

FACULDADE JK / MICHELÂNGELO

UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS TRANSACIONAIS- BRASIL

UNAT-BRASIL

PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISE TRANSACIONAL

A ANÁLISE TRANSACIONAL COMO RECURSO PARA A
HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

A ANÁLISE TRANSACIONAL COMO RECURSO PARA
A HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

JACQUELINE SAYURI RAMOS

UBERLÂNDIA – MG

2016

JACQUELINE SAYURI RAMOS

A ANÁLISE TRANSACIONAL COMO RECURSO PARA A HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

Artigo de conclusão de curso apresentado à Faculdade JK / Michelângelo e à União Nacional de Analistas Transacionais-Brasil, como requisito parcial do curso de Pós-Graduação em Análise Transacional, para obtenção do título de Especialista em Análise Transacional.

Orientadora: Ede Lanir Ferreira Paiva

Uberlândia –MG

2016

A ANÁLISE TRANSACIONAL COMO RECURSO PARA A HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

TRANSACTIONAL ANALYSIS AS A RESOURCE FOR THE HUMANIZATION OF INTENSIVE CARE UNITS

Jacqueline Sayuri Ramos
UNAT-BRASIL – União Nacional de Analistas
Transacionais – Brasil
Faculdade JK / Michelângelo

Resumo

O sofrimento humano é um tema há séculos discutido, até mesmo porque ele faz parte da vida. Refletindo sobre esse tema, pensei que uma das situações que mais expõe as pessoas a vivenciarem um grande sofrimento é quando nos deparamos com um processo de hospitalização por qualquer comprometimento físico. O objetivo deste artigo foi investigar, através da literatura científica, a correlação entre *Delirium* e a privação de Carícias no ambiente hospitalar, mais especificadamente nas UTI's, já que este ambiente se configura como sendo disruptivo, invasivo e hostil para o paciente e seus familiares em todos os sentidos, gerando muitas reações emocionais, pensamentos e comportamentos desajustados. Através das análises teóricas realizadas, o que se pôde considerar é que em ambientes hospitalares o enfoque do tratamento não deveria ser apenas com relação ao uso das melhores medicações, aparelhos e intervenções cirúrgicas. Os profissionais da área da saúde precisam incluir o cuidado afetivo, garantindo ao doente o máximo de Carícias neste novo ambiente, uma vez que assim, a probabilidade dele apresentar *Delirium* ou qualquer condição que piore sua saúde em geral diminui. Além do mais, Carícias são a base para o equilíbrio mental e consequentemente físico.

Palavras-chave: humanização, Carícias, UTI, cuidado, *Delirium*, Desqualificação, Análise Transacional.

Abstract

The human suffering is a topic discussed for centuries, even because it is part of life. Reflecting on this topic, I thought that one of the situations that expose more people to experience a great suffering is when faced with a process of hospitalization for any physical impairment. The purpose of this article was to investigate, through the

scientific literature, the relationship between Delirium and the deprivation of Caress in the hospital environment, more specifically in UTI's, since this environment is configured as being disruptive, intrusive and hostile to the patient and their family members in every way, generating many emotional reactions, thoughts and inappropriate behaviors. Theoretical Analyses were made, including the concepts of Transactional Analysis, and what we have conclude is that in hospital environments the focus of treatment should be not only with respect to the use of the best medications, devices and surgical procedures. Healthcare professionals need to include emotional care, ensuring the patient caress in this new environment, since the probability of him presenting Delirium or any condition that worsens their overall health decreases. Besides, caresses are the basis for the mental and physical balance.

Keywords: humanization, Caress, the ICU, Transactional Analysis, Delirium, Disqualification.

Trabalhando na área da Psicologia Hospitalar venho observando o quanto a hospitalização é um acontecimento disruptivo para as pessoas, e aqui considero maléfico tanto para os pacientes quanto para os seus familiares. São vários os fatores que estão em risco, como a vida do enfermo e as questões financeiras, uma vez que ele pode ser o provedor da família. A rotina familiar é integralmente abalada, pois os membros da família passam a se deslocar diariamente para o Hospital a fim de acompanhar o familiar que está internado, e necessitam seguir todas as normas e horários daquela Instituição hospitalar.

No setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) percebo que estas questões são ainda mais exacerbadas, pensando nisso, despertei o interesse em estudar sobre como se dão as alterações de ordem psicoafetiva nestas Unidades, ou seja, de que maneira elas podem se manifestar, e como a Psicologia pode contribuir para minimizar este sofrimento para os pacientes.

As UTIs consistem em ambientes destinados a prestar assistência a pacientes graves, através de tratamentos de alta tecnologia e complexidade. Neste setor hospitalar se concentram recursos materiais e humanos especializados e preparados para lidar com situações críticas e emergenciais.

Quando um paciente é internado em uma UTI, toda a equipe volta sua atenção a ele, realizando o protocolo padrão de admissão, que envolve monitorizá-lo com os dispositivos cardíacos e respiratórios; introduzir catéteres e acessos para

infundir as medicações; posicionar o aparelho de aferir pressão, que de hora em hora pressionará seu braço; além de introduzir as sondas nasais para alimentação e tubos respiratórios quando necessário. Toda essa rotina presente num ambiente de UTI configura uma vivência invasiva, agressiva, perturbadora, tensa e traumatizante para o paciente, pois, durante este período ele não verá a luz do sol, apenas a luz artificial das lâmpadas que ficam acesas ininterruptamente; ele escutará os sons repetitivos dos aparelhos, sentirá dor toda vez que tiver que ser puncionado para realizar os exames de rotina – deixar que a equipe de enfermagem introduza uma agulha na veia para colher o sangue; muitas vezes, terá que se submeter a banhos no leito e uso de fraldas; já que sua mobilização ficará restrita com todos os dispositivos e devido ao próprio comprometimento físico; ele comerá uma alimentação que pode não ser agradável a seu habitual paladar e ficará longe de seus familiares.

E o que acontece com a pessoa que se encontra num ambiente invasivo, rodeado por pessoas desconhecidas e submetido a todo tipo de procedimento diariamente? No qual o contato com as pessoas que mais ama é restrito a uma hora por dia, por exemplo? Onde sua privacidade é invadida e sua independência aniquilada?

Mudanças no comportamento dos pacientes começam a aparecer, eles podem ficar mais distraídos e alheios a tudo que está acontecendo a sua volta. Ou então podem ficar mais agressivos e resistentes ao tratamento proposto. Essas alterações percebidas nos pacientes são preocupantes e levaram os médicos a estudarem do que se tratam; quais são suas consequências e como tratá-las. Hoje existem vários artigos científicos que abordam esse tema, que foi denominado de *Delirium* – disfunção cerebral aguda.

A proposta deste artigo é verificar se existe uma relação entre *Delirium* e a privação de Carícias em pacientes internados em UTI Adulta Geral. Berne (1961) foi quem criou o conceito de Carícias, considerando-as como as unidades do Reconhecimento Humano.

O adoecimento e o processo de hospitalização

A hospitalização é um processo que auxilia no restabelecimento da saúde física, porém, também pode gerar transtornos psicológicos, existenciais, econômicos e sociais para o indivíduo. Isso porque ele precisa passar um período que pode ser curto ou longo dentro de um leito de hospital para se recuperar minimamente, e até que isso aconteça várias preocupações vão atormentá-lo, seja o medo de morrer; de perder o emprego; de ser um peso para a família; de não cumprir os compromissos sociais; e outros.

Conhecer todos os aspectos deste processo contribui para que a assistência ao paciente seja humanizada, já que assim, a equipe poderá garantir que as necessidades particulares do mesmo sejam atendidas ao máximo possível. Durante a internação, é importante conhecer a história do paciente, que vai desde os membros da família, seu trabalho, seus *hobbies*, suas limitações, até seu funcionamento psíquico. Se a equipe focar apenas nos aspectos físicos, perderá a essência do cuidado humanizado e atribuirá como causa de todo sintoma do paciente os fatores médico-biológicos.

