

FACULDADE JUSCELINO KUBITSCHEK DE TECNOLOGIA
&
UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS TRANSACIONAIS-BRASIL
UNAT-BRASIL

PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISE TRANSACIONAL

APLICAÇÃO DA ANÁLISE TRANSACIONAL NO CURSO
DE CUIDADORES

CHRISTINE TORRES FRANÇA DA SILVA MESQUITA

Rio de Janeiro

2013

CHRISTINE TORRES FRANÇA DA SILVA MESQUITA

APLICAÇÃO DA ANÁLISE TRANSACIONAL NO CURSO
DE CUIDADORES

Artigo de conclusão do curso apresentado à Faculdade
Juscelino Kubistchek de Tecnologia 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

Orientador: Prof^a ADRIANA MONTHEIRO

Rio de Janeiro

2013

CHRISTINE TORRES FRANÇA DA SILVA MESQUITA

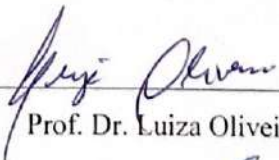
APLICAÇÃO DA ANÁLISE TRANSACIONAL NO CURSO DE CUIDADORES


Artigo de conclusão do curso apresentado à Faculdade Juscelino Kubitschek de Tecnologia 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


Orientador: Prof. Adriana Montheiro

Aprovado em 25 de Janeiro de 2013

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Luiza Oliveira


Prof. Mestre Luiz Paiva Ferrari


Prof. Mestre Maria Adriana Melo Monteiro

RESUMO

Com o aumento da procura de cuidadores do neonatal ao idoso dentro das casas de família, temos visto a necessidade de cursos de preparação de cuidadores em diversas áreas, como a da psicologia. É nosso intuito com este artigo propor a reflexão sobre a importância da psicologia nas relações do cuidador-paciente, cuidador-família, cuidador equipe multidisciplinar, fazendo uma correlação com a teoria da Análise Transacional que, com sua linguagem fácil e acessível, pode ser muito eficaz nesse processo, trazendo conceitos potentes que facilitam a comunicação entre essas relações e podem dar suporte ao cuidador nas questões emocionais que poderão surgir. Ao final, observamos que a auto-observação é fundamental para um cuidador OK, ao estar atento para evitar a entrada no seu Miniscript e em jogos psicológicos. Também é fundamental um contrato bem feito e claro entre as partes que assegure os limites de ação para o cuidador, evitando assim, desentendimentos futuros.

PALAVRAS CHAVE: Análise Transacional, Cuidador, Psicologia, Relacionamento cuidador-paciente.

ABSTRACT

The increasing demand for caregivers to look after new born babies or the elderly in households called our attention to need for training courses addressed to caregivers in different areas, such as psychology. It is our intention with this article to propose a reflection on the importance of psychology in the relationships caregiver-patient, caregiver-family, caregiver-multidisciplinary team, making a correlation with the theory of Transactional Analysis which, with its easy and accesible language, can be very effective in this process, bringing to light powerful concepts that can facilitate communication among these players and support the caregiver in relation to any emotional issues which may arise. At the end, we found that self-observation is essential to an OK caregiver in order to be on the watch for preventing to step into his Miniscript and psychological games. It is also fundamental a clear and properly set contract between the parties that establishes limits for the caregiver, thus avoiding future misunderstandings.

INTRODUÇÃO

Com esse trabalho queremos trazer a importância da psicologia e da Análise Transacional no auxílio ao cuidador, proporcionando-lhe um conhecimento para lidar com seu paciente, família do paciente, equipe multidisciplinar e com seu próprio cuidado. É fruto de nossa experiência e de nossa reflexão profissional, frente ao curso para preparação de Cuidadores, realizado em Furnas Centrais elétricas S/A no período de 31 de agosto a 29 de novembro de 2012, em que foram abordados alguns conceitos da Análise Transacional-AT. O artigo traz uma proposta para inserir mais conceitos de AT em futuros cursos de cuidadores, por notar a eficácia da teoria durante o processo de sua preparação.

Nos últimos anos, devido a vários fatores como o avanço da escolaridade, do sistema de saúde e das redes de saneamento básico, a expectativa de vida do brasileiro aumentou. E com o aumento da população idosa ocorre, ao mesmo tempo, o aumento das doenças crônicas degenerativas como Mal de Alzheimer, Mal de Parkinson, entre outras. Além disso, com o aumento da violência nas ruas, a falta de tempo dos familiares ativos que, muitas vezes, são responsáveis pelo sustento da família, a profissionalização da mulher, antes dona de casa, tornou-se necessário a contratação de um cuidador dentro dos lares.

O cuidador vai atender demandas do neonatal ao idoso, de pessoas acamadas ou com limitações físicas ou cognitivas, que necessitem de cuidados especiais. A vantagem desta situação é diminuir, frequentemente, a necessidade e o tempo de internação hospitalar e suas consequências, como por exemplo, a infecção hospitalar, causa de muitos óbitos, hoje em dia.

