

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Análise Qualitativa dos Aspectos Emocionais e
Vivenciais de Pacientes Idosos Portadores de
Retocolite Ulcerativa Inespecífica em Atendimento
Ambulatorial**

DAISY MALDAUN

Orientadora: Profa. Dra. ZULA GARCIA GIGLIO

Co-orientador: Prof. Dr. JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES.

2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Análise Qualitativa dos Aspectos Emocionais e
Vivenciais de Pacientes Idosos Portadores de
Retocolite Ulcerativa Inespecífica em Atendimento
Ambulatorial**

DAISY MALDAUN

Orientadora: Profa. Dra. ZULA GARCIA GIGLIO

Co-orientador: Prof. Dr. JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES.

Trabalho apresentado como parte das exigências para obtenção de título de Mestre
em Gerontologia pela FE/UNICAMP defendida por Daisy Maldaun.

Data: 16/01/2006

Assinatura: _____

Comissão Julgadora:

DEDICATÓRIA

Ao mestre dos mestres, Prof. Dr. José Mandia Netto, diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, quem primeiro acreditou na importância deste estudo, me incentivando e ensinando a cada passo, me estendendo sua mão nos momentos mais difíceis, vibrando comigo a cada etapa superada.

AGRADECIMENTOS

Ao Ser Supremo, pela proteção que me forneceu neste percurso.

À minha mãe, que com a simplicidade e sabedoria de seus 85 anos soube compreender a minha ausência nas tradicionais reuniões familiares.

Ao meu pai (*in memoriam*), grande artista e filósofo que me ensinou o respeito à vida, ao ser humano, aos animais, às flores e a me sensibilizar com o sofrimento do outro. Mostrou-me como exercer a bondade, característica mais forte de sua personalidade.

À minha querida Prof. Dra. Zula Garcia Giglio, psicóloga, educadora, pesquisadora TPCT do Centro de Memória da UNICAMP, orientadora desta pesquisa, pelo incentivo, pela amizade, pela paciência em acatar as minhas idéias, direcionando-as, fornecendo sugestões enriquecedoras e valiosas, sem as quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes, chefe do Departamento de Cirurgia do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, co-orientador desta pesquisa, por trazer dentro de si um espírito aberto a todas as áreas do conhecimento, e que me permitiu, através de um diálogo sincero, corrigir e aperfeiçoar este trabalho.

À grande amiga, Prof. Dra Anita Liberalesso Néri, psicóloga, Prof Titular da Faculdade de Educação da UNICAMP, pesquisadora e coordenadora do programa de pós-graduação em Gerontologia da UNICAMP, pela amizade, pelo incentivo, disponibilidade incansável e valiosas contribuições que só alguém com sua experiência poderia proporcionar.

Aos médicos do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, pela boa vontade, atenção, seleção e encaminhamento dos pacientes que colaboraram nesta pesquisa.

A Prof. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns, Prof. Dra. do programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, USP - campus de Ribeirão Preto, e ao Prof. Dr. Sérgio Saboya Arruda, médico psiquiatra da FCM da UNICAMP, membros da banca de qualificação deste trabalho, pela amabilidade e delicadeza com que pontuaram e delinearam este trabalho, contribuindo enormemente para sua realização.

Ao Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, médico psiquiatra, Doutor em Psicologia Social pela PUC-SP, ex-presidente da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, livre docente do curso de Psicologia Hospitalar da USP, que, com

toda a paciência, disposição e boa vontade e respeitando sempre as minhas limitações, forneceu-me importantes sugestões através de uma leitura criteriosa.

Ao Prof. Dr. Joaquim Lopes Alho Filho, médico psiquiatra, Doutor pela UNICAMP, membro fundador da Associação Brasileira de Psiconeuroendocrinologia, por sua grande contribuição na compreensão da influência dos aspectos emocionais nas respostas / alterações imunológicas.

A Prof. Dra. Soraya Goshima, gastroenterologista pediátrica da UNIFESP – EPM, por sua boa vontade e colaboração.

A Nadir Gomes Camacho e Cleonice Pereira Pardim, técnicas administrativas, pela dedicação, atenção, delicadeza e prestatividade nos momentos mais difíceis.

A Ana Lúcia Nunes Domingues, enfermeira do Serviço de Colo-Proctologia do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal, pelo carinho, apoio e prestatividade.

Ao José Luís, meu filho, graduado em engenharia civil pela Escola Politécnica da USP, pela grande colaboração e momentos esclarecedores de informática.

A Fabiana Roda Carvalho, mestranda em Gerontologia, pelo apoio, amizade e colaboração na informática.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos colaboradores, portadores de doença inflamatória intestinal (RCUI), pacientes da Clínica Médica do Departamento de Colo-Proctologia da UNICAMP, que, apesar de enfermos e fragilizados, colocaram-se à disposição do pesquisador; sua valiosa contribuição possibilitou a realização deste estudo.