Os aspectos emocionais que podem ser desencadeados por uma hospitalização em UTI incluem: terror, insegurança, ansiedade, raiva, solidão, tristeza e medo de morrer. Com isso, surge uma preocupação, que é a de estudar e implementar o conceito de Humanização no âmbito hospitalar.

Humanizar significa reconhecer as pessoas, que buscam nos serviços de saúde, como sujeitos de direitos. Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia. Qualquer pessoa, independente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as consequências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua saúde, ou seja, poder agir enquanto uma pessoa autônoma (FORTES; MARTINS, p. 31, 2000).

Esta passagem pontua a importância de se olhar para cada indivíduo e percebê-lo como único em sua essência, compreender seu sintoma dentro de sua

individualidade. Pois se consideramos que a tristeza é uma emoção inata do Ser Humano, por exemplo, não significa que todos nós sentiremos tristeza pelo mesmo motivo, na mesma intensidade e no mesmo período de vida. É necessário entender o contexto de cada um, e significar cada emoção de maneira particular, e o mais importante, precisamos ter atenção para não Desqualificar nenhuma emoção ou queixa de um paciente, pois se algo não é importante para mim não significa que não seja importante para o outro.

Segundo Schiff:

Desqualificação é a manifestação funcional de uma contaminação ou de uma exclusão. A pessoa, que Desqualifica, acredita, ou age como se acreditasse que seus sentimentos a respeito de outra pessoa que disse, fez ou sentiu são mais importantes do que aquilo que o outro realmente disse, fez ou sentiu. Ele não usa informação relevante para a situação (SCHIFF, p. 31-32, 1971).

Infelizmente nas relações entre as pessoas observamos muito esse fenômeno da Desqualificação acontecer, e quando se trata de emoções isso fica ainda mais evidente. No sentido de que vivemos em uma sociedade em que sentir e expressar Emoções nem sempre é visto como algo positivo, por exemplo, quem nunca ouviu alguém dizer que homem não chora; que é feio sentir raiva; que quem ri demais depois chora, entre outros. No contexto hospitalar isso também acontece, pois qualquer manifestação de choro, ansiedade, irritação e tristeza por parte do paciente, a equipe tende a Desqualificar a emoção expressa pelo mesmo, muitas das vezes, interpretando a situação como fingimento e exagero. Com isso, aquele sofrimento manifesto é Desqualificado e não atendido adequadamente.

Pensando ainda em Humanização, Vila e Rossi (2002) relatam que o que acontece na prática hospitalar nem sempre condiz com os preceitos de tal conceito, pois a rotina diária e complexa de uma UTI pode fazer com que os membros da equipe se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente. Muitas vezes o que se observa é um despreparo da equipe em lidar com questões que estão além da queixa física e do tratamento da patologia, ou então pela própria rotina de trabalho intensiva deste ambiente, que impossibilita tempo para o cuidado biopsicossocial. E como agravante da situação, a família e os amigos, que são aquelas pessoas que mais têm vínculo afetivo com o paciente, não podem visitá-lo

por muito tempo, sendo disponibilizada uma média de uma a duas horas de visita por dia. Nas demais vinte e três ou vinte e duas horas o paciente fica imerso neste ambiente considerado hostil, frio e sem nenhuma distração.