Muitas vezes, alguns membros da própria família ocupam o papel de cuidador, sem nenhuma orientação ou experiência, além de um envolvimento emocional muito grande. A contratação de um profissional treinado minimiza questões decorrentes desse envolvimento. O cuidador contratado normalmente é a pessoa que passa mais tempo com o paciente, além de ser o elo do paciente com a família e a equipe multidisciplinar que o acompanha, ajudando a minimizar ou mesmo eliminar esses sentimentos desagradáveis, tranquilizando os familiares, para que não se sintam incapazes em funções para as quais não estão qualificados, como no caso de um filho homem que se sente constrangido em dar banho na sua própria mãe. Treinado para cuidados diários, como dar banho e como alimentar o paciente, o cuidador normalmente possui ainda conhecimento da patologia de seu paciente, quais os sintomas principais e quais mudanças comportamentais e limitações reais, podendo lidar melhor com estas situações e com melhor resultado.

Ao observarmos mais de perto as relações familiares, percebemos que, quando temos relações simbióticas bem resolvidas entre os familiares, existe a possibilidade de haver um

relacionamento bom e tranquilo entre o cuidador e a família. Ao contrário, quando existem relações simbióticas primárias mal resolvidas e as secundárias, podendo gerar conflitos e sentimentos de culpa e irritação por parte do cuidador. Por isso escolhemos trazer os conceitos teóricos da Análise Transacional como parte do treinamento na formação dos cuidadores. A escolha levou em conta que, como teoria psicológica de linguagem acessível, a AT possui conceitos simples de fácil compreensão podendo ajudar, principalmente, e facilitar a comunicação e as relações entre o cuidador e o paciente, entre o cuidador e a família e entre o cuidador e a equipe multidisciplinar.

Ao tomar conhecimento dos conceitos básicos da AT, o cuidador passa a lidar emocionalmente melhor com as questões que irão aparecer: dar suporte de como se comportar em situações delicadas; aprender o momento de dar limites; a importância de tratar o paciente com amor e respeito; saber lidar com os sentimentos que podem aparecer, como raiva, medo, culpa, tristeza; preparar-se para lidar com o luto e com pacientes terminais; interagir com crianças especiais, adultos e idosos aprendendo a diferença entre pena e compaixão, aceitando suas limitações e estimulando-os.

Oferecer mecanismos para fazer um contrato de trabalho claro e funcional para ambas as partes e estimulando-o ter percepção e consciência de si para o autocuidado e para suas questões emocionais.

O CUIDADOR

Para o Ministério da Saúde e do Trabalho, cuidador ainda não é considerado uma profissão mas sim uma ocupação. A Classificação Brasileira de Ocupações-CBO sob o código 5162 define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (Ministério da Saúde, 2008, p.8).

É muito importante que o cuidador faça um contrato claro e justo com o paciente e sua família objetivando evitar jogos psicológicos. Adaptando então os quatro componentes do contrato terapêutico de Steiner (1976) para relação cuidador-paciente e família, é adequado que o contrato contenha:

Consentimento mútuo – O objetivo da contratação e das funções do cuidador deve ser explícito e claro em termos certos e aceito pelas partes envolvidas. É importante lembrar que o cuidador não é enfermeiro - a não ser que também tenha essa formação e seja contratado

como tal - e muito menos empregado doméstico da casa em geral. Muitas famílias confundem a função do cuidador, podendo dar origem a conflitos e a jogos psicológicos.

Compensação – Todo trabalho tem que ter um pagamento, isso evita que o cuidador entre em Salvação e depois Perseguição. É adequado que o contrato se baseie numa compensação válida, combinada entre as duas partes. O pagamento pode não ser necessariamente em dinheiro, pode-se fazer uma permuta, mas tem que ser de comum acordo e estar dentro da ética.

Competência – Todos nós temos limitações e uma história de vida. Convém ao cuidador avaliar se é emocionalmente capaz de cuidar de pacientes que de alguma forma lembrem sua história de vida e traumas vividos por ele. Nesses casos é melhor dar um limite a si mesmo não aceitando o emprego. Por exemplo, um cuidador que foi muito maltratado na infância por seus pais, deve-se avaliar se é capaz de cuidar de pessoas agressivas, como é o caso de alguns pacientes com Mal de Alzheimer, por as vezes fazer parte das modificações comportamentais causadas pela doença. Ou se tem paciência e consegue lidar com uma criança com Autismo, que tem dificuldade de fazer vínculo e se relacionar socialmente, muitas vezes parecendo ser surdo. Considerando que todas as patologias trazem em si dificuldades relacionais, o cuidador precisa avaliar se tem capacitação técnica e emocional e, quando necessário, solicitar orientação da equipe multidisciplinar.

Objetivo legal – O contrato não deve violar a lei ou ser contra a política e a moral pública, e a compensação deve ser desta natureza.

RELAÇÃO CUIDADOR-PACIENTE

Facilita ao cuidador colher dados do paciente, como seu histórico de vida, há quanto tempo tem a patologia, quais comportamentos importantes: se é agressivo, se tem problemas de memória, se tem humor oscilante, se tem resistência a tomar banho, etc. Desta forma, o cuidador pode montar um panorama inicial do que o espera, facilitando a solução de problemas e a hora de lidar com as situações difíceis, podendo este pensar com seu Estado de Ego Adulto em como agir em determinadas situações.