“Quando o todo se encontra em mau estado, é impossível que a parte se comporte bem... É da alma que vem para o corpo e para o homem, na sua totalidade, todos os males e todos os bens. É pois da alma que é preciso desde logo cogitar, tratando-a antes de tudo. Constitui erro hoje disseminado entre os homens o procurar curar separadamente a alma ou o corpo”

Platão (Charmides)

Sumário

1 – APRESENTAÇÃO.....	1
O que motivou a pesquisa sobre as Doenças Inflamatórias Intestinais. Primeiros estudos realizados – inquietações e questionamentos despertados durante sua realização.	
Justificativa e objetivo do presente estudo.....	1
2 – MEDICINA PSICOSSOMÁTICA.....	7
2.1 – Conceitos.....	7
2.2 – Histórico.....	8
3 – RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA.....	25
3.1 – Histórico.....	25
3.2 – Estudos sobre a etiologia das Doenças Inflamatórias Intestinais.....	25
3.3 – Características da Retocolite Ulcerativa Inespecífica.....	29
3.3.1 – <i>Epidemiologia</i>	29
3.3.2 – <i>Gênero</i>	30
3.3.3 – <i>Idade</i>	30
3.3.4 – <i>Etnia</i>	31
3.3.5 – <i>Etiologia</i>	31
3.4 – Fatores.....	32
3.4.1 – <i>Fatores genéticos</i>	32
3.4.2 – <i>Fatores emocionais</i>	33
3.4.3 – <i>Fatores Ambientais</i>	35
3.4.4 – <i>Respostas/Alterações Imunológicas</i>	35
3.5 – Aspectos clínicos.....	37
3.5.1 – <i>Complicações</i>	38
4 – FENÔMENO e OBJETIVOS.....	39
4.1 – Fenômeno.....	39
4.2 – Objetivos.....	39
4.2.1 – <i>Geral</i>	39
4.2.2 – <i>Específicos</i>	39
5 – METODOLOGIA.....	41
5.1 – Metodologia Clínico-qualitativa ou Compreensiva Explicativa Fenomenológica.....	41
5.1.1 – <i>Conceitos</i>	41

5.1.2 – <i>KARL JASPERS</i>	47
5.2 – Instrumento.....	51
5.2.1 – Entrevista semi-dirigida de questões abertas.....	51
5.3 – Colaboradores.....	56
5.3.1 – <i>Critérios de Inclusão e Exclusão</i>	57
5.3.2 – <i>Caracterização dos colaboradores</i>	58
5.4 – Setting --Local das entrevistas.....	59
5.5 – Procedimentos e trajetória	59
5.5.1 – <i>Obtenção de informações em campo, as dificuldades encontradas ao longo da trajetória e o processo de entrevistas</i>	60
6 – ANÁLISE	63
6.1 – <i>Reflexões e conceitos sobre as informações coletadas</i>	63
7 – A INFLUÊNCIA DOS FATORES EMOCIONAIS E SUA RELEVÂNCIA NO DESENCADEAMENTO E EVOLUÇÃO DA RCUI	67
7.1 – <i>Apresentação dos colaboradores</i>	71
7.2 – <i>Compreensão da vivência emocional de portadores de RCUI-- uma reflexão pormenorizada</i>	82
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
8.1 – <i>Perspectivas</i>	106
9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
10 – ANEXOS	123
Anexo I – Dados de identificação dos colaboradores da Pesquisa.	
Anexo II – Termo de Consentimento Livre Esclarecido de Acordo com a Resolução 196/96.	
Anexo III – Roteiro de Entrevista Inicial.	
Anexo IV – Relato do Paciente (História Livre de Vida).	

Lista de Abreviações

DC – Doença de Crohn

DII – Doenças Inflamatórias Intestinais

RCUI – Retocolite Ulcerativa Inespecífica

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização dos Pacientes.....	58
---	----

Lista de Anexos

Anexo I – Dados de identificação dos colaboradores da Pesquisa.....	123
Anexo II – Termo de Consentimento Livre esclarecido de acordo com a Resolução 196/96.....	124
Anexo III – Roteiro de Entrevista Inicial.....	127
Anexo IV – Relato do Paciente (História Livre de Vida).....	137

MALDAUN,D.(2006);***Análise qualitativa dos aspectos emocionais e vivenciais de pacientes idosos portadores de Retocolite Ulcerativa Inespecífica em tratamento ambulatorial.*** Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP.

