

**ARTIGO**

**A Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades**

**Gestalt Therapy in the hospital context: understanding, attitude and possibilities**

**Adriana Ludmila Pereira Estevão**

**Teresinha de Mello da Silveira**

---

## RESUMO

A Gestalt-terapia é uma abordagem psicológica que sustenta a prática em diferentes campos de trabalho, indo ao encontro de demandas encontradas. No hospital, com a adoção do modelo biopsicossocial de saúde, o psicólogo compõe uma equipe multi ou interdisciplinar. O presente estudo tem o objetivo de elucidar a atuação de gestalt-terapeutas em hospitais, considerando a compreensão, a postura e as possibilidades terapêuticas de sua assistência a pessoas adoecidas. Para tal, buscamos referenciar autores da Psicologia Hospitalar que possuem uma linguagem afinada com a abordagem gestáltica. Considerando a potencialidade e as possibilidades do ser humano e da relação terapêutica, acreditamos na criação de sentidos no processo de saúde-doença, com a realização de escolhas mais saudáveis.

**Palavras-chave:** Psicologia Médica; Terapia Gestalt; Processo Saúde-Doença.

---

## ABSTRACT

Gestalt therapy is a psychological approach which lives up to the practice in different fields of work, meeting the existing demands. At the hospital, with the adoption of the biopsychosocial model of health, the psychologist is part of a multi or interdisciplinary team. The present study aims at elucidating the role of gestalt therapists in hospitals, taking into consideration the understanding, attitude and therapeutic possibilities of this assistance to sick people. To this end, we try to reference authors of Health Psychology, whose way of expressing themselves is in harmony with the gestalt approach. Taking into account the potential and possibilities of the human being and of the therapeutic relationship, we believe in creating meanings in the health-disease process, with the realization of more healthier choices.

**Keywords:** Medical Psychology; Gestalt Therapy; Health-Disease Process.

## Introdução

A Gestalt-Terapia é uma visão de mundo e uma abordagem psicológica que sustenta a prática de psicólogos nos diferentes campos de trabalho conquistados ao longo do tempo. Para além da clínica tradicional, os pressupostos da Gestalt-Terapia norteiam as atuações profissionais em diversas instituições, que têm em comum o cenário de relações humanas e a valorização da saúde mental das pessoas que ali se encontram. Sendo uma abordagem que privilegia as relações e as potencialidades humanas como importantes aspectos de saúde, a Gestalt-Terapia vem ao encontro das demandas encontradas, sendo uma rica possibilidade epistemológica capaz de sustentar a prática dos profissionais da área “psi” nos hospitais, que constitui o “objeto-cenário” deste estudo.

Atualmente, o hospital é um local de cuidados em saúde que recebe pessoas enfermas com o objetivo de proporcionar diagnóstico e tratamento. Foi assim constituído como a “casa do médico”, baseado no modelo biomédico, no pensamento cartesiano, na relação causa e efeito, no distanciamento do homem enquanto ser, no racionalismo, no mito do progresso, na objetividade e na neutralidade. Este modelo, se mostrando incompleto na compreensão dos problemas humanos, foi cedendo espaço para o modelo biopsicossocial, em que as concepções de saúde e doença se ampliam em suas dimensões social, humana, existencial, visando a essência totalizadora, o homem, o ser doente. (Chiattonne, 2000) Esta mudança de paradigmas contribuiu, pois, para a entrada de diversos profissionais da saúde na assistência hospitalar, inclusive a do psicólogo.

Ao fazer parte de uma equipe multi ou interdisciplinar (modelos de equipe prevalentes na prática atual), o psicólogo hospitalar vem ganhando espaço na assistência de pessoas adoecidas, de seus familiares e de membros da própria equipe. A esta tríade, pretende, entre outras coisas, clarificar o fenômeno adoecer, em tarefa contextualizada na rotina de trabalho das enfermarias, unidades de saúde e ambulatorios. (Chiattonne, 2000).

Com a expansão do entendimento sobre a saúde, que ocorreu na segunda metade do século XX, são divulgados também novos valores intrínsecos ao cuidar, como a valorização dos indivíduos para além da figura da doença ou do doente, e a responsabilização de cada um pelo seu estado de saúde. Países com boas estruturas e serviços em saúde, junto com longas perspectivas de vida, nos mostram que é mais interessante investir na prevenção e promoção da saúde. Para que isso ocorra, difunde-se a ideia de que as pessoas devem levar estilos de vida saudáveis para evitar as enfermidades. Ao paciente não é mais reservada somente a paciência e passividade, importando que ele participe para atingir qualidade de vida além de quantidade de vida. (Romano 1993 apud Romano 1999)