Tendo em vista que o cuidador vai passar muito tempo com o paciente, não podemos deixar de falar de estruturação do tempo. “As formas de estruturar o tempo têm como objetivo evitar o tédio e, paralelamente, extrair a maior satisfação possível de cada situação” (BERNE, 1988: p.36). É através da Estruturação do Tempo que recebemos os diferentes tipos de Carícias (KERTESZ, 1985). Segundo Shinyashiki (1985), todo ser humano tem necessidades diárias de Carícias, para se sentir vivo e reconhecido através delas. E qualquer Carícia

positiva ou negativa é melhor do que a indiferença ou o abandono. Esses conceitos vão ser de extrema importância para o cuidador que pode dar Carícias Positivas através de toques de carinho, de massagens, de um bom dia bem humorado ou, simplesmente, reparar que o paciente cortou o cabelo. O cuidador precisa entender a importância de dar e receber Carícias, (Steiner, 1976) pois da mesma forma que o paciente se sente vivo e reconhecido através delas, o cuidador também o é. Ter consciência de suas limitações e fazer um trabalho bem feito, com amor e espontaneidade é a melhor forma de receber Carícias Positivas.

Outro conceito que achamos importante trazer é o Miniscript (Khaler e Capers, 2010). O cuidador que não se observa pode entrar no seu Miniscript, através do seus Compulsores - Agrade sempre, Seja Apressado, Seja Esforçado, Seja Forte, Seja Perfeito -, chegando ao desfecho final do seu Miniscript e confirmando a desqualificação inicial desse processo. Por exemplo, se um cuidador que tiver a Desqualificação Interna "você não faz o suficiente", e entra no seu Compulsor *Seja Esforçado* trabalhando muito, pegando vários plantões sem descansar pode experimentar Emoções de Disfarce como depressão, culpa e irritação.

ESTRUTURAÇÃO DO TEMPO

O Isolamento "no qual cada pessoa permanece envolta em seus próprios pensamentos" (Berne, 1988:34) pode ser muito comum em pessoas com patologias ou limitações por questões físicas reais. Um paciente com Paralisia Cerebral que faz uso de cadeira de rodas muitas vezes não tem acesso a alguns lugares, dificultando sua interação com a sociedade. É comum também vermos este tipo de estruturação de tempo no autismo, onde a sua principal dificuldade é no relacionamento social. Cabe ao cuidador estimular o convívio social do seu paciente, pois no isolamento o indivíduo só se dá Autocarícias positivas ou negativas, não atendendo as necessidades de reconhecimento.

O Ritual também é muito comum nesse convívio entre cuidador e paciente e pode ser muito benéfico, pois além de cumprir as normas sociais, vai ter um papel importante em algumas patologias. No caso do Alzheimer ou outras doenças demenciais, é importante que se tenha um ritual e uma organização diária para facilitar a memória do paciente que, muitas vezes, fica confuso. No caso do Autismo e na Síndrome de Down é comum se ver as estereotipias¹, que são comportamentos ritualísticos. Através da nossa prática clínica, é aconselhável que o cuidador não estimule a estereotipia, que é um comportamento inadequado socialmente, podendo ser reduzido ou eliminado com exercícios.

¹ Estereotipia- Comportamento motor repetitivo, não funcional e muitas vezes aparentemente intencional. Descrito no DSM-IV-TR, cód.F98.4-307.3 (JORGE, 2002)

Os Passatempos têm sua origem em situações sociais, em que se usa o tempo falando de alguém ou de alguma coisa e são vistos normalmente em salas de espera uma vez que esses pacientes fazem muitos tratamentos e frequentam muitas associações. É através dos Passatempos que as pessoas encontram os seus futuros parceiros para Jogos e amizade. (BERNE, 1974).

Além das Atividades que, muitas vezes, são os tratamentos (como terapia, fonoaudiologia, fisioterapia, equoterapia, hidroterapia) que os pacientes fazem, é eficiente que os cuidadores estimulem os seus pacientes com Atividades que trabalhem a memória do paciente, como jogar com o paciente dominó, jogo da memória, *adedanha*,² quebra cabeça. É necessário que, anteriormente, os jogos sejam sempre avaliados de acordo com a capacidade do paciente, para estimular a memória e ajudar na sua autoestima e não frustrá-lo.

Além das atividades cognitivas, as atividades físicas são muito importantes pois proporcionam um convívio social, quando realizadas externamente e também liberam uma substância chamada endorfina que é responsável pelo bem-estar e melhora da autoestima (VARELLA, 2012). Além disso, sabe-se que o exercício físico aeróbio de moderada intensidade, realizado continuamente promove efeitos benéficos tanto na prevenção quanto no tratamento das doenças cardiovasculares, sua prática regular tem sido recomendada por diferentes associações de saúde do mundo. Seus benefícios também têm sido demonstrados na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, dislipidemia, obesidade e osteoporose. (DELBIN, ANTUNES e ZANESCO; 2009).

Utilizando seu Adulto Integrado com o carinho e a firmeza do Estado de Ego Pai, a objetividade do Estado de Ego Adulto e a espontaneidade e alegria da Criança, o cuidador deve estimular o paciente a fazer o exercício de que ele goste, e, se possível, o que ele já fazia antes. 'Por exemplo, uma pessoa que sofreu um Acidente Vascular Cerebral-AVC e, anteriormente, gostava de caminhar, poderia ser estimulada a voltar a caminhar por fazer parte da sua rotina anterior e para não afastá-lo de sua essência.

O cuidador deve estar atento para não entrar no circuito Vítima-Salvador-Perseguidor do Triângulo Dramático, que segundo Kertesz (1985) "é a terceira forma de representar os Jogos descritos primeiro por Berne e posteriormente diagramados por Karpman", onde umas das pseudovantagens são as Carícias Negativas.

