

A EXPERIÊNCIA DO PSICÓLOGO NUM CENTRO DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA



Ana Cristina Pinto

Resumo: Inicialmente neste artigo é feita uma reflexão sobre a intervenção do psicólogo no âmbito da psicologia da Saúde. Posteriormente é apresentado um caso de relação de ajuda ilustrativo do trabalho desenvolvido por um psicólogo, segundo uma perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, num meio que, à partida, está direccionado pelo paternalismo do modelo tradicional da medicina.

São referidas as condições relacionais consideradas nodais para que se desenvolva uma relação de ajuda. É ainda sublinhada a importância da elaboração/clarificação/integração do pedido de ajuda da pessoa (cliente), processo que foi designado por alguns de pré-terapia. Refere-se também a dificuldade que o técnico encontra face às expectativas/representações que a pessoa (cliente) tem do papel do psicólogo num Centro de Saúde.

Palavras-Chave: Psicologia da Saúde · Pedido de Ajuda · Pré-terapia · Relação de Ajuda

Abstract: This article begins with a reflection on the psychologist's intervention in the Health Psychology branch. After this we present a study-case of the help relationship which illustrates the work developed by a psychologist according to Person Centered Approach perspective in an environment that, from the start, is ruled by the traditional model of the Medecin paternalism.

The basic relationship conditions, so that a help relationship can be developed are also referred.

It's still stressed the importance of the elaboration/clarification/integration of the help asked by the person (client), which process has been named pre-therapy. We also refer the difficulty that the technician has in the presence of the person's (client's) expectations/representations towards the psychologist's role in a Health Center.

Keywords: Health Psychology – Ask for help – Pre-Therapy – Help Relationship

Gostaria de partilhar convosco algumas reflexões resultantes da minha experiência profissional inseridas no contexto da Psicologia da Saúde.

Nos últimos anos, a Psicologia conheceu uma nova área de intervenção – a Psicologia da Saúde – que se define pela contribuição na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e das perturbações psicológicas a ela associadas. O objecto da Psicologia da Saúde é o funcionamento psicológico e psicossocial do sujeito e a sua relação com a saúde, com a doença e com os técnicos e serviços de saúde. Utiliza os métodos de avaliação psicológica, as teorias básicas e as metodologias próprias da Psicologia (Teixeira & Trindade, 1994).

Esta nova ciência e profissão assenta num modelo holístico, em que a pessoa é vista numa complexa multiplicidade de dimensões. A concepção holística baseia-se na teoria segundo a qual cada elemento não pode ser desinserido do todo, isto é, considera-se que “a interacção entre o todo e as partes e a relação existente entre os elementos que constituem um dado sistema, conduz a um processo contínuo de auto-organização que possibilita a manutenção e complexificação deste” (Nunes, 1997). Esta relação entre o todo e as partes

foi sistematizada, inicialmente por Ludwing von Bertalanffy (1968), na Teoria Geral dos Sistemas. Posteriormente este conceito estendeu-se ao campo da Saúde considerando-se a pessoa como um sistema em interacção com outros sub-sistemas funcionando num processo complexo, auto-organizativo e globalizante.

Segundo uma perspectiva fenomenológica a pessoa é o agente fundamental dos seus próprios estados de saúde e doença e, conseqüentemente, actor responsável nos processos de procura, manutenção e recuperação da saúde (McIntyre, 1994). Estes princípios são fundamentais para a prática da Psicologia da Saúde e para a importância da interdisciplinaridade com outras ciências, principalmente da saúde, na medida em que o seu contributo é essencial para a compreensão e ajuda da pessoa em sofrimento.

Actualmente, cada vez mais as áreas de intervenção dos psicólogos da saúde são diversificadas, bem como os locais de trabalho. Os cuidados de saúde primários são um campo com enormes potencialidades de intervenção para a Psicologia da Saúde. Os centros de saúde, como instituições dedicadas a esses cuidados, são um local privilegiado para a inserção de uma abordagem psicológica no âmbito da saúde em conjunto com os outros técnicos, possibilitando uma visão mais globalizante do indivíduo.

Assim podemos dizer que, especificamente, o papel do psicólogo na equipa de cuidados de saúde primários, passa pelo desenvolvimento de ac-

tividades em áreas como: a promoção da saúde, a prevenção, a reabilitação, a formação e a função assistencial.