Outro valor promovido pelas instituições de saúde é a humanização do trabalho e da assistência, como forma alternativa das relações muitas vezes frias e hostis perpetuadas no hospital. Humanizar é ter uma atenção cuidadosa,

solidária com o outro na construção de um ambiente mais agradável para todos. Revitaliza preceitos éticos à medida que particulariza e atende as circunstâncias e necessidades individuais. (Romano, 1999)

Portanto, esses dois valores atuais na área da saúde – autonomia/responsabilidade e humanização – são perfeitamente identificáveis com a perspectiva gestáltica em suas influências filosóficas do existencialismo, que promove a “possibilidade humana da liberdade, da responsabilidade e da escolha, do homem com poder ante si e sua existência”, e do humanismo, numa “visão voltada para o belo e o positivo do ser humano, para o criativo que é transformador, e que gera novas possibilidades.” (Pinto, 2009, p. 19)

Podemos ainda acrescentar que a base fenomenológica da Gestalt-Terapia, ao focar nas formas e percepções surgidas no momento presente, auxilia na resposta a demandas que podem ser pontuais. Em encontros que podem ser curtos, poucos ou restritos entre terapeuta e pessoa adoecida no contexto hospitalar, o conteúdo que surge no momento específico do atendimento é o fenômeno sobre o qual nos debruçamos. Segundo Silveira (2010), ao dirigir-se ao *como* e ao *quê* da experiência presente, o olhar do gestalt-terapeuta viabiliza um novo significado a partir do sentido dado a cada acontecimento, possibilitando que o sujeito se dê conta não somente dos impasses, mas também possa descobrir saídas que lhe sejam mais construtivas e criativas.

Como gestalt-terapeutas, também partimos da concepção holística do homem, visto em sua totalidade, sem rótulos, sem reduções ou classificações, mas um ser em relação consigo mesmo e com o mundo, que traz em seu corpo sinais de sua história, em determinado tempo e sociedade. Considerando tudo que o compõe, de maneira absoluta e plena, estamos de acordo com a concepção ampliada de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que inclui a promoção do bem-estar físico, social e psicológico das populações, e com a noção de integralidade proposta pelo SUS, na qual o indivíduo não pode ser compreendido isoladamente. (Faria, 2014)

Dado esta ressonância de valores, o presente estudo visa descrever, em alguns aspectos, a prática psicológica nos hospitais, na linguagem da Gestalt-terapia. Por meio de uma revisão bibliográfica, buscamos articular e discorrer sobre o assunto na tentativa de elucidar nossa atuação – a do gestalt-terapeuta – em hospitais, sem nos adentrar em especificidades de determinado setor. Não temos, pois, a pretensão de esgotar o tema, mas apenas iniciá-lo, oferecendo outro “olhar” para colegas psicólogos (que trabalham com outras perspectivas teóricas) e não psicólogos, sobre a nossa compreensão, postura e possibilidades terapêuticas diante do ser doente, com o anseio de alcançar uma visão totalizadora do homem e aliviar seu sofrimento.

### **Considerações sobre a Psicologia Hospitalar e reflexões Gestálticas**

Em tempos da valorização da tecnologia, do trabalho excessivo, da intensa velocidade com que obtemos informações e levamos nossas vidas, uma

situação de doença vem lembrar de que temos um corpo, de que podemos morrer. Vem questionar as possibilidades habituais que nos são básicas (andar, movimentar, falar...), representando a quebra de certa previsibilidade que temos em relação ao amanhã.

Ao desdobrarmos algumas considerações feitas por Botega (2006), consideramos que a maneira como respondemos à doença (esta que, a princípio, nos “invade”) é influenciada por nossa história, personalidade, estado emocional, apoio recebido e aceito, pela capacidade e criatividade para lidar com frustrações, pelas vantagens e desvantagens advindas da posição de doente, pelo tempo de acometimento, e outros fatores.

Diante da interrupção da continuidade existencial provocada pela enfermidade, o que emerge para o ser doente é a figura de seu estado corporal. A atenção, os pensamentos e as emoções são voltados para o corpo, logo, para si. Esta situação-limite configura-se, pois, um momento favorável para entrarmos em contato com nosso íntimo, com nosso corpo, com nossos hábitos e vivências.

A doença pode ser considerada como um momento de deparo com questões existenciais, envolvendo a dor, a morte, o “não saber”. Segundo a compreensão de Chiattonne (2000), ao se reconhecer doente, o indivíduo passa a se debater entre sentimentos ambivalentes, entre seus valores e sua realidade atual. A ruptura em sua história, que representa um momento de crise, estimula as fantasias que impulsionam o comportamento da pessoa adoecida, e desperta sentimentos de medo frente à doença e ao risco de morte. Este estado pode ser agravado na hospitalização. O clima de estresse e de morte iminente, o distanciamento de figuras seguras e confiáveis, a relação ambígua com aparelhos ligados ao corpo, a perda da conexão com seu mundo habitual, a participação direta ou indireta no sofrimento alheio, são fatores que contribuem para o desconforto e o sofrimento de estar doente e internado. Somam-se a estas modificações ameaçadoras: as perguntas sem respostas (“por que isso aconteceu comigo?”, “quais minhas chances de sobreviver?”, “consegurei suportar?”), a frustração na realização de desejos e necessidades, o possível agravamento de conflitos pessoais ou interpessoais, o abalo da autoestima, a modificação da imagem corporal, etc.

