência, do conhecimento, do efêmero.

Esta é a essência da psicoterapia: uma **relação**, encontro entre terapeuta e cliente, um momento de mudança em que há uma resignificação da existência. Não é um “pensamento” sobre algo, pois vai além do simplesmente racional, consciente. É uma experiência de algo, um sentimento, uma vivência, que envolve um estar-com-o-outro caracterizado pela exclusão de obstáculos no sentido de permitir este encontro. É um processo irreversível, total, onde o passado de cada um é revivido no seu presente, tendendo sempre para o futuro, para o crescimento. É o momento de dois mundos onde um e outro estão interligados numa mútua troca.

Quanto às qualidades pessoais do terapeuta, Ribeiro (1999) cita algumas consideradas de fundamental importância: o terapeuta precisa estar com o cliente de forma simpática, empática, incluída, estar inteiro, sem prejuízo, sem prevenção e consciente tanto de sua experiência quanto da do cliente.

Segundo Buber (apud HYCNER, 1995, p. 56), *“o terapeuta não descansa no planalto amplo de um sistema que inclui uma série de pressupostos acerca do absoluto, mas caminha sobre uma vereda estreita e pedregosa que permeia os abismos, onde não há segurança do conhecimento expresso, mas a certeza do encontro que se mantém não revelado”*. Buber aqui quer nos dizer que o terapeuta não é aquele ser supremo que está acima do cliente detendo o saber, mas é aquele que caminha junto com o cliente, abrindo-lhe o caminho e mesmo sendo necessário o conhecimento teórico, é fundamental um movimento de entrega, pois é isso que caracteriza o encontro terapêutico. A partir do exposto, concebemos que apesar de na psicoterapia haver um constante movimento, por parte do terapeuta, de alternar a objetividade e a subjetividade, ainda assim é imprescindível não perder de vista o *entre*.

Após a explanação acerca da Teoria Dialógica, é de fundamental importância comentar sobre os elementos nela envolvidos. Buber (apud HYCNER, 1995), os conceitua como “elementos do inter humano” e os mesmos são pré

requisitos para a relação dialógica terapeuta-cliente num processo psicoterápico. São eles:

- **Inclusão** – capacidade que o terapeuta precisa ter de experienciar o mais humanamente possível o que o cliente está experienciando, num movimento de “ir-e-vir” entre si e o cliente e ainda assim permanecer centrado em sua própria existência. Compreendemos que o momento da inclusão é quando o terapeuta penetra na experiência do cliente, por este relatada e a apreende e a sente de forma muito clara, a partir da perspectiva do cliente, porém o terapeuta permanece com sua identidade integrada. Semelhantemente à atitude EU-TU, a inclusão é simplesmente uma experiência momentânea, não podendo nela permanecer por muito tempo nem forçar sua ocorrência.
- **Confirmação** – reconhecimento, por parte do terapeuta, da existência do cliente, satisfazendo-lhe sua necessidade de confirmação, a este dizendo sim, o qual o capacita a centrar-se em sua própria existência garantindo seu auto suporte. Na confirmação, o terapeuta investe na diferença do cliente e ausenta-se de julgamentos. Assim como na atitude EU-TU, na qual é necessária a confirmação do TU enquanto *alteridade*, enquanto um EU diferente de mim.
- **Presença** – ocorre quando o terapeuta volta-se inteiramente para o cliente, trazendo para a interação a plenitude de si mesmo, não permitindo que predomine a “aparência” na relação, o que caracterizaria um mau contato.
- **Comunicação Genuína e sem reservas** – significa que o terapeuta precisa estar disponível para se envolver de forma honesta com o cliente, assumindo a responsabilidade de sua comunicação franca no processo dialógico.

Concluimos que a psicoterapia dialógica é essencialmente caracterizada pelo aspecto relacional que envolve uma postura presentificadora marcada pela inclusividade e um falar autêntico por parte do terapeuta que possibilita o cliente viver sua singularidade e ser afirmado em sua diferença, promovendo-lhe o desenvolvimento da sua totalidade enquanto ser humano em todas as suas dimensões.