Esta última actividade implica avaliar casos individuais, utilizando a entrevista clínica, o exame psicológico e métodos de intervenção psicológica específicos da saúde, tais como: aconselhamento psicológico, psicoterapia de apoio e técnicas de facilitação da comunicação (Trindade & Teixeira, 1997).

Gostaria de partilhar convosco algumas reflexões sobre o trabalho que tenho desenvolvido nesta área, num Centro de Saúde.

Começo por fazer uma breve caracterização do Centro onde estou inserida. Situa-se numa cidade dormitório nos arredores de Lisboa, tem várias extensões que abrangem uma população diversificada, urbana e rural, que apresenta problemáticas muito variadas.

Tenho verificado que o maior número de utentes adultos que recorrem aos serviços da psicologia nesta instituição, são mulheres, num leque etário muito abrangente, desde a adolescência até à terceira idade. Apresentam, sobretudo, problemas depressivos, problemas de adaptação a novas situações de vida, nomeadamente à doença, e problemas de dependência (alcoolismo e toxicodependência). As crianças, entre os 4 e 12 anos, na maioria das vezes manifestam problemas escolares e de ordem emocional.

O critério usual de selecção dos utentes que supostamente devem usufruir das consultas de psicologia baseia-se no envio dos casos que se-

gundo os técnicos de saúde necessitam de apoio psicológico.

Em primeiro lugar, é efectuada uma avaliação dos pedidos de intervenção psicológica, que consiste numa primeira entrevista de despiste de situações com necessidade de apoio psicológico. Nas situações detectadas na avaliação, e apesar de no Centro de Saúde não existirem as condições ideais para a estruturação de um *setting* psicoterapêutico, inicia-se um processo de apoio psicológico com periodicidade variável, consoante o pedido da pessoa que pretende ser ajudada.

O pedido é a questão sobre a qual gostaria de me debruçar um pouco mais. Como referi anteriormente, na maioria das vezes as pessoas não vêm à consulta de forma espontânea, mas indicadas por um técnico, normalmente o médico ou o enfermeiro.

Face a esta situação, duas coisas distintas podem acontecer. O técnico de saúde, antes de enviar a pessoa (utente) à consulta de psicologia, conversa e discute essa possibilidade e, conseqüentemente, é à pessoa (utente) que cabe a escolha. O pedido é assim um duplo pedido: o do técnico de saúde porque entende que será positivo para o utente usufruir dos cuidados da psicologia e o do utente, porque integra o pedido como seu, faz-lhe sentido, compreende o seu significado. Deste modo é-lhe possível empenhar-se assumindo comprometer-se com o técnico num processo de relação de ajuda.

No entanto, a maior

parte das vezes o pedido é do técnico e não da pessoa (utente), que na maioria dos casos nem imagina porque vai ao psicólogo. Nestas situações, uma das condições necessárias e suficientes que deveria estar presente, e que depende “exclusivamente” do utente não existe – o sentimento de estar incongruente – logo, o utente não se considera ou não se sente cliente, isto é, precisando de ajuda, sentindo-se vulnerável, ou em sofrimento, e não entende o porquê da sua presença na consulta de psicologia. Nesta situação, o estabelecimento de uma relação de ajuda positiva e efectiva torna-se difícil, se não impossível.*

Este “utente à força”, não mostra motivação, interesse, para aceitar de imediato a ajuda do psicólogo, e como tal não existe da sua parte, à partida, uma atitude colaborativa que lhe permita envolver-se no processo de mudança. Como diz Rogers: “A ausência de motivação constitui um problema muito profundo... Há uma grande diferença entre trabalhar com um cliente conscientemente motivado... e trabalhar com uma pessoa que não tem tal motivação consciente...” (Rogers, 1967).

Estas situações exigem da parte do psicólogo a presença de um conjunto de atitudes relacionais que considero nodais para que na pessoa se ope-

re uma mudança que lhe possibilite uma tomada de consciência de si, do seu sofrimento, assumindo a necessidade e desejo de ser ajudada. Rogers ao referir-se às competências que o técnico de relação de ajuda necessita para que o processo seja estruturante no cliente faz sobressair como essenciais: a sua congruência, a compreensão empática e a aceitação incondicional do cliente. Só assim será possível estabelecer uma relação de ajuda efectiva, na qual psicólogo e cliente estabelecem um contrato de corresponsabilidade.