Inseridos no hospital como psicólogos, trabalhamos em um meio que, implicitamente, busca devolver o sujeito para a sociedade para que ele dê continuidade à produção necessária numa lógica de mercado e consumo. Nossa inserção e interação em uma equipe interdisciplinar se traduzem em uma atuação permeada de múltiplas solicitações que inclui distúrbios de comportamentos, influência de fatores psicológicos sobre o funcionamento orgânico, reações de não-adesão ao tratamento, distúrbios de personalidade afetando as relações, manifestações depressivas e de ansiedade, casos de dor crônica ou aguda, distúrbios do sono, quadros de *delirium*, demência, disfunções sexuais, manifestações de efeitos colaterais de medicamentos, distúrbios psiquiátricos, estados terminais, casos de abuso sexual e maus tratos, entre outros. (Chiattonne, 2000)

Contudo, façamos um contraponto na consideração sobre o que entendemos por saúde em Gestalt-Terapia, que não se restringe à recuperação orgânica do

indivíduo, à devolução da pessoa adoecida para suas atividades usuais de trabalhar, estudar, alimentar, transitar...

A saúde aqui implica um reconhecimento da capacidade do indivíduo em manter-se em contato com seu contexto e poder efetuar escolhas espontâneas sobre a forma mais satisfatória de realizar trocas com seu mundo e atender às suas necessidades (em todos os níveis: fisiológico, emocional, social, espiritual...).

A saúde é entendida como processual, como movimento de vida, de crescimento sistêmico e integrado, que objetiva o equilíbrio orgânico na relação constante com o mundo. (Rodrigues, 2004) Ou seja, é a forma como organismo total tenta dar um sentido peculiar à sua existência nas trocas com o meio, a partir da consciência da maneira como se vivencia e reconhece sua singularidade traduzida nas questões pessoais e interpessoais. Ao contrário, o movimento patológico é visto como a impossibilidade de mudança e obediência irrestrita às normas, cristalização, estagnação em um determinado momento. (Fukumistu, Cavalcanti e Borges, 2009)

Romano (1999), com a contribuição de Vallejo (1979), considera a doença como um desequilíbrio corporal multicausal, que traz consigo um sentimento e um significado biográfico que influencia o seu próprio curso. A enfermidade tem, pois, um ciclo vital que se modifica, sendo introduzida em uma maneira de viver. Da mesma forma, a doença apresenta como princípio reflexo a desarmonização da pessoa, implicando em desequilíbrios que podem ser compreendidos, em uma visão holística, como “um abalo estrutural na condição de ser, chocando-se ao processo dinâmico de existir, rompendo as relações normais do indivíduo tanto consigo mesmo quanto com o mundo que o rodeia”. (Chiattonne, 2000, p. 151)

Partindo das definições acima, encaramos os sintomas como tentativas de adaptação/ajustamento do organismo, como respostas deste na busca por equilibrar-se entre demandas do meio e suas necessidades prioritárias. Nesta perspectiva, os sintomas são alarmes.

Inúmeras vezes nos deparamos com o adoecimento de pessoas que se dedicam exclusivamente ao trabalho, sem se permitirem parar ou ter momentos de lazer, ou pessoas que adiam uma decisão, que se torna inadiável diante da doença, ou pessoas que têm uma situação inacabada que se torna insuportável e precisa ser revista. Sem contar os ganhos que podem advir da posição de estar doente, como conquistar a atenção de familiares, afastar-se do trabalho, entre outras situações que envolvem o adoecimento.

A doença, dessa forma, pode ser encarada como um mecanismo de busca pelo saudável, no reestabelecimento de prioridades, do que é importante para aquela pessoa. Ela vem denunciar excessos, faltas, desconexões. Como afirmam Freitas, Stroeik e Botin (2010):

“o corpo doente não é apenas um organismo acometido por infecções ou patologias, mas é um corpo experienciado por um doente, dotado de uma função na relação desse sujeito com o mundo, mas que, apesar de estar doente, é também um corpo com história e com perspectivas. Isso é, um corpo que carrega sentidos subjetivos que tem relações íntimas com a própria história da pessoa, com seus

contextos de vida e com os recursos que dispõe para lidar com a doença.” (p. 114)

Esta separação de conceitos se torna, portanto, meramente didática para chegarmos a compreensão de que, em Gestalt-Terapia, saúde-doença são polaridades de um mesmo processo pluridimensional, dinâmico e contínuo. Nesta perspectiva podemos afirmar que estar saudável não significa não ter uma doença, tampouco estar doente significa ausência de saúde. (Freitas, Stroeik e Botin, 2010) Como exemplo, nos remetemos à história de um homem que, tendo o corpo paralisado por um acidente vascular cerebral (AVC), fez da sua lucidez preservada uma obra na qual pode relatar suas experiências e expressar seus sentimentos, dando origem ao livro e ao filme “O escafandro e a borboleta”.