O alerta perpassa pela ideia de que o trabalho deve ser pautado no cuidado humanizado, e isso inclui um olhar atento para as necessidades individuais de cada paciente. Tratá-lo sempre pelo nome, olhar nos seus olhos quando estiver conversando; avisar quando for realizar qualquer procedimento, explicando-lhe sobre o mesmo; ouvir suas queixas; respeitar seus horários de sono e propiciar seu contato com familiares, para que esses possam dar amor e atenção ao paciente no momento em que ele mais precisa, essas são maneiras de oferecer um cuidado mais integral. Ferrari (2013) enriquece essa discussão quando traz em seu texto uma passagem sobre como a Análise Transacional pode ser eficaz na busca por um atendimento humanizado, ela pontua:

A Análise Transacional parece ter muito a contribuir neste contexto uma vez que sua teoria e técnica podem e devem ser apresentadas à equipe de saúde como forma de integrar e desenvolver nesta equipe uma percepção mais humanizada e acolhedora (FERRARI, p. 96, 2013)

O fenômeno do *Delirium*

Uma das alterações psiconeurológicas mais comuns dentro de um ambiente de UTI é o *Delirium*, que pode ser definido como:

Disfunção cerebral aguda caracterizada por alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de comprometimento cognitivo, que afeta, com frequência, doentes internados em unidades de cuidados intensivos (FARIA; MORENO, p. 137, 2013).

Segundo os mesmos autores, os critérios diagnósticos para *Delirium* são:

Perturbação da consciência (por exemplo, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com redução da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a

atenção; alteração na cognição (tal como déficit de memória, desorientação e perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de perturbação da percepção, que não é mais bem explicada por demência preexistente, estabelecida ou em evolução; a perturbação desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo (habitualmente de horas a dias) e com tendência a flutuações no decorrer do dia; existe evidência, a partir de história, exames físicos ou achados laboratoriais, de que a perturbação é devida a causas fisiológicas diretas de uma condição médica geral (FARIA; MORENO, p. 137, 2013).

Este estado confusional agudo apresenta incidência que varia de 5 a 92%, de acordo com a população analisada, e está relacionado à alta mortalidade, a maior tempo de internação em UTI e maior tempo de ventilação mecânica, além de déficit funcional e cognitivo em longo prazo (CARVALHO; ALMEIDA; GUSMÃO-FLORES, 2013).

Pessoa e Nácúl discorreram sobre as causas do *Delirium*, e consideraram as seguintes proposições:

Condições que contribuam para a confusão mental devem ser tratadas. Dentre estas, destacam-se a insuficiência cardíaca, hipóxia, hipercapnia, alterações tireoidianas, anemia, desordens nutricionais, infecções, insuficiência renal, insuficiência hepática e condições psiquiátricas, como a depressão. A correção destas anormalidades geralmente melhora o funcionamento cerebral (PESSOA; NÁCUL, p. 5, 2006).

Pelo que se pode observar, a visão médica limita e foca como os principais fatores precipitantes do *Delirium* alterações fisiopatológicas, ou seja, uma pessoa que se encontra num ambiente hospitalar pode apresentar um quadro confusional agudo se estiver comprometido por alguma infecção, disfunção de algum órgão ou distúrbios eletrolíticos – de sódio, ureia, creatina, por exemplo. Tal visão também considera como fator precipitante a idade e o ambiente hostil de um hospital, mas às vezes, não valoriza o aspecto psíquico do fenômeno, que inclui a privação de trocas afetivas, de contato humano pele a pele – toque, como conceitua a Teoria da

Análise Transacional (AT), a falta de Carícias. Até mesmo porque, um dos principais preceitos médicos é restringir ao máximo o número de visitas nos leitos de UTI para prevenir a incidência e a proliferação de infecção por vírus e bactérias, sendo assim, o estímulo ao contato humano e a liberação dos familiares aos leitos dos pacientes, é bastante restrita, como já mencionado anteriormente.

O grande idealizador da AT foi Berne (1961), um psiquiatra canadense que estudou a fundo todos os meios pelos quais os seres humanos se relacionam entre si, assim como os elementos que envolvem uma Transação e suas consequências para os indivíduos; e como já citado, Carícias foi um destes conceitos.