Este período de elaboração da necessidade da ajuda, que pode ser mais ou menos longo, foi chamado por vários autores, nomeadamente por Prouty, de Pré-Terapia. Para João Hipólito esta noção de pré-terapia “é um instrumento indispensável,... e uma forma específica de terapia aplicável em certas condições ou em certos clientes” (Hipólito, 1992).

A pré-terapia pode ser então definida como o processo que possibilita ao “potencial” cliente a elaboração do seu próprio pedido, que poderá ou não coincidir com o pedido inicial do técnico.

Como forma de ilustrar o que tenho vindo a expor, passo a apresentar o seguinte caso:

Uma jovem de 20 anos, a quem vou chamar Madalena, foi-me enviada pelo Médico de Família, que escreveu o seguinte: “jovem muito depri-

da, corre algum risco, necessita de apoio psicológico”.

No meu primeiro contacto com a jovem confirmei, quer pela comunicação verbal, quer pela sua postura corporal, que expressava indicadores de uma vivência depressiva. Apesar do seu estado de tristeza, a Madalena não sabia porque estava ali, só sabia que o Médico a mandara falar comigo, após lhe ter prescrito um anticoncepcional. Não tinha a noção de qual era o papel do psicólogo e em que a poderia ajudar. Contou-me que a sua fantasia era que eu a fosse questionar sobre a sua sexualidade.

Nas duas primeiras sessões tentei manifestar-lhe a minha disponibilidade para a ouvir criando um clima de aceitação e de compreensão empática, explicando à Madalena qual o papel do psicólogo, que a minha função não era colocar-lhe questões ou dar-lhe conselhos, mas estar com ela, acompanhando-a lado a lado, no seu caminhar. Durante estes dois encontros a Madalena manteve-se numa atitude de desconfiança, de “ver para querer”. A insegurança pessoal que sentia era também ali vivenciada, actualizada na relação, pois tudo era novo, desconhecido. Como gerir aquela situação, o que fazer, o que dizer? Como é que eu a iria receber na sua singularidade?

Para além de lhe explicar como é que eu a podia ajudar ia-lhe expressando o que eu compreendia que me comunicava verbal e não verbalmente e, também, a ressonância que fazia em mim o que a Madalena estava a sentir, no aqui e

* Cliente: termo utilizado por Carl Rogers para designar a pessoa que pede ajuda psicológica mas que não se nomeia doente

agora da relação: a atrapalhamento, a desconfiança, o receio, a tristeza e o sofrimento.

Na terceira sessão, começou por afirmar que achava que já tinha percebido alguns dos objectivos daquele tipo de ajuda e gostava de partilhar algumas coisas que a deixavam confusa e insegura.

Este foi um marco importante. De uma relação distante e formal, passamos para uma relação de afectividade, onde o clima de confiança vivenciado até ali lhe permitia começar a partilhar o que se passava no seu mundo interior, o que a inquietava e a fazia sofrer. A partir daqui foi possível estabelecer uma relação de ajuda positiva para a Madalena.

De acordo com Rogers para que se desenvolva um processo terapêutica e haja uma mudança é essencial a presença de seis condições que do seu ponto de vista são necessárias e suficientes: a primeira refere-se ao contacto psicológico (terapeuta/cliente); a segunda diz respeito à vivência de um estado de incongruência por parte do cliente; nas três seguintes ele nomeia a presença, no terapeuta, de um conjunto de atitudes relacionais, já atrás mencionadas; e por último é necessário que o terapeuta transmita ao cliente a sua compreensão sobre o que expressa quer emocional quer cognitivamente e que o cliente percepa-

ção o que lhe é dito.

Centrando-me especificamente nas duas primeiras condições acima enunciadas, considero que nos nossos primeiros encontros elas estavam presentes mas não completamente assumidas vivencialmente pela Madalena. Talvez pelo desconhecimento deste “quadro” clínico, do receio de se expor ou, eventualmente, de um certo estado de confusão interna resultante do seu sofrimento. Contudo, posso afirmar que apesar destas dificuldades iniciais o processo desenrolou-se tal como em outras situações psicoterapêuticas, nas quais existe à partida uma maior clarificação e motivação por parte do cliente.

Nos encontros seguintes falámos da sua relação com os pais e com a madrastra. De como se sentia triste por achar que os que a rodeavam não a valorizavam. De como se sentia sozinha por não ter com quem partilhar as suas emoções e sentimentos. Falámos também da relação afectiva com o seu namorado que mantém há aproximadamente um ano, e da ambivalência e insegurança que sentia sobre, se deveria começar ou não uma vida sexual activa.