Sendo assim, como gestalt-terapeutas, trabalhamos com o corpo vivido e nos interessamos pela forma singular *como* a pessoa se vê quando adoece e é hospitalizada, como se posiciona e se relaciona com ela mesma, com sua própria doença, com o médico, com seus familiares, enfim, com o que lhe cerca, uma vez que se encontra restrita a um contexto que ao valorizar a objetividade e a racionalidade, tende a “despersonalizar”.

Angerami-Camon (2004) nos fala sobre a despersonalização como um estigma do doente paciente, reduzido a ser portador de uma enfermidade, identificado por um número de leito e prontuário. Este tem seu espaço vital reduzido em hábitos e rotinas hospitalares, em sintomas e diagnósticos superespecializados, ficando à mercê de situações invasivas e abusivas, na medida em que não tem seus limites e desejos respeitados.

Concordamos com o mesmo autor, que afirma que a despersonalização pode comprometer o reequilíbrio orgânico, uma vez que a desqualificação existencial, do paciente enquanto pessoa, não favorece o processo de cura física e emocional. Lembramos aqui que a “cura emocional” é concebida em Gestalt-Terapia como retorno ao movimento saudável, às escolhas mais adequadas do indivíduo a cada momento, que irão interferir e se manifestar, inevitavelmente na saúde de seu corpo, veículo onde as emoções se dão.

Na mesma proporção do avanço tecnológico a que assistimos em termos de equipamentos e recursos hospitalares, numa ordem inversa e na mesma simetria, assistimos a adoção da “calosidade profissional”, numa total desumanização da prática da saúde. A “calosidade profissional” é um termo utilizado por Angerami-Camon (1998) para se referir à indiferença total, ao desprezo e ao impedimento de ser tocado diante da dor e do sofrimento do paciente. Normalmente estes profissionais lidam com a doença, seus sintomas e seu tratamento, ignorando os possíveis desatinos emocionais do paciente diante de um diagnóstico. Como exemplo do mesmo autor, um câncer no seio é informado a uma mulher de forma fria e distante, como se estivesse indicando uma nova tintura para a cor do cabelo. Ao negar a dor do outro, o profissional nega sua própria condição humana, deixando de confirmar seu semelhante em sua fragilidade.

É na lacuna aberta pela despersonalização e desumanização na assistência hospitalar que nos fazemos presença como psicólogos, beneficiando aos

pacientes e profissionais enquanto pessoas que somos, ao mesmo tempo únicos e parecidos em nossa condição humana e existencial. Dirigimo-nos a um ser doente, um ser dinâmico, dotado de corpo e alma (como unidade) que adoeceu, em determinado ambiente, num dado momento de sua vida. Pessoa esta que, segundo Rodrigues (2004), é maior do que a soma das partes vistas pelas diversas especializações encontradas no âmbito da saúde.

Angerami-Camon (1998) compara o profissional da saúde como um solista de uma orquestra, que tem seu próprio instrumento, ritmo e melodia que precisa se sobressair para mostrar seu esplendor. Ao mesmo tempo, seu timbre específico é atrelado ao todo do qual faz parte e, desta forma, precisa estar afinado à orquestra ou instituição de saúde. Com a contribuição de cada especialidade, uma vez que seria impossível lidar com todas as vertentes que transpassam a existência humana, o psicólogo compõe uma equipe multidisciplinar nos cuidados na saúde ampliada.

A Gestalt-Terapia é uma abordagem afinada com esta ideia, por valorizar a constituição e composição de diferentes saberes/elementos presentes no campo na construção de um entendimento mais abrangente, articulado e complexo sobre os fenômenos humanos e psicológicos.

Dentro desse contexto de múltiplos sons e abordagens, tomamos a vivência da hospitalização como única e imprevisível. Esta pode envolver uma situação de doença temporária, em que se abre uma possibilidade de uma nova reestruturação existencial junto ao restabelecimento orgânico, ou uma doença crônica, ao contrário, implicando uma total reestruturação vital traduzida em novas condições de existir. (Angerami-Camon, 2004). Como gestalt-terapeutas consideramos a enfermidade vivenciada pelo sujeito, suas manifestações e as limitações causadas por ela, o que irá contribuir na compreensão singular da experiência de hospitalização/doença.