ABORDAGEM PRÁTICA

Trabalhando com grupos

Conforme citado anteriormente, Perls sofreu influência da teoria do campo de Kurt Lewin. Segundo Tellegen (1984), Perls e Lewin desenvolveram aspectos diferentes no que diz respeito ao trabalho com grupos, apesar de ambos terem raízes comuns na psicologia da “*Gestalt*”. A concentração de Lewin, como psicólogo social, foi na mudança social, através da elaboração de conceitos e uma metodologia de pesquisa e intervenção com aplicação na compreensão de pequenos grupos, das estruturas sociais e organizacionais e seus mecanismos de mudança. Como médico e psicoterapeuta, a concentração de Perls foi na

mudança pessoal, apesar de almejar superar o plano individual e atingir as estruturas sociais. Ambos viam o indivíduo a partir de uma perspectiva sistêmica, mas o foco de Lewin eram as instituições sociais, ao passo que Perls focava a dinâmica do contato intra e interpessoal, sempre na perspectiva de promover no cliente a tomada de posse de seus próprios recursos como instrumental para a troca criativa com o seu meio.

Em virtude de apresentarem os aspectos diferentes comentados no parágrafo anterior, foi possível à Gestalt-terapia e à Dinâmica de Grupo se desenvolverem nos Estados Unidos na mesma época, década de 50 e início de 60, em paralelo e sem grandes enriquecimentos mútuos.

Segundo Ribeiro (1994), o grupo terapêutico é um campo no qual a realidade acontece. O grupo é um fenômeno complexo, sua realidade é maior que a totalidade dos elementos que o compõem. Em sua concepção, o grupo é visto como uma realidade única, feita de momentos e possibilidades infinitas, que se organiza como um campo, como um espaço vital unificado, em que a vida se revela, acontece e se faz compreensível.

A seguir, lançarei uma proposta de construção de um grupo de cuidadores da terceira idade, ancorada nos pressupostos da Gestalt-terapia.

IMPLANTANDO GRUPOS DENTRO DE UM CONTEXTO RELACIONAL GESTÁLTICO

Conforme mencionado no capítulo 1, muitos são os sentimentos que permeiam as vivências e experiências dos familiares que se disponibilizam como cuidadores de seu parente idoso. Diante de relações tão singulares e complexas cada um carrega em sua mala de viagem fragmentos de histórias que muitas vezes, ao longo da travessia da vida, precisam ser reescritas e ressignificadas, gerando mudanças que impedem que cada um fique à margem de si mesmo e daquele a quem ama. Abrir um espaço para que novas narrativas dessas histórias surjam, através do diálogo e da negociação de sentidos, possibilitará que cada um construa sua própria realidade e siga seu caminho de forma mais consciente e responsável.

Quando uma doença atinge um membro da família, todo o sistema familiar é também atingido. Lançar um olhar para o que cada cuidador está levando da sua família de origem, qual o significado atribuído ao ente “querido” cuidado, sentimentos envolvidos, como é a sua relação com este, antes e depois da doença, como cada um se colocou no lugar de cuidador principal, qual significado atribui aos termos cuidado e cuidador, como mexeu em cada um e em sua família as perdas físicas e existenciais apresentadas no familiar em decorrência da doença, como é a aproximação de cada um com a possível perda do ente “querido”, qual e como cada um escolhe o melhor caminho possível a seguir, são questões que me vêm com bastante intensidade. Neste sentido, concordo com Silveira, Caldas e Carneiro quando afirmam, baseadas em pesquisas realizadas, *“o quanto um grupo de suporte, com uma proposta de oferecer recursos para além das informações e esclarecimentos, pode ser*

importante para os familiares que cuidam de idosos com alto nível de dependência” (2006, p. 1637). Um trabalho de apoio ao cuidador certamente irá se refletir em mudanças não só em si próprio, mas também no membro da família que é cuidado e em todo o sistema familiar no qual está inserido.

A presente proposta recebe a contribuição da abordagem gestáltica, em especial no que se refere ao contato, fronteira de contato e “*awareness*”.

O grupo a ser construído será caracterizado como um grupo fechado, sem admissão de outras pessoas no decorrer do processo, composto por dez pessoas, com doze sessões, de aproximadamente uma hora e meia de duração semanal, distribuídas em um período de três meses, cujo objetivo é o apoio psicológico que possibilite um espaço conversacional de troca de experiências e reflexões referentes ao familiar que se empresta como cuidador. Cada um dos quatro momentos, a seguir relatados, consistirá de dois encontros. Os quatro encontros restantes servirão para proporcionar aos cuidadores palestras informativas a respeito de temas relacionados à enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e medicina, de acordo com as necessidades do grupo, configurando-se, também, num caráter multidisciplinar.