² Adedanha- Tipo de jogo infantil, onde se escolhem temas para dinâmica do jogo como (nome de homem, nome de mulher, nome de flor, nome de fruta, etc) depois sorteia-se uma letra do alfabeto em cada rodada, onde são preenchidos os temas que a partir de um critério de pontuação tem um vencedor no final.

Berne assinalou também que certos Jogos, como a da Salvação são comuns em algumas profissões como médicos, enfermeiros, ou outros profissionais “de ajuda”. (Berne, in STEINER 1974:146). Exemplificando, o cuidador que entra nesse Jogo de Salvação, aparentemente está “ajudando” o paciente, mas na verdade está manipulando-o por Carícias de Lástima, e confirmando sua patologia, pois *precisa que precisem dele*. Portanto, o paciente não deve ser tratado como *coitadinho* pela sua situação especial. Dentro da dinâmica do Triângulo Dramático, em que os papéis assumidos pelos participantes “rodam”, quem “salva” depois “persegue”, podendo virar vítima também, um cuidador que estimula uma dependência exagerada e se sobrecarrega, muitas vezes, não “aguenta” passando a perseguir o paciente, para depois a se sentir como Vítima. Quando o cuidador entra no papel de Perseguidor faz isso através de Carícias Agressivas e manipula pelo medo, por necessitar que o temam. E, quando entra pelo papel de Vítima manipula pela culpa, pois necessita que o persigam e o salvem. Esses papéis podem ser vividos pelo cuidador, pelo paciente e também por um ou mais membros da família. Normalmente, temos a tendência a repetir os Jogos e os papéis vividos na infância, com a família de origem para caminhar no nosso Script de Vida (BERNE, 1988:356).

A última e mais importante forma de Estruturar o Tempo é a Intimidade, Berne a descreve como “uma reciprocidade de expressão emocional sem exploração e livre de jogos” (Berne, 1988), proporcionando Carícias Incondicionais Positivas. Esta é uma qualidade que o cuidador deve ter. Uma pessoa para ser cuidadora, como os psicólogos, deve conseguir aceitar o outro como ele é. Ter aceitação incondicional do próximo é aceitá-lo pela sua simples existência e não por condições, como ser rico ou ter uma boa posição social. Havendo essa aceitação podemos ter momentos de intimidade, não no sentido sexual e sim no sentido existencial. Significa estar com o outro sem “máscaras”, sem barreiras ou defesas e aceitar o outro com suas limitações, diferenças, defeitos e qualidades. É um encontro mágico que vai suprir realmente a bateria de Carícias.

SIMBIOSE

Segundo Schiff (1986:8) “cada relação significativa terá, num certo momento, um elemento de simbiose” e a Simbiose saudável é “uma ocorrência natural entre pais e filhos. Desde a concepção até que os filhos estejam suficientemente amadurecidos para promover seu próprio alimento, vestuário, casa e carícias, a Simbiose é necessária para a sua sobrevivência” (SCHIFF, 1986:8).

Portanto, o cuidador deve estabelecer uma simbiose sadia com o paciente, como na Simbiose Primária resolvida no início da relação entre mãe e filho, em que a mãe é responsável pela sobrevivência e o desenvolvimento sadio do seu filho, durante o período que é totalmente dependente, e estimulando-o gradativamente até alcançar sua autonomia na adolescência, tendo espontaneidade, intimidade e consciência do aqui e agora. Com a diferença, que na relação cuidador-paciente, o cuidador supre as necessidades reais do seu paciente, como problemas cognitivos, dificuldades motoras ou limitações das patologias envolvidas. O cuidador vai trabalhar com a saúde do paciente, visando à qualidade de vida dentro das suas possibilidades, estimulando-o para uma vida melhor, fazendo com que cada vez mais o paciente alcance sua autonomia e obtenha progressos.

Quando o cuidador superprotege ou incapacita o seu paciente, temos uma Simbiose Patológica, em que se prolonga um vínculo de mútua dependência, e o paciente passa a não conseguir viver sem o cuidador, ficando com uma autoestima baixa, tendo a ilusão que não consegue realizar tarefas sozinho. O cuidador também, por sua vez, reforça suas patologias e crenças de que é onipotente. Alguns cuidadores ou familiares infantilizam os pacientes tratando-os como “bebês” e chamando-os com nomes infantis. E muitos pacientes não evoluem dentro das suas possibilidades por este motivo.

O cuidador deve observar e identificar o que a pessoa consegue fazer por si própria, fazendo apenas aquilo que o paciente não consegue fazer sozinho. Uma pessoa que teve um AVC mas mesmo com dificuldade consegue se alimentar sozinho, não deve ser alimentada pelos seus familiares nem pelo cuidador. O cuidador deve estimular a autonomia dos seus pacientes, a tomar banho, escovar os dentes, se limpar no banheiro e outros cuidados que ele consegue realizar sozinho pois alguns pacientes fazem uso “do ganho secundário³” da doença.

PERMISSÃO, POTÊNCIA E PROTEÇÃO

Berne (1988) cita a importância dos 3 Ps (Proteção, Permissão e Potência) na terapia que determina a eficácia do terapeuta de Análise Transacional (AT).