De forma contextualizada, pretendemos criar um espaço *entre subjetividades* (pessoa do terapeuta e pessoa do doente), favorecendo a manifestação do ser doente, percebendo-o em sua individualidade, permitindo-o que expresse suas preocupações, suas sensações e sentimentos, suas inquietações, seus questionamentos práticos e/ou existenciais relacionados ao fenômeno de adoecimento. O fazemos a partir da nossa disponibilidade de “*estar com*” a pessoa adoecida e de cuidá-la, nos implicando nesta relação.

O cuidado do psicólogo hospitalar afinado com a perspectiva gestáltica baseia-se no que Angerami-Camon (1998) chama de “*empatia genuína*”, ou seja, uma profunda e ampla performance profissional em que há o resgate da condição humana em sua totalidade, com a consideração do outro doente como um fenômeno único. Desta forma, o psicólogo representa um catalisador capaz de desencadear uma modificação de atitude do paciente na medida em que, ao dar significado à sua condição humana, dá a possibilidade ao outro de ressignificar a doença e as suas implicações. Significar, em sua conotação mais ampla, é apreender o verdadeiro sentido do adoecer humano. (Chiattonne, 2000). Sentido este que, em Gestalt-Terapia, não se dá por si mesmo ou *a priori*, mas na relação do indivíduo com o mundo.



Este cuidado psicológico envolve as relações humanas (interações sociais afetivas) e o modo singular que o indivíduo experencia o seu adoecimento. Assim, o retorno ao saudável depende da abertura que se dá à novidade, à descoberta e redescoberta de significados intrínsecos ao adoecer, possibilitado pelas confirmações existenciais oferecidas pela presença do terapeuta. Esta presença também possibilita o engajamento do cliente em se responsabilizar pelo seu processo de saúde e de doença, além de dar suporte para os sintomas emergentes. (Fukumitsu, Cavalcanti e Borges, 2009)

Na prática, é comum vermos pessoas em lugar de submissão e passividade na relação com o médico, em que muitas vezes guardam para si dúvidas, questionamentos, medos e críticas que, se expressas, poderiam atender a importantes necessidades individuais. Uma das tarefas do psicólogo é promover a conscientização da pessoa adoecida quanto ao seu direito de saber sobre seu estado de saúde, proporcionando a ela que se aproprie do seu processo de saúde-doença, ao mesmo tempo em que é cuidada.

Este cuidado se baseia ainda na consideração do que a pessoa hospitalizada traz consigo suas marcas, experiências e vivências, que podem ser visíveis ou invisíveis. Segundo Rodrigues (2004), estas marcas ocorrem simultaneamente, uma vez que corpo e mente não se diferenciam na representação do “eu” que se manifesta em sua totalidade. A cada momento as informações necessárias para a pessoa entrar em contato com ela mesma estão ali, disponíveis, de maneira consciente, óbvia e passível de compreensão.

Para alcançar esta compreensão não utilizamos o modelo explicativo, reduzindo a expressão de um fenômeno ao discurso, ao comportamento ou ao corpo. Ofertamos condições para que a emoção, junto com outras forças (sinais) do campo vivencial, possam encontrar as melhores condições de descrição e de clareza, para que o indivíduo possa encontrar o sentido de sua mensagem existencial e a maneira mais satisfatória de atender suas necessidades presentes. Isto se dá em uma atitude descritiva voltada para o momento do encontro – o aqui-e-agora: o que sente, pensa, e precisa, explorando sua consciência sensorial no que é possível ver, ouvir, tocar, cheirar, experimentar. (Rodrigues, 2004) Através desta percepção que dá acesso ao mundo, o trabalho psicológico parte daquilo que emerge como necessidade mais importante e urgente para o ser doente, a cada encontro.

Com uma visão holística, o diagnóstico em Gestalt-Terapia é feito a partir da interação entre organismo e seu meio, considerando os aspectos institucionais e relacionais. Sendo assim, as trocas da pessoa adoecida com familiares, médicos, e outros profissionais da saúde, envolvem a situação terapêutica e também irão contribuir na compreensão diagnóstica.

Interessa-nos saber além da enfermidade que acomete a pessoa, mas *quem é* a pessoa portadora dessa enfermidade, como se relaciona no ambiente hospitalar, o que entende pelo seu estado de saúde, o que tem de criatividade e plasticidade para lidar com seu adoecimento, quais os suportes que possui (autossuporte, familiar, social, espiritual, religioso...). Podemos assim, no trabalho no hospital, nos familiarizar com a linguagem da Medicina acerca de

doenças, mas estamos sempre a descobrir formas diferentes de se vivenciar uma mesma doença.

A compreensão diagnóstica não é feita somente pelo terapeuta, este levanta hipóteses, mas se dá na relação terapêutica estabelecida, meio pelo qual os sintomas ganham significados pela pessoa adoecida. O psicólogo, com postura humanizada e comprometida, favorece que o outro possa se compreender. Compreensão esta que não se dá somente no âmbito do pensamento, mas no *todo* que é o indivíduo, abrindo novas possibilidades de experienciar a doença e a internação.