A escolha da dinâmica e da estruturação de grupo citada acima se deve ao fato de que a atuação do psicólogo, no contexto da instituição hospitalar em que trabalho, tem como prioridade o paciente internado, ficando o atendimento ambulatorial restrito a demandas peculiares. Em segundo lugar, acredito que uma forma de trabalho focando pontos específicos e com número de encontros limitados atenda mais à realidade da demanda institucional. Outro aspecto que considero relevante é o fato de que, no âmbito militar, estamos suscetíveis a sermos transferidos para outra organização militar no estado do Rio de Janeiro ou outro estado do território nacional. Nesse caso, o trabalho iniciado por um profissional seria por ele terminado, sem haver necessidade de lançar mão de outro, que muitas vezes esbarra no “*déficit*” de pessoal.

A partir de agora, convido o leitor a caminhar junto comigo, ressaltando que será apenas um ponto de partida em direção a algo que, no momento, está em minhas ideias. Vejamos o percurso:

Um olhar para a família

Zinker (2001) considera família um sistema de indivíduos comprometidos a permanecer juntos por um período de tempo extenso, mantendo dessa forma uma continuidade. É uma unidade social, cultural e econômica da comunidade. Sabemos que toda família é constituída por valores, crenças, regras, acordos, mitos e legados, estando estes entrelaçados nos relacionamentos entre os membros que compõem o sistema familiar. Segundo Silveira (2007) o apoio dado pela família ao paciente com demência funciona baseado nesses aspectos, sendo tal apoio sustentado pelas relações de afeto. A autora continua colocando que o suporte oferecido pela equipe de gerontologia, e particularmente pelo psicólogo, aos cuidadores familiares depende muito do

quanto o profissional compreende a dinâmica do sistema familiar do qual fazem parte o cuidador e o idoso fragilizado.

Seguindo essa noção, neste primeiro momento os cuidadores serão convidados a refletir sobre o que estão trazendo de sua família de origem na “bagagem” de sua vida, no que diz respeito às coisas “herdadas”. *“O que você está levando da sua família de origem para a sua vida hoje?” “O que representa para você o ente “querido” de quem cuida?” “Quais sentimentos são despertados neste ato de cuidar?”*

Resgatar o significado que o membro da família possui para àquele que cuida dele é convidá-lo a uma reflexão da sua forma de entrar em contato com o outro.

Um olhar para as relações

Neste segundo momento os cuidadores entrarão em contato, através da técnica da *linha do tempo*, com a história de construção de sua relação com o familiar cuidado por ele. A partir de uma reflexão da sua travessia de vida, cada um terá a oportunidade de resgatar um pouco essa história se conectando com as seguintes questões: *“Como você construiu a sua relação com este membro da família?” “Como era a sua relação com ele antes da doença?” “Como é a sua relação com ele após a doença?” “Como se deu a escolha do cuidador principal?” “O que significa para você ser cuidador?” “O que significa para você cuidar?”*

Olhar para as relações nos remete ao conceito de contato proposto por Ribeiro (1997), definido como um ato de autoconsciência totalizante, o qual envolve um processo em que as funções sensoriais, motoras e cognitivas se unem, em interdependência dinâmica complexa, a fim de produzir mudanças na pessoa e na sua relação com o mundo, através da energia de transformação que age em total interação, na relação sujeito-objeto. Para o referido autor somos o resultado de nossas relações ao longo do tempo. Por fronteira o mesmo entende que é o lugar privilegiado do encontro das diferenças.

Refletir sobre a construção dessas relações é fundamental nessa etapa da trajetória, pois aqui está o cerne da qualidade de vida necessária tanto para quem cuida como para quem é cuidado. Caldas (apud SILVEIRA, 2007) dá um destaque ao papel do familiar que cuida na evolução do quadro demencial, direcionando para a importância da troca afetiva para o membro da família que está sendo cuidado. Seu papel de cuidador principal se reveste como âncora do idoso.

Nesta etapa do processo, estar sensível ao que surgir nos remete à busca de uma interação e troca genuínas e de construção de sentidos na relação com o outro.

Um olhar para as perdas

Neste terceiro momento os cuidadores terão a oportunidade de “passear” pelas suas relações com o ente querido e refletir sobre as perdas envolvidas nesta relação e como cada um lida com as mesmas. *“Como mexeu em você e em sua família as perdas físicas e existenciais apresentadas no familiar em decorrência da doença?” “Como é a aproximação com a perda do ente ‘querido’?”*.