A minha postura como técnica consistiu em manter uma atitude de aceitação incondicional dela como pessoa esforçando-me por compreendê-la empaticamente. O meu movimento ia no sentido de a acompanhar, respeitando o seu ritmo, na elaboração e estruturação das ideias, através de uma escuta centrada no seu quadro de referências.

No respeitante ao início da sua vida sexual, a Madale-

na, conseguiu por ela própria encontrar a solução que achou mais adequada, e começou a ter uma vida sexual activa, o que colocou novas questões importantes à jovem. Apesar dos seus 20 anos, a Madalena tinha poucos conhecimentos sobre sexualidade, quer do ciclo reprodutivo, quer dos métodos de contracepção.

Esta foi uma nova etapa para ambas (utente e psicóloga). Mantendo o quadro caloroso de respeito, houve sessões em que foi indispensável transmitir informações concretas a perguntas concretas.

No contexto de apoio psicológico ou de counselling é importante que o técnico esteja atento à descodificação do pedido da pessoa (cliente). Assim, se surge um pedido de informação é necessário dar uma resposta adequada e esclarecedora de modo que a ajuda seja efectiva. Para tal, o psicólogo deve estar munido de um conjunto de conhecimentos e de recursos que como técnico tem por obrigação de pôr ao serviço do utente. Sublinho, contudo, que de acordo com os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa o técnico continua a acompanhá-lo com um ouvir empático, isto é, centrando-se no seu quadro de referências internas (do utente), não deixando, contudo, de responder ao pedido concreto que lhe é formulado. Quer dizer que o técnico Centrado na Pessoa parte do princípio que não sabe qual é a melhor resposta para o outro, mas sabe e confia nas suas competên-

cias técnicas que lhe permitirão ajudar o outro a encontrar a solução mais adequada para si próprio como ser singular. Um dos aspectos importantes neste processo é o de conseguir de forma empática compreender precisamente o que o utente necessita ao pedir uma dada informação e, conseqüentemente, a resposta adequada é aquela que satisfaz o seu pedido exacto. Só chegando ao verdadeiro problema, se pode ajudar a elaborar e clarificar as necessidades que precisam de resposta.

Retomando o caso da cliente que referi considero que o percurso de procura destas respostas foi o que permitiu a evolução do estado depressivo, de uma baixa de auto-estima e de algum isolamento social para um melhor bem estar consigo própria, uma maior capacidade de auto-afirmação, de responsabilidade e consciencialização de si própria..

Pessoalmente, o facto de ter criado em mim as condições internas que me possibilitaram sentir-me congruente comigo própria e com a situação, permitiu-me sentir uma gratificação pessoal retemperadora do esforço despendido pela criação das condições do modelo da Abordagem Centrada na Pessoa, num meio que à partida está direccionado pelo paternalismo do modelo tradicional da medicina.

Este é o testemunho que decidi trazer-vos. Não é um estudo exploratório mas podem ser identificadas algumas ideias que conduzam a linhas de investigação sobre a aplicação

do modelo da Abordagem Centrada na Pessoa no contexto da Psicologia da Saúde. Creio que esse tipo de investigação reveste-se de uma fundamental importância para uma crescente credibilização do nosso modelo junto dos outros profissionais de saúde.

Bibliografia

- Hipólito, J. (1992). Psicoterapia Processo Autônomo ou de Ligação. In **Colectânea de textos**, IV Volume: pp. 75-87, Lisboa: Ed. Centro das Taipas.
- McIntyre, T. (1994). Psicologia da Saúde: Unidade ou Diversidade. **Psicologia da Saúde - Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras**. pp. 17-32, Braga: Ed. Teresa McIntyre (APPORT).
- Nunes, M.O. (1997). *Valores e Reorganização do Self – Estudo Exploratório Realizado numa Comunidade Terapêutica Carismática de Toxicodependentes*. Dissertação apresentada no Mestrado de Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.
- Rogers, C. (1985). **Tornar-se Pessoa**. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C., Wood, J. K., O'Hara, M. M., Fonseca, A. H. (1983). **Em Busca de Vida - da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa**. São Paulo: Summus Editorial.
- Teixeira, J. A. C. & Trindade, I. (1994). Psicologia da Saúde nos Cuidados Primários. **Análise Psicológica**, nº 2/3 (série XII), pp.345-348.
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (1997). Estágios de Psicologia no Sistema de Cuidados de Saúde Primários. **Análise Psicológica**.