Conforme Chiattonne (2000), a tarefa do psicólogo inclui o reconhecimento do paciente enquanto pessoa (HP – história da pessoa), o reconhecimento do paciente enquanto doente (HPMA – história pregressa da moléstia atual) e a delimitação de suas reações e necessidades atuais.

A partir da compreensão da realidade, que é dinâmica, da pessoa adoecida, torna-se possível traçar focos de atuação direcionada em diferentes níveis: apoio, suporte, co-participação, esclarecimentos sobre a doença, validação, significação, clarificação, fortalecimento de vínculos pessoais e familiares. Este modo de compreensão também auxilia no fluxo das relações da maneira mais saudável possível, o que contribui para a adesão e participação da pessoa em seu processo de recuperação da saúde. (Chiattonne, 2000)

Para Romano (1999), o psicólogo também é porta-voz que intermedia as relações no ambiente hospitalar, contribuindo para a boa comunicação entre as partes e fazendo com que os desencontros de informações sejam minimizados. O bloqueio da comunicação costuma ser fonte de fantasias, insatisfação, cabendo ao psicólogo ser uma ferramenta de promover diálogos simples, potentes e eficazes.

Todas estas tarefas se dão no exercício diário das enfermarias, em que o psicólogo não aguarda o encaminhamento de pacientes internados, mas antes está disponível e presente, numa postura mais aberta e ativa. Segundo Chiattonne (2000), seu trabalho representa um elo de ligação entre a Medicina e os aspectos psicológicos do paciente, ao realizar interconsultas, reuniões interdisciplinares, discussões de casos clínicos, o que fortalece sua tarefa.

Em um *setting* terapêutico indefinido e impreciso, o atendimento acontece, na maioria das vezes, à beira do leito, passível de ser interrompido pelo pessoal de base do hospital. Além do mais, muitas vezes a pessoa assistida não tem claro o papel do psicólogo naquele momento, sendo necessário esclarecê-lo. É preciso adotar uma presença respeitosa, segundo a própria deliberação da pessoa adoecida, caso contrário nos tornamos mais um fator aversivo existente no hospital. (Angerami-Camon, 2004)

O mais importante nesta relação, sobretudo, é a presença aberta, admirada diante da singularidade, novidade e humanidade da pessoa atendida. Uma presença disponível, energética e de confiança, a fim de solidificar a relação terapêutica, que pode durar poucos encontros, às vezes podendo ser único. (Fukumitsu, Cavalcanti e Borges, 2009). É esta estima do psicólogo que pode vir a fortalecer a autoestima do ser doente, enquanto agente de sua saúde e protagonista da sua vida.

Sobre a postura do psicólogo hospitalar frente à pessoa adoecida, podemos também resgatar o conceito de “*klinus*”, palavra que vem do grego e deu origem ao conceito de clínica. Segundo Peixoto (2012) este se refere à dimensão clínica, antropológica e etiológica de se inclinar ao outro, no compartilhamento de afetos e experiências, na construção de uma história em comum, com as diferentes formas de viver, sentir e estar no mundo.

Durante a hospitalização o psicólogo se inclina ao seu cliente à beira do leito, sendo presença onde os acontecimentos se dão. Constitui, assim, um trabalho vivo e dinâmico, um encontro de diferenças e possibilidades que variam de acordo com a disponibilidade de ambas as partes. Ao contrário da segurança e conforto proporcionados ao psicólogo na clínica, a realização de atendimentos acontecem nas enfermarias, em pé, com privacidade questionável, o que exige do profissional certa flexibilidade e adequação de elementos de espaço e de tempo.

Segundo Chiattonne (2000), as enfermarias coletivas de um hospital tornam-se um novo espaço formado por trocas entre pacientes e familiares, proporcionando a ampliação do espaço da doença para atitudes novas de solidariedade e compreensão. Ao psicólogo cabe estimular estas relações, ampliando inclusive seu atendimento individual para atendimentos grupais, abrindo espaço para diferentes manifestações.

Chiattonne (2000) nos remete também ao fator “tempo” na delimitação da intervenção do psicólogo hospitalar, dada a rotatividade de leitos, a gravidade das doenças e a ação emergencial de tarefas. Para tal, a abordagem breve ou de emergência vem atender as necessidades mais urgentes de pacientes e familiares, a fim de proporcionar algum grau de alívio tão rapidamente quanto possível. O tempo de atendimento é definido pelas necessidades psicológicas aliadas à situação de doença e hospitalização.