“O terapeuta deve dar à Criança do paciente Permissão para desobedecer às Injunções e provocações parentais. Para fazer com eficácia deverá ser e se sentir potente, não onipotente, mas suficientemente potente para lidar com o Pai do paciente. Depois deverá sentir-se suficientemente potente e a Criança do paciente deve acreditar que ele é bastante potente para oferecer proteção contra a ira do Pai” (BERNE, 1988:298/299).

³ Vantagem tirada a partir da doença. (LAPLANCHE, 1983)

O cuidador não é terapeuta do paciente mas vai participar ativamente na estimulação e reabilitação cognitiva e emocional do paciente. Portanto, podemos adaptar os 3Ps do terapeuta para essa relação.

O cuidador dá Permissão para que o paciente realize coisas que não tem Permissão quando este não a tiver. Ex.: praticar jogos que estimulem a memória com um paciente idoso, pois para o paciente “jogar” pode ser coisa de vagabundo ou de criança. Ou dar Permissão e ensinar um paciente com Síndrome de Down a amarrar seus sapatos sozinho, quando alguns familiares acham que ele não é capaz devido ao seu retardo mental.

O cuidador precisa ser Potente em algumas situações, sendo firme, tomando cuidado para não ser agressivo. Como no caso de um paciente não querer tomar uma medicação importante ou fazer sua higiene pessoal.

E por último, dar Proteção, que é diferente de superproteção, pois quem superprotege na verdade desprotege e cria dependência. A superproteção é passada através de mensagens ulteriores de incapacitação do Estado do Ego Pai Nutritivo Negativo do cuidador para o Estado do Ego Criança Adaptada do paciente, mantendo a simbiose patológica. Dar proteção ao seu paciente é passar segurança e cuidar dele também através do Pai Nutritivo Positivo. É estar atento para os perigos reais do paciente por conta da sua patologia. Por exemplo, um paciente que tem Parkinson vai ter alteração na parte motora e de marcha, vai estar sujeito a tombos por causa da rigidez muscular. O cuidador deve então verificar o caminho que ele fará, ver se não apresenta perigo e analisar se podem ser feitas adaptações no ambiente em que ele vive, para facilitar e protegê-lo. Não expor o paciente a situações de que ele não goste, como no quadro de Mal de Alzheimer, dependendo da fase da doença, o paciente fica muito nervoso em lugares com muita gente. Com a Proteção, o paciente se sente seguro e cuidado.

RESILIÊNCIA E SCRIPT DE VIDA

Pensamos trazer as definições de Resiliência e de Script de Vida para melhor compreensão da importância da interferência do cuidador na relação com seu paciente e suas crenças. Resiliência é um conceito psicológico emprestado da física, em que o

“significado no ser humano pode ser dito como a capacidade ou habilidade desenvolvida a partir de crenças básicas que estruturam o comportamento das pessoas para a superação. Os resilientes enfrentam situações adversas e de estresse elevado com habilidade de enxergar, compreender e tomar decisões apropriadas para superar e vencer as adversidades nas diferentes áreas da vida.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE RESILIÊNCIA, 2012).

E Script de Vida “um plano de vida baseado numa decisão feita na infância, reforçado pelos pais, justificado por acontecimentos subsequentes e culminando com uma alternativa

escolhida” (BERNE, 1988: 356). Observamos em comum questões ligadas a crenças e programações familiares. Os cuidadores vão ter pacientes com Scripts decididos na infância ou situações de vida difíceis mas que não necessariamente são feitas a partir de decisões infantis. Podemos usar como exemplo o recente caso de o operário da construção civil que estava usando seu capacete corretamente e estava dentro de todas as normas de proteção, quando foi atingido por um vergalhão que caiu e perfurou o seu crânio, causando uma mudança na sua vida a partir desse acontecimento. Esse acontecimento seria considerado um Script se o operário tivesse se exposto, sem proteção, seguindo uma programação trágica decidida na infância. Porém, mesmo sendo uma fatalidade como uma decisão do Script, podemos fazer uso do conceito de resiliência na superação das adversidades da vida ou escolhas feitas prematuramente, alcançando progressos e realizações impressionantes. Pessoas que mesmo com lesões importantes no cérebro, como Paralisia Cerebral conseguem se casar e ter filhos, apesar de suas limitações motoras. Pessoas com Síndrome de Down, que mesmo com dificuldades cognitivas e muitas vezes sofrendo discriminação pela sociedade, conseguem namorar, ter empregos e ter uma independência maior. É possível então ter uma visão otimista e ao mesmo tempo realista, valorizando e estimulando o paciente, respeitando suas limitações e aceitando também os *não progressos*.

Logo, podemos fazer um paralelo entre as crenças do Script ligadas às Injunções que limitam o crescimento e desenvolvimento pessoal e as crenças vinculadas à resiliência que os motivam a superar desafios. As crenças do Script vão influenciar negativamente um seguimento de vida escolhido anteriormente, sendo limitadoras e as pessoas com resiliência são impulsionadas para a superação e autonomia. Trazemos Berne (1974:155) ao dizer que a solução do ser humano seria a busca da autonomia, através da liberação ou recuperação da consciência, espontaneidade e intimidade, o conceito de resiliência se funde à AT, com pensamentos que vão permitir ao indivíduo refazer e modificar seu Script.

PRECONCEITO

De Beni (2004: 313), cita duas definições de preconceito: “... antipatia baseada numa generalização errônea e inflexível” e “Uma atitude negativa para com uma pessoa ou grupo, baseada na comparação social em que o grupo próprio é tomado como ponto de referência”.