Transação, segundo Berne é:

Transação é a unidade da ação social, de maneira que envolve um estímulo e uma resposta a este estímulo, sejam eles verbal ou não verbal. Além disso, é chamada de Transação porque cada uma das partes envolvidas ganha algo com isso, por isso as pessoas se engajam, afim de obterem Carícias (BERNE, p. 27, 1988).

Carícias

Segundo Berne (1961) Carícias são estímulos que podem ser tanto agradáveis quanto desagradáveis, têm caráter intencional, pois parte de uma pessoa para outra ocasionando o reconhecimento da existência desse outro. Neste sentido, as Carícias não podem ser consideradas um simples estímulo ocasional, por exemplo, o barulho de um som de buzina. Sem estímulos o ser humano não sobrevive, ou ele morre literalmente ou adocece ou enlouquece. Um bebê necessita crescer num ambiente acolhedor, aconchegante e com contato físico protetor para se sentir seguro e, assim, desenvolver as outras faculdades do desenvolvimento – como é a cognição. Às vezes é melhor a pessoa viver no maltrato, recebendo apenas Carícias negativas, do que viver sem nada, que seria a Desqualificação.

Pensando nisso, podemos perceber que a UTI é um ambiente que promove diversas estimulações nos órgãos dos sentidos dos pacientes, porém, nenhuma de forma qualitativa, que supra a necessidade humana de Carícias. Pois como já mencionado neste texto, tal ambiente é repleto de sons de aparelhos, toques

invasivos e pessoas correndo de um lado para o outro, mas isso não substitui o calor humano; o afeto; a troca de Carícias. Berne diz que "o ser humano que não é acariciado com palavras de alegria ou mãos carinhosas se murchará e morrerá por dentro" (BERNE, p. 154, 1976).

Os estudos de Spitz, Harlow e Levine serviram de embasamento teórico para o desenvolvimento da Teoria de Carícias. Harlow (1962) realizou pesquisas com filhotes de macacos, com o objetivo de verificar a importância da relação mãe e filho na primeira infância. A pesquisa consistia em colocar filhotes de macacos em gaiolas que continham uma mãe feita com material de arame e uma mãe feita de material felpudo. Os filhotes que foram separados da mãe entre 6 e 12 horas após o nascimento e colocados nestas gaiolas, apresentaram, em situações indutoras de medo, um comportamento de segurança e proteção junto à mãe de pano. Os experimentos também demonstraram que filhotes criados sem a mãe, por volta dos primeiros dois meses de vida apresentaram comportamento de andarem sempre agrupados, um em contato físico com o outro. E após um ano, eles desenvolveram comportamentos esperados para sua idade. Durante os experimentos, aqueles filhotes que foram separados da mãe horas após o nascimento e criados em gaiolas de arame, com isolamento total, apresentaram os seguintes comportamentos (observação até de 5 a 8 anos de idade): permaneciam imóveis, sentados, com olhar fixo para frente; ficavam andando em círculos, de forma estereotipada; apresentaram auto- agressividade; conduta sexual inadequada, sem acasalamento; e aquelas fêmeas que engravidavam, não assumiam papel materno.

As pesquisas de Levine (1960) foram voltadas para o estudo dos efeitos sobre o adulto, das experiências estressantes ocorridas na infância e provocadas pelas pressões variáveis e súbitos desafios de um ambiente não constante. Ele utilizou ratos em seus experimentos, compondo três grupos. No primeiro grupo, os ratos viviam totalmente isolados e sem nenhum tipo de manipulação, eram apenas alimentados; no segundo grupo, os ratos recebiam choque quando alimentados; e no terceiro grupo, os ratos eram acariciados quando alimentados. O que foi possível verificar é que os integrantes do grupo sem manipulação são os que apresentam desvios de conduta e comprometimento fisiológico. Os animais manipulados se adaptam melhor em novos ambientes, desenvolvendo-se mais rápidos. Isso significa

que tanto os estímulos de carinho quanto de choques foram benéficos para os animais.