Neste contexto, é importante a conversação entre os integrantes do grupo e o terapeuta, numa contínua troca de experiências, alegrias, tristezas, dores, frustrações, sucessos e insucessos, levando-os, através do diálogo, a entrarem em contato com as perdas físicas e existenciais pelas quais passam os idosos acometidos por demência. É fundamental promover um espaço para que os cuidadores falem sobre os sentimentos em decorrência dessas perdas, pois fisicamente o familiar está presente, mas existencialmente “morre” a cada momento, devido ao quadro clínico observado proveniente do processo demencial, deixando de vivenciar com o mesmo suas lembranças, memórias de quem são na relação com o outro. De acordo com Silveira *“os coordenadores precisam estar atentos para transformar a dor num ato criativo, abrindo a possibilidade para saídas saudáveis”* (2007, p. 90).

Um olhar para o futuro

Após terem sido convidados a arrumar as *malas*, onde verificarão o que levam de suas famílias de origem em suas “bagagens” e se estão confortáveis com as escolhas que fizeram; passarem pela *travessia* das relações, onde reconstituirão as mesmas e refletirão em seus papéis como cuidadores familiares e após terem ficado na *margem* e se conectarem com os sentimentos em decorrência das perdas, não somente físicas, mas também existenciais pelas quais passam o familiar de quem cuidam, chegou o momento dos cuidadores (re) construírem seu caminho, lançando um olhar para o futuro, baseado em como está vivenciando o presente, de forma consciente e responsável. *“Como você vai seguir o seu caminho daqui pra frente?” “Como você vai escrever sua história com sua família, com seu trabalho, com seus amigos e com você mesmo?”*. Como nos aponta Silveira (2007), mais do que recomendações, o cuidador necessita de pessoas que compreendam seus limites e suas dores. O cuidador necessita também falar de si e não apenas receber informações. Necessitam de suporte para reequilibrar-se e caminhar em direção a mudanças que proporcionem bem-estar.

Neste fluir de relações, cabe a cada um ressignificar sua existência e promover mudanças que façam sentido aos diversos contextos em que se encontrem. Chegar ao final de uma proposta de trabalho entrelaçada a uma perspectiva gestáltica me enche de expectativas pelo que elas são como teorias e, especialmente, pelo que elas podem ser em suas “*práxis*”, tanto pessoal como profissional. Passemos, a seguir, à apresentação das considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da elaboração deste artigo, realizei contato com um geriatra da

Clínica de Geriatria do HNMD, a fim de que a proposta de construção de um grupo fizesse sentido àquele contexto de trabalho. No encontro realizado, obtive informações a respeito do funcionamento da Clínica, constituição da equipe de profissionais, demanda e serviços oferecidos. Existe uma demanda significativa de usuários assistidos ambulatorialmente, cujos cuidadores, em sua maioria, são seus familiares, conforme relatado no corpo deste trabalho. Implantar grupos dentro de um contexto conversacional, conforme descrita no capítulo quatro, tornar-se-ia uma prática contextualizada.

Devido ao aumento da população idosa, a saúde do seu cuidador tem se tornado foco ultimamente. Torna-se, então, fundamental promover o cuidado para com aqueles que cuidam dos idosos. Isto remete, também, à responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos na assistência a esta demanda.

Diante do exposto, um trabalho de apoio ao cuidador certamente irá se refletir em mudanças não só em si próprio, mas também no membro da família que é cuidado e em todo o sistema familiar no qual está inserido, constituindo-se num projeto focado no cuidado, na prevenção e na atenção integral à saúde.

O contato estabelecido nessas relações é gerador de novas possibilidades e de mudanças, pois no encontro das diferenças cada um contacta sua própria existência, tornando-se “*aware*” e responsável por suas atitudes e sentimentos.

Conclui-se, enfatizando a relevância que o presente projeto contém por consistir numa ampliação e melhoria das práticas do atendimento ao idoso e ao seu cuidador, na Clínica de Geriatria do Hospital Naval Marcílio Dias. Sendo relevante, também, para a ampliação do escopo do funcionamento do Serviço de Psicologia, através de sua articulação com a referida Clínica. Ressalto ainda o potencial de impacto da ação na gestão do Sistema de Saúde da Marinha, ao considerar que o suporte prestado aos cuidadores interdisciplinarmente, promoverá a melhoria de sua qualidade de vida, a qual se reflete no cuidado a ser prestado, com possível redução dos agravos à saúde física e psíquica do idoso.

Surge, agora, a expectativa da concretude desta proposta. Quais narrativas surgirão dos encontros a serem realizados? Como será a relação entre os membros dos grupos? Como a história de cada um impactará a vida do outro? Qual a multiplicidade de significados que cada um atribui às suas experiências? e Quais mudanças os encontros promoverão?