O *pré-conceito* é uma avaliação anterior ao conceito. É um julgamento, portanto vem do Estado de Ego Pai. Neste caso um Pai Crítico Negativo que julga sem conhecer a partir dos preconceitos passados pelos seus antecessores ou pelo simples fato de na comparação se julgar normal e o outro diferente, e por achar que é diferente, discriminar. Segundo Berne

(1974:71) “o Pai Prejudicial manifesta-se como um conjunto de atitudes ou parâmetros não-rationais e aparentemente arbitrários, em geral proibitivos por natureza, que podem ser sintônicos ou distônicos da cultura local”.

É conveniente que os cuidadores *descontaminem* seu Adulto e atualizem suas Crenças para poderem cuidar de pessoas com patologias que diferem dos padrões que a sociedade julga como normais. Não tendo preconceito e não discriminando seus pacientes. Aceitando-os incondicionalmente pelo Pai Nutritivo Positivo e ajudando-os a lidar com o preconceito e a discriminação. Estas questões serão enfrentadas diariamente por seus pacientes. Fazendo uso de um Adulto Integrado onde se protege e dá limites, tendo emoções autênticas e lidando com a realidade da vida sem negá-la, administrando-a da melhor forma possível e encontrando soluções práticas dentro desse contexto do aqui e agora.

CUIDADOR-FAMÍLIA E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

No nosso trabalho, ajudamos o cuidador a entender o quanto é difícil e sofrido para a família aprender a lidar com os acontecimentos inesperados. Como no caso de uma criança que nasce com hidrocefalia e que vai precisar colocar uma válvula para regular a passagem de líquido no cérebro. Ou a frustração de uma mãe de um filho com autismo e com muita dificuldade em se relacionar. Ou o sofrimento de uma família em que o filho sofre um acidente de carro e tem traumatismo craniano, ou um idoso com Alzheimer que se torna agressivo e regredido. O cuidador precisa ser parceiro com essa família, sem desqualificar a sua própria realidade, valorizando seu trabalho e dando limites adequados à sua rotina profissional, sempre que se fizer necessário.

O cuidador precisa ser ético e sigiloso, pois ele vai conviver dentro da casa da família, não podendo comentar nada do que acontece na dinâmica familiar.

Outro fator importante neste contexto é a qualidade da comunicação. É interessante que o cuidador fale com a família sobre situações que estejam incomodando-o, fazendo ajustes no contrato inicial, para não acumular ressentimento ou raiva. Perguntar e esclarecer o que não entende, para não dar chance a jogos psicológicos.

É importante considerar também a comunicação entre o cuidador e a equipe multidisciplinar. Convém ao cuidador ter informações sempre atualizadas dos profissionais de saúde; fazer anotações das recomendações feitas pela equipe; esclarecer suas dúvidas com livre acesso aos profissionais; comunicar –lhes os fatos importantes ocorridos com o paciente o mais rápido possível.

A MORTE

Em geral, o ser humano tem dificuldade de aceitar a morte, tanto a sua como a de seus familiares e entes queridos. Essa questão pode se dar de diferentes maneiras para as pessoas envolvidas, depende do nível de aceitação da morte e de como é o relacionamento existente entre a pessoa que está morrendo e sua família, do seu papel na mesma, das crenças sobre a morte e do tipo de morte que pode ser inesperada ou de forma lenta. O cuidador deve estar preparado para lidar com a morte, pacientes terminais e o luto, por serem questões comuns na sua profissão. No caso da morte, é a única certeza de acontecimento da nossa vida após nascermos. Não temos certeza se vamos nos formar, casar, ter filhos, se vamos ser felizes, mas temos certeza de que vamos morrer um dia. “Deixar de pensar na morte não retarda ou evita. Pensar na morte pode nos ajudar a aceitá-la e a perceber que ela é uma experiência tão importante e valiosa quanto qualquer outra” (SANTOS, 2009). A morte do outro nos remete a nossa própria morte mas devemos aprender aceitá-la e não negá-la, pois não podemos mudar o fato de que vamos todos morrer. Verificamos que aqui seria adequado usar o Adulto Integrado, lidando com a emoção administrada e elaborada pelo Estado de Ego Adulto através da consciência e fatores da realidade e não com a negação que é um mecanismo de defesa da Criança. No caso de pacientes terminais, ao invés de valorizarmos a morte, devemos focar na qualidade de vida até que ela se finde. Neste momento, é adequado que o cuidador use os conceitos dos cuidados paliativos que se encaixam belissimamente com os conceitos da AT, principalmente quando falamos de Carícias, Autonomia, Intimidade, Consciência e Espontaneidade e Adulto integrado. Segundo a OMS⁴, revista em 2002 (INCA, 2012):

cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

A visão do cuidador através dos conceitos de cuidados paliativos juntamente com os Conceitos de AT vão proporcionar ao cuidador ter um olhar de respeito para com as decisões do paciente, que muitas vezes pode decidir por não fazer intervenções médicas. Quando o “outro” decide o fim do paciente temos uma relação simbiótica. O paciente que tem autonomia e consciência pode decidir como quer terminar sua vida, fazendo uma escolha “Adulta”, desta forma podendo sair do seu Script. Essas são contribuições importantes para o cuidador que vai cuidar de pacientes terminais podendo tratá-los com amor e dignidade até o fim da vida, focando na saúde e não na doença e no fim, ou seja, na morte.