Spitz (1983) estudou as relações objetais, ou seja, o modo de relação do indivíduo com seu mundo. A interação constante entre dois parceiros diferentes cria um campo de forças que está constantemente em mudanças. O estudo de Spitz baseou-se em observação de crianças em ambientes de creches e abrigos, com uma vivência em comum; afastamento materno nos primeiros meses de vida. Observou-se que quando esta privação afetiva é parcial há a instalação de uma depressão anaclítica – depressão infantil precoce, e quando a privação é total, observa-se o fenômeno do hospitalismo – conjunto de perturbações físicas e psíquicas.

A relação entre *Delirium* e a privação de Carícias

Todos estes estudos confirmam a seguinte postulação de Berne:

O contato físico é necessário para produzir crianças saudáveis, vigorosas e vivazes, e o contato social é necessário na velhice para sustentar estas qualidades. A infecção e a má nutrição são grandes matadores do mundo, e o contato físico ajuda a evitar e vencer a ambas se houver qualquer escolha no assunto. O toque amigável de uma mão humana pode espalhar sua influência benéfica a todas as partes do corpo e despertar o desejo de lutar, comer e viver (BERNE, p. 157, 1976).

Muitos pacientes que são internados em UTI chegam a esta Unidade em estado crítico, e às vezes, além do grave adoecimento físico, já carregam uma história de pobreza e escassez de Carícias; não apresentam boa consciência de suas emoções e necessidades; não sabem ser assertivos e pedirem quando precisam de ajuda e de carinho; não sabem dizer não e assim por diante. Nesses casos o impacto do fator emocional pode ficar ainda mais evidente durante a internação, inclusive a questão do relacionamento com os familiares. Este é mais um motivo para que o incentivo às trocas afetivas e à presença da família sejam sempre garantidas. Não basta suprir ao paciente suas necessidades de alimento,

medicação, higiene pessoal, sono e mobilidade, deve se certificar também a existência de um contexto onde o paciente receba Carícias, de maneira a respeitar a singularidade de cada um.

Na maioria dos casos de pacientes que permanecem na UTI por médio ou longo prazo, o que se observa são alterações importantes do humor basal – usual padrão emocional – e alterações comportamentais. No início, é como se eles reagissem agressivamente a esse meio hostil e escasso em Carícias, como forma de sobrevivência; eles lutam pela vida. Sendo que, esta etapa se correlacionaria com o período de agitação psicomotora do *Delirium*.

Porém, com o passar dos dias, o brilho interno vai se apagando e esses pacientes vão entrando em um estado de apatia geral, simplesmente se anulam e se fecham para os contatos. É como o que aconteceu com as crianças, com os macacos e os ratos dos estudos citados anteriormente. As privações sensorial e emocional levaram a prejuízos orgânicos que ameaçavam a sobrevivência do ser, e esse mesmo fenômeno nós conseguimos visualizar em pacientes hospitalizados por médio ou longo prazo, pois num primeiro momento eles entram em *Delirium* e depois vão para um curso de caída até a morte. O corpo físico acompanha a degeneração psíquica.

Ter conhecimento destes dados nos faz refletir sobre o quão importante é repensar o manejo e o cuidado com estas pessoas que estão hospitalizadas. É fato que o sofrimento faz parte da existência humana, mas presenciar um indivíduo se definir e entrar em um desespero existencial sem ao menos esgotar todos os recursos para minimizar tal angústia, é deprimente.

É importante reforçar a questão de que nunca devemos separar mente e corpo quando vamos tratar uma pessoa. Saber reconhecer quais são suas necessidades sejam elas quais forem, é vital.

Talvez a maior dificuldade em discorrer sobre este tema dentro de uma Instituição hospitalar seja porque o foco sempre está na doença e em sua cura. Os profissionais da saúde que atendem em Serviços Terciários tendem a privilegiar os aspectos físicos, que vão desde as anomalias das partes do corpo (incluindo os órgãos internos) até as respostas medicamentosas – até mesmo porque aqui eles tratam de pacientes que já estão com a patologia instaurada –; mas o olhar pouco se direciona para a prevenção.