Como gestalt-terapeutas acreditamos nas potencialidades do ser humano, como um ser em busca de integridade, flexibilidade e criatividade em direção ao crescimento. Propomo-nos a caminhar junto do ser doente no processo de autorregulação (movimento de busca pela saúde, através de trocas com o meio) e atualização de si e do seu potencial, possível pela situação-limite de hospitalização e doença. Por meio das descobertas, junto ao cliente adoecido, é possível enriquecer suas formas de contato, despojando-nos da onipotência da cura como conquista absoluta de bem-estar, reconhecendo seus limites e respeitando as escolhas feitas por ele.

Para Chiattonne (2000), a ética da dimensão humana é a essência da tarefa do psicólogo no contexto hospitalar. Muitas vezes, situações constrangedoras, ameaçadoras ou desumanas passam despercebidas por outros profissionais da saúde, sendo facilmente detectadas pelo psicólogo. A autora nos remete a responsabilidade de ser o principal elemento capaz de sensibilizar a equipe, a instituição, os pacientes e familiares, contribuindo para a transformação da experiência da doença e da internação em uma vivência menos sofrida e mais calorosa.

Para que essa sensibilização ocorra, torna-se imprescindível que o psicólogo também esteja aberto para se sensibilizar e rever suas próprias questões frente

à vida, à morte e às limitações. É preciso que esteja atento aos seus próprios sentimentos, ao que lhe toca humanamente no contato com o outro. Ao cuidar de si próprio e ao identificar o que é originalmente seu, o psicólogo se diferencia e se disponibiliza por inteiro diante do outro adoecido.

### **Considerações finais**

É fato que um hospital ou instituição de saúde tem sua prioridade em atender demandas médicas, que podem estar relacionadas com a preservação da vida. Contudo, é no dia-a-dia que se percebe a importância do trabalho em equipe, na qual a presença do psicólogo pode transformar ações corriqueiras em atitudes mais solidárias e humanas. Sua especificidade está na atenção particularizada, para aquilo que a tecnologia moderna e avançada, a pressa, o bombardeio de informações, a alta especialização, o individualismo, a tendência normativa, o imediatismo e a idealização não captam: o fluir existencial e o fluir clínico.

A prática da Psicologia Hospitalar se alimenta da prática clínica, mas não pode se reduzir a esta, correndo o risco de ser mais uma especialidade isolada em um ambulatório. Com uma visão holística do ser humano, é preciso articular nosso próprio saber com os outros saberes de colegas profissionais num objetivo maior que é a promoção da saúde. Mais do que a necessidade de multidisciplinaridade, é fundamental a interdisciplinaridade, onde os integrantes da equipe estejam harmonizados diante de uma proposta mais ampla de compreensão do ser doente e sua doença.

É por meio desta troca, da expressão livre e espontânea das pessoas cuidadas e cuidadoras e do contato com as mesmas é que se produzem novos sentidos em rotinas que envolvem as limitações e sofrimentos humanos. Entre visitas médicas, realização de exames, cuidados da enfermagem, rotinas impessoais pré-estabelecidas encontra-se o psicólogo disposto a oferecer suporte e acolhimento para pessoas em estados vulneráveis de saúde.

Partindo de uma clínica de potencialidades e possibilidades, o gestalt-terapeuta irá utilizar recursos – seus e do cliente – na direção da ampliação do espaço vital, da consciência sobre sua forma de ser e agir, utilizando a capacidade de perceber-se. Respeitando os limites individuais e institucionais, os recursos aqui podem ser os mais variados, desde a capacidade de nomear sensações e vivências (não se limitando ao “falar sobre”, mas falar *com* a doença), até a comunicação global estabelecida pelo olhar, por gestos ou toque.

Inclui também a possibilidade de realizar experimentos da ordem da simplicidade, na busca pelo contato com o que é particular e genuíno, considerando que a relação terapêutica, por si só, já é um experimento. Mínimas experiências mobilizadoras e pequenas intervenções (que podem ter grandes efeitos), qualidade de presença e bom uso do tempo que se tem, são requisitos para possibilitar um movimento ou um “olhar” novo.

Tornamo-nos, assim, testemunhas de um período crítico na vida das pessoas, em um acompanhamento que é vivo, que tem proximidade, no qual nos

dispomos a compartilhar o caminho do outro. O encontro se dá a partir da disponibilidade de ambos se desenvolverem juntos, *atravessando* o momento da doença e internação que envolve dor e sofrimento, ao invés de superá-los.

Esta é a contribuição que podemos oferecer, com sutileza, diante do fenômeno que é a vida ameaçada por uma doença. No entanto, adoecer não é um evento puro e estritamente sofrido e ruim, mas pode se transformar em um evento de redescobertas e novidades acerca de si mesmo. Atentos não só ao conteúdo e aos motivos que levam a uma internação, mas a forma como isso se dá, em que contexto, em que circunstâncias...

Uma enfermidade localizada no corpo, com todas as sensações desagradáveis de dor, com sentimentos de incerteza, medo e tristeza, pode ser um processo em busca de harmonização da pessoa, uma oportunidade para se olhar e se perceber. Consequentemente, uma oportunidade de realizar escolhas mais saudáveis, efetuando trocas mais plenas e satisfatórias com o meio, com seu trabalho, sua família, sua sociedade, enfim, consigo mesma.