⁴ Organização Mundial de Saúde

O LUTO

O luto é um processo natural e esperado após a vivência de uma perda, seja ela simbólica ou relativa a uma morte. Este processo só ocorre se um vínculo tiver sido rompido (BROMBERG, 1996). Estas fases de reação de luto, após a perda de uma pessoa significativa com a qual se possuía um vínculo, foram descritas por vários autores. Segundo Leite (2010) são elas: fase de entorpecimento, choque, negação; fase de anseio, protesto, raiva; fase de desespero, desorganização; fase de recuperação, aceitação, restituição.

Tanto o cuidador como os familiares do paciente podem passar por essas fases do luto, porém não necessariamente essas fases acontecem nessa ordem. Isso vai depender de pessoa para pessoa, podendo ter intensidade e graus diferentes. As reações vão depender do tipo de perda, do significado da perda e da história de perda de cada um, isto é, das suas crenças. É adequado que o cuidador entre em contato com suas Emoções Autênticas ou Naturais, pois cada uma delas tem uma função, ligadas a manutenção da saúde e a preservação da vida. A emoção da raiva está ligada à agressividade saudável, necessária para defesa e conquista de território. O medo está ligado a mecanismos de defesa e o amor é fundamental para o estabelecimento da confiança básica e segurança emocional. (MONTHEIRO, 2011:34). Quando não temos Permissão para essas emoções biológicas e naturais, substituímo-las pelas emoções de Disfarce aprendidas e permitidas pelo nosso grupo cultural.

O cuidador pode ter sentimentos de disfarce como o de raiva por se sentir incapaz de mudar os fatos, de culpa por achar que podia ter feito “mais” entrando muitas vezes no “seja esforçado”, de alívio por ter acabado o sofrimento e de culpa por se sentir aliviado, mas todos, esses sentimentos costumam também disfarçar o sentimento original que é o de tristeza. A tristeza é uma emoção autêntica e deve ser experiencial.

Aproveitando para olhar o panorama emocional mais de perto, vamos considerar a emoção de raiva. A Raiva é um sinalizador de que está ocorrendo uma situação desagradável, da qual a pessoa quer se livrar. Tendo consciência da Raiva podemos arrumar uma alternativa para a resolução do problema que a causou (Adulto Integrado). Quando a raiva é negada, aparece a irritação, como Emoção de Disfarce, o que pode ocasionar a Jogos Psicológicos de vários graus. Por isto é bastante comum casos de maus tratos⁵ em idosos e ou crianças que precisam de cuidadores.

⁵ Art. 136 Do Código Penal- Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados

É importante que o cuidador não seja onipotente e tenha consciência de seus limites e entenda que, mesmo que esteja fazendo tudo que é necessário para o bem estar da pessoa, pode ser que ela não recupere a sua saúde. Talvez surjam sentimentos de medo e insegurança pela perda do seu emprego, mas fazendo um bom trabalho, outros empregos virão.

SÍNDROME DE BURNOUT

A Síndrome de Burnout, ou síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico descrito em 1974 por Freudenberg, um médico americano. O transtorno está registrado no Grupo V da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Essa síndrome é vista normalmente nos profissionais de ajuda, como Cuidadores, Psicólogos, Médicos, Enfermeiros, Bombeiros, Assistentes Sociais, Policiais. “Sua principal característica é o estado de tensão emocional e estresse crônicos provocado por condições de trabalho físicos, emocionais e psicológicas desgastantes”. “A síndrome se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso”. “O sintoma típico da Síndrome de Burnout é a sensação de esgotamento físico e emocional que se reflete em atitudes negativas, como ausências no trabalho, agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão, pessimismo, baixa autoestima”. (VARELLA, 2012). A Síndrome de Burnout é o resultado das características individuais do Paciente com as condições do ambiente e/ou do trabalho, com período de esforço excessivo e intervalos muito pequenos para recuperação. Clarkson (2012), ao falar de estafa ressalta ser um típico sistema de disfarce de profissionais de ajuda e faz um comparativo com as posições existenciais do script.

Para evitar esta síndrome, o Cuidador precisa ter consciência de seus limites e das reações do seu corpo, observando quando necessita descansar e se possui esses sintomas descritos acima. Convém ao cuidador dividir tarefas, principalmente no caso em que a solicitação do paciente é intensa e sempre ter “válvulas de escape” como fazer respiração abdominal, técnicas de relaxamento, exercícios físicos e ter momentos para descansar e recuperar o corpo e a mente. A falta de Consciência, comportamentos ligados aos Compulsões junto a essa rotina, leva o cuidador a exaustão e a impossibilidade de

indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina

manutenção dos cuidados adequados, podendo este adoecer ou praticar crime de maus tratos para com seu paciente.

É conveniente que o cuidador pratique o autocuidado, cuidando também de si e não só do outro. Para Cuidar bem do outro, primeiro temos que saber cuidar de nós mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do curso dado e das novas ideias, podemos concluir que a Análise Transacional é uma teoria que pode facilitar e ajudar bastante o cuidador no seu trabalho e na sua vida diária. Vimos que a aplicação prática de alguns conceitos, como o de Adulto Integrado vai ajudar no equilíbrio das suas ações para com o paciente e para consigo mesmo. A teoria acrescenta ao curso uma visão humanista, trazendo ao cuidador não só questões de como dar banho, alimentar, e ser um acompanhante do paciente, mas faz sua diferença na visão do próximo pelo respeito, amor, Carícias e aceitação incondicional, e na qualidade da relação e não na quantidade. Observamos um grande ganho com noções de se estimular o paciente de forma física e cognitiva, tendo um novo olhar do profissional com essas novas contribuições e podendo este se beneficiar de conceitos importantes contidos na teoria de Eric Berne.