No decorrer desses processos conversacionais, numa relação de coautoria, ao assumir uma posição de facilitadora, de especialista da arte do encontro e do diálogo, espero contribuir, a partir da minha história pessoal e profissional, com a emergência de construções de novos sentidos de vida geradores de mudanças. Que o contato com esses cuidadores não se baseie apenas no diálogo no sentido de uma simples comunicação existencial, mas que se torne genuinamente dialógico, relacional, transformador.

Nessas trocas dialógicas, cada um do grupo, inclusive eu, teremos a

oportunidade de reconstruir a nossa própria realidade e a ela atribuir significados, numa constante interdependência entre o individual e o social.

Para finalizar, deixo como mensagem ao leitor, que me acompanhou até aqui, um trecho do livro de Ruth Rocha, “Quem tem medo do novo?”:

Quem é que tem medo de escutar a ideia de uma outra pessoa e ver que essa ideia é uma boa ideia? E de jogar fora sua ideia antiga, sem muita discussão, sem nenhuma briga... Mudar uma ideia às vezes demora. A gente não pode mudar toda hora. Mas ficar teimando numa ideia só é uma coisa boba. Ora, tenha dó! Quem é que tem medo afinal de crescer? Já que tudo isso é apenas viver... A gente não gosta de ser diferente. Mas goste ou não goste, tem que andar pra frente! Voar como o vento! Pois quem para é poste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMATUZZI, M. – **O resgate da fala autêntica**. São Paulo: Papirus, 1989
- BRASIL. Hospital Naval Marcílio Dias. **Ordem Interna** n. 11-07 de 05 de março de 2007. Dispõe sobre o Funcionamento da Clínica de Geriatria. Rio de Janeiro, 2007.
- CARDELLA, B. H. P. – **O amor na relação terapêutica: uma visão gestáltica**. São Paulo: Summus, 1994
- CATTANI, R. B. e GIRARDON-PERLINI, N. M. O. G. - **Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares**. In Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia – GO, v. 06, nº. 02, 2004
- CERQUEIRA, A. T. A. R. e OLIVEIRA, N. I. L. - **Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos**. In Revista Psicologia USP, São Paulo, v. 13, nº. 1, 2002
- FONDA, J. - O terceiro ato da vida. [s.l.]: TED ideas worth spreading, disponível em: <http://www.ted.com/talks/long/pt-br/jane_fonda_life_s_third_act.html>, acesso em: 11 fev. 2012. Filmado em dez. 2011 e postado em jan. 2012
- FORGHIERI, Y. C. – **Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas**. São Paulo: Pioneira, 1993
- FORGHIERI, Y. C. – **Fenomenologia, Existência e Psicoterapia**. In Fenomenologia e psicologia, São Paulo: Cortez, 1984
- HYCNER, R. – **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995
- PERLS, F. – **A abordagem gestáltica e a testemunha ocular da terapia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ª edição, 1988

BARAUNA, Ana Amélia Barros Lima – *Dialogando com o cuidador: um olhar gestáltico*

POLSTER, E. M. – **Gestalt-terapia integrada**. Belo Horizonte: Interlivros, 1979

RIBEIRO, J. P. – **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 1997

_____ - **Gestalt-terapia: o processo grupal**. São Paulo: Summus, 1994

_____ - **Gestalt-terapia de curta duração**. São Paulo: Summus, 1999

ROCHA, R. – **Quem tem medo do novo?** Rio de Janeiro: Global Editora, 2008

SILVEIRA, T. M. - **Por que eu? A doença e a escolha do cuidador familiar**. Rio de Janeiro: Arquimedes Edições, 2007

_____ CALDAS, C. P. e CARNEIRO, T. F. – **Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais**. In Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, nº. 8, p. 1629-1638, 2006

TELLEGEN, T. – **Gestalt e grupos: uma perspectiva sistêmica**. São Paulo: Summus, 1984

YONTEF, G. M. – **Processo, diálogo, awareness**. São Paulo: Summus, 1998

ZINKER, J. C. – **A busca da elegância em psicoterapia: uma abordagem gestáltica com casais, famílias e sistemas íntimos**. São Paulo: Summus, 2001.

NOTAS:

Ana Amélia Barros Lima Baraúna – Graduada em Psicologia em 1994, pela Universidade Católica de Pernambuco. Formação em Gestalt-terapia pelo IGT Fortaleza em 2001, Especialização em Terapia de Família e Casal pela UFRJ em 2012.

Endereço para correspondência:

Ana Amélia Barros Lima Baraúna
E-mail: anamelblima@gmail.com

Recebido em: 17/10/2016

Aprovado em: 25/11/2019