Chamados a responder diferentes demandas no hospital, buscamos compreender os pedidos de forma mais ampla, uma vez que não podemos oferecer resultados prontos e seguros. Apostamos na potência do encontro, na esperança que não é passiva, na confiança na transformação de um processo dolorido em um processo criativo, e na capacidade e necessidade de crescermos e nos desenvolvermos.

Estamos diante de mais que um paciente, mas um agente de suas condições vitais, alguém que está trabalhando pela reconstrução de sua saúde e por sua realidade social, familiar e até mesmo econômica. Na condição de “ser-no-mundo”, o indivíduo constitui o mundo ao mesmo tempo em que este o constitui, é um ser em constante interação, o que lhe dá possibilidades.

Utilizando-se da sua sensibilidade de olhar, ouvir e usar a experiência para potencializar o encontro terapêutico, o gestalt-terapeuta no ambiente hospitalar vem autorizar o outro, em sua enfermidade e suas limitações. Vem propor possibilidades *apesar de*, fazendo o que é possível a cada momento e rejeitando a impotência do adoecer ou a onipotência de curar.

Em um trabalho técnico, artístico e ético, consideramos que o grande paradoxo e a grande beleza da Gestalt-Terapia no contexto hospitalar é o resgate do que as pessoas adoecidas possuem de saudável, é sustentar uma prática voltada para a saúde, num ambiente voltado, sobretudo, para a doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Breve Reflexão Sobre a Postura do Profissional da Saúde Diante da Doença e do Doente.** In: ANGERAMI-CAMON e col. *Urgências Psicológicas no Hospital.* São Paulo: Pioneira, 1998, p. 41-60.

\_\_\_\_\_. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

BOTEGA, N. J. **Reação à doença e à hospitalização**. In: BOTEGA, N. J. (Org.) *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006, p. 49-66.

CHIATTONE, H. B. C. A. **A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) *Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica*. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, p. 73-165.

FARIA, N. J. **Subjetividade e práticas psicológicas em saúde**. In: NUCCI, N. A. G.; FARIA, N. J. (org.) *Psicologia e Saúde – reflexes humanistas*. Campinas, SP: Editora Alinea, 2014, p. 57-71.

FREITAS, J. L.; STROIEK, N. N.; BOTIN, D. **Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão**. *Revista da Abordagem Gestáltica*. 16(2), 141-147, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672010000200003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672010000200003&script=sci_arttext) Acesso em: 18 fev. 2014.

FUKUMITSU, K.O.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M.S. **O cuidado na Saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v.9 n.1 Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a14.pdf> Acesso em: 18 fev. 2014.

PEIXOTO, P. T. C. **Heterogênese, saúde mental e transcomposições: Composições Coletivas de Vida**. Rio de Janeiro: Ed. Multifoco, 2012.

PINTO, E. B. **Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica: elementos para a prática clínica**. São Paulo: Summus, 2009.

RODRIGUES, H. E. **Introdução à Gestalt-Terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

ROMANO, B. W. **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SILVEIRA, T. M. **Psicologia Hospitalar: a visão de um gestalt-terapeuta**. In: LADVOCAT, C. (org.) **Psicologia: Campo de Atuação, Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Booklink, 2010, p. 393-398.

#### Endereço para correspondência:

Adriana Ludmila Pereira Estevão  
E-mail: [adriana.estevao@hotmail.com](mailto:adriana.estevao@hotmail.com)

Teresinha Mello da Silveira  
E-mail: [Teresinha\\_silveira@globo.com](mailto:Teresinha_silveira@globo.com)

Recebido em: 09/10/2014

Aprovado em: 24/11/2014

## NOTAS

Adriana Ludmila Pereira Estevão – Concluiu a Residência de Psicologia Hospitalar e da Saúde no HU/UFJF é Pós graduada em Psicologia Clínica pela Abordagem Gestáltica pelo Instituto de Pós Graduação Grupo Lusófona – IPGL.

Teresinha Mello da Silveira – Doutora e Mestre em Psicologia Clínica na área de Casal e Família -PUC/RJ. Coordenadora de Cursos de Formação na Abordagem Gestáltica desde 1980. Supervisora de atendimentos clínicos (individuais, grupais, de casal e de família) de alunos da Graduação, do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar. Preceptora e Professora de Teoria e Práticas de Grupo e de Psicologia do Idoso, do Curso de Especialização, Modelo Residência do Instituto de Psicologia/Hospital Universitário, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora da Psicologia no Ambulatório da Universidade Aberta Terceira Idade, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Gestalt-terapeuta com experiência em atendimento de adultos (individualmente ou em grupo), idosos, casais e família.