Podemos constatar que o ser humano, principalmente o ocidental tem muita dificuldade em lidar com a morte. A clarificação das funções das emoções autênticas passadas no curso e a desmistificações das crenças ajudam muito nesse aspecto. Vimos ainda, a partir desse trabalho que as crenças são a base de tudo. Se são crenças positivas teremos uma vida de sucesso, mas se negativas, uma vida de fracassos. Propomos uma desmistificação das crenças dos cuidadores para poderem cuidar mais adequadamente de seus pacientes e ajudá-los nas suas crenças também.

Fizemos correlações da teoria da AT com a prática do cuidador que achamos válidas e importantes para o cuidador e abrimos espaço para novas contribuições e ideias de outros colegas da área.

Concluimos também que a auto-observação é fundamental para um cuidador OK, podendo se dar limites, dar limite ao outro evitando, muitas vezes, a entrada no seu Miniscript e em jogos psicológicos. Ressaltamos também a importância de um contrato bem feito e claro, para a segurança do cuidador, evitando desentendimentos futuros.

BIBLIOGRAFIA:

BERNE, Eric. **Os jogos da vida**. Rio de Janeiro. Artenova: 1974.
 _____. **Análise Transacional em Psicoterapia**. São Paulo: Summus, 1985.
 _____. **O que você diz depois de dizer olá? A psicologia do destino**. São Paulo. Nobel: 1988.

BROMBERG, Maria Helena. O psicólogo diante da terminalidade. **Coleção Cadernos de Estudos e Pesquisas-UNIP, série: nº1-001/96**. São Paulo, Universidade Paulista, 1996.

BRASIL, _____ **decreto lei 2848/40** disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/anotada/2342003/art-136-do-codigo-penal-decreto-lei-2848-40>>. Acessado em 28/10/2012.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: MS, 2008, disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acessado em 14/08/2012.

_____. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados Paliativos**. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=474>. Acessado em 29/10/2012.

CLARKSON, Petruska. **Estafa: Típico sistema de disfarces de profissionais de ajuda**. disponível em <<http://www.unat.com.br/publicview.asp?cod=283>>. Acessado em 24/09/2012.

DELBIN, Maria Andréia; ANTUNES, Edson e ZANESCO, Angelina. **Papel do exercício físico na isquemia, reperfusão pulmonar e resposta inflamatória**. Revista Brasileira de Cardiologia. São José do Rio Preto, 2009 - disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382009000500017&lang=pt>. Acessado em 16/10/2012.

DE BENI, Michele, et al. **Psicologia e Sociologia - Curso Introductório**. São Paulo. Paulus, 2004.

JORGE, Miguel.R. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 4º. ed. Texto Revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre. Artmed, 2002.

KAHLER, Taibi; CAPERS, Hedges. O Miniscript. **Prêmios Eric Berne**. Porto Alegre: União Nacional dos Analistas Transacionais – UNAT-BRASIL, 2010.

KERTESZ, Roberto. **Análisis transaccional integrado**. Buenos Aires. IPPEM, 1985.

LAPLANCHE, J e PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LEITE, G. J. **Atenção a familiares de pacientes em fim de vida internados em CTI de hospital geral**. 2010. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de psicólogo – Faculdades Integradas Maria Thereza, Niterói, 2010.

MONTHEIRO, Adriana. Sinto, Penso no que sinto, logo existo. Um estudo sobre o significado das emoções e suas funções. **Revista Brasileira de Análise Transacional**, São Paulo, ano XXI, n.1, abr 2011.

SANTOS, Frankilin Santana. **Cuidados Paliativos. Discutindo a vida , a morte e o morrer.** São Paulo. Atheneu, 2009.

SCHIFF, Jacqui ET al. **Leitura do Cathexis.** Tradução informal feita por BERG, Ralph. Rio de Janeiro, 1986.

SHINYASHIKI, Roberto. **A Carícia Essencial – uma psicologia do afeto.** São Paulo. Gente, 1985.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE RESILIÊNCIA **Resiliência.** Disponível em <<http://www.sobrare.com.br/>>. Acessado em 05/10/2012.

STEINER, Claude. **Os papéis que vivemos na vida.** Rio de Janeiro. Artenova: 1976.

VARELLA, D. **Síndrome de burnout.** Disponível em <<http://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/sindrome-de-burnout/>>. Acessado em 24/09/2012

_____. **Os Benefícios dos Exercícios.** Entrevista de Drauzio Varella com Turíbio Leite Barros Neto, médico fisiologista. Disponível em <<http://drauziovarella.com.br/wiki-saude/os-beneficios-dos-exercicios/>>. Acessado em 21/11/2012.

Christine França – Psicóloga (CRP 05/17387), Terapeuta em Reiki (nível IIIA), membro associado da UNAT-BRASIL. Atualmente atua na área clínica e como professora no curso de cuidadores em FURNAS. Niterói e Rio de Janeiro, RJ. Contato: christinefrancapsi@gmail.com