Considerações finais

O que se pode considerar de tudo que foi discorrido anteriormente é que existe uma relação direta entre *Delirium* e a privação de Carícias em pacientes internados em UTI Adulta Geral. Portanto, seria necessário incluir nos critérios de tratamento para qualquer paciente, o cuidado em prover as necessidades afetivas do indivíduo, cuidar para que ele continue a receber a atenção e o amor que ele recebia de seus familiares e amigos antes de adoecer e internar. Porque, como foi visto nos estudos, a falta de Reconhecimento leva o ser humano a um estado de apatia e prostração, ou no extremo oposto, de agitação psicomotora e confusão, como mecanismo de fuga do contexto hostil – fenômeno este denominado de *Delirium*. Além disso, ficou comprovado pelos estudos referenciados que a taxa de mortalidade dos pacientes aumenta consideravelmente quando eles entram em *Delirium*, já que a resposta ao tratamento médico reduz.

Este artigo é um alerta para todos os profissionais da área da saúde, uma reflexão sobre como devemos direcionar nosso olhar sobre o paciente. Sempre que formos cuidar de alguém devemos considerar a sua história e suas particularidades, pois é nesta essência que vamos descobrir a origem da doença e dos sintomas, e assim ter o conhecimento de como melhor manejar o tratamento. Além disso, ter em mente que proporcionar amor ao paciente, como forma de tratamento, também é curativo.

Desde a Antiguidade se discute sobre sofrimento humano, e mesmo assim temos muita dificuldade em lidar com a questão. As pessoas ainda precisam evoluir muito no seu autoconhecimento, saber reconhecer mais suas Emoções e expressá-las adequadamente, assim como saber respeitar e cuidar da Emoção do outro. E neste sentido, acredito que nós profissionais da área da Psicologia precisamos difundir cada vez mais esses conhecimentos nas Instituições sociais, empresas, hospitais, escolas e outros. A falta de informação nos torna pessoas descuidadas com o outro, e no caso de ambientes hospitalares, como foi falado durante todo esse artigo, isso leva a um atendimento desumanizado e com resultados ruins, ou seja, com altos índices de mortalidade.

Referências

- BERNE, E. **Transactional Analysis in Psychotherapy**. New York: Grove Press, 1961.
- BERNE, E. **O que você diz depois de dizer olá**. São Paulo: Nobel, 1988.
- BERNE, E. **Sexo e Amor**. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora S/A, 1976.
- CARVALHO, J. P. L. M.; ALMEIDA, A. R. P. de; GUSMÃO-FLORES, D. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 148-154, jun. 2013.
- FARIA, R. S. B.; MORENO, R. P. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.137-147, jun. 2013.
- FERRARI, M. D. Proposta de atendimento humanizado à gestante com enfoque em Análise Transacional. **Revista Brasileira de Análise Transacional**, Porto Alegre, ano XXII, p. 92-105, agosto, 2013.
- FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. spe, p. 31-33, dez. 2000.
- HARLOW, H. F. Social Deprivation in Monkeys. **Scientific American**, nov. 1962.
- LEVINE, S. Stimulation in Infancy. **Scientific American**, mai. 1960.
- PESSOA, R. F.; NACUL, F. E. Delirium em pacientes críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 190-195, jun, 2006.
- SCHIFF, A. W.; SCHIFF, J. L. **Passividade**. TAJ – v. 1, Janeiro 1971. Publicado em: Prêmios de Eric Berne, UNAT –BRASIL, 2005.

SCHIFF, J. **Leituras do Cathexis; Tratamento de Psicoses**. UNAT-BRASIL – circulação restrita, 1986.

SPITZ, R. A. A. **O Primeiro Ano de Vida**. 3ª ed. bras., 1983.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "Muito falado e pouco vivido". **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 10 (2): 137 – 144, mar.-abr., 2002.