RESUMO

Desde a Antiguidade, sabe-se, através dos registros da História, que sentimentos e emoções apresentam uma ressonância no corpo. No decorrer dos séculos, o avanço da medicina permitiu o conhecimento da existência de mecanismos através dos quais as emoções podem dar origem ao processo do adoecer. **O objetivo** deste estudo foi compreender os aspectos emocionais como a ansiedade, o medo e a raiva de pacientes com idade entre 51 e 74 anos portadores de Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) - doença inflamatória intestinal de etiologia desconhecida, bem como viabilizar os resultados desta pesquisa a familiares e profissionais da saúde, numa tentativa de mostrar sua relevância no surgimento e evolução da doença. Como **método** de pesquisa, optou-se pelo Clínico-Qualitativo. Foram estudados oito (08) casos de pacientes portadores de RCUI, de ambos os sexos, com idades entre 51 e 74 anos. Como procedimento de investigação, foram realizadas entrevistas semidirigidas de questões abertas, levando em consideração a verbalização dos doentes em relação às mudanças ocorridas em suas vidas após o surgimento da doença. Quanto aos **resultados**, o referencial teórico utilizado para a sua interpretação foi baseado nos conceitos usuais da Psicologia Médica e da Medicina Psicossomática. e da Psicologia Compreensiva Explicativa e Fenomenológica de JASPERS,K. *Considerou-se*, após a avaliação dos aspectos emocionais desses pacientes através de seus depoimentos, que sua influência é relevante no desencadear e na evolução da RCUI. A psicoterapia, como um instrumento de ajuda e suporte ao tratamento clínico, deve colocar-se a serviço deste Ser doente e em prol da possibilidade de elaboração de uma nova forma de ele vivenciar a doença e seus conflitos, sejam quais forem os recursos de que ele dispõe para manifestá-los.

PALAVRAS – CHAVE: Colite Ulcerativa – Psicossomática – RCUI.

MALDAUN,D.(2006);*Qualitative Analysis of emotional and experience aspects of elderly patients, carriers of Ulcerative Colites in clinical treatment.* Campinas: Master Dissertation in Gerontology, Faculdade de Educação da UNICAMP.

ABSTRACT

Ever since the early Ages, it is common knowledge that feelings and emotions resonate in the body. Throughout the centuries, the advance of medicine has brought to light the knowledge of existing mechanisms through which emotions can give rise to the process of getting sick. The **objective** of this study was to understand the emotional aspects, such as anxiety, fear and rage of patients aged between 51 and 74 with Unspecified Ulcerative Colitis, an inflammatory intestinal disease of unknown etiology. We also aim to make the results of the present study available to patients' family members and health professionals as a means to raise their awareness of the relevance of emotional aspects to the rise and evolution of the illness. **The Method** chosen to carry out the study was the Qualitative-Clinical Method; eight (08) patients of both sexes were studied. The investigative procedure consisted of semi-direct interviews of open questions; taking into consideration the patients' accounts on the changes occurred in their lives before and after the illness manifested itself. The theoretical reference point used for the interpretation of **the results** was based on the usual concepts of Medical Psychology and Psychosomatic Medicine and of the Comprehensible Explanatory Psychology and Phenomenology of JASPERS, K. Following the evaluation of the emotional aspects these patients mentioned in their testimonials, **we concluded** that they have great influence on the manifestation of the illness, and that psychotherapy, as an instrument of support for the clinical treatment, should be applied to offer them a new means of understanding the causes of their suffering in the search for a way to deal with the disease and the conflicts it brings along, regardless of which resources they may have available to do so.

KEY WORDS: Unspecified Ulcerative Colitis – Psychosomatic – UUC

1 - APRESENTAÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) permanecem um mistério no que diz respeito à sua etiologia e à influência dos fatores emocionais ou psicológicos em seu surgimento e evolução.

A *retocolite ulcerativa inespecífica* (RCUI) é um exemplo dos mais clássicos de “doença psicossomática” de particular gravidade, sendo considerada por vários autores como a “*rainha das doenças psicossomáticas*”. (Mello Filho, 1992).

A paixão pelo estudo da etiopatogenia das doenças crônicas e seu significado emocional no ser humano sempre me acompanhou em minha trajetória na música, na psicologia e na medicina oriental, que percebe e estuda o Homem em sua totalidade.

A decisão de observar, pesquisar e estudar as doenças inflamatórias intestinais, de etiologia desconhecida, foi tomada após o encontro com meu primeiro paciente em um hospital. Um jovem de 21 anos, estudante de Direito, residente em um Estado do Noroeste do Brasil, portador de RCUI, que apresentava um quadro extremamente grave.

Colaborava, na época, com uma equipe de Gastroenterologia, do Hospital Samaritano de São Paulo, que o colocou sob os meus cuidados, na expectativa de evitar, naquele momento, um procedimento cirúrgico.

Foi uma experiência angustiante para mim, em vista dos recursos limitados que possuía em relação à doença, mas sinalizadora de um caminho a ser percorrido.

A partir de então, realizamos estudos voltados para os fatores emocionais em pacientes portadores de RCUI e sua influência no desencadeamento e evolução da doença, com o objetivo de buscar a compreensão desta síndrome, não apenas através de um olhar biológico, mas também através de um olhar mais profundo voltado para a totalidade do ser humano, que engloba os fatores emocionais, psicológicos e sociais.

Muitos foram os questionamentos e as inquietações que surgiram durante a realização desses estudos, uma vez que, para nós, o ser humano é uma interrogação.

Como entender o fenômeno humano do adoecer?

Qual a história de vida desse paciente a partir da cultura que o originou ou o educou e sua influência sobre os processos orgânicos e mentais?

Em que momento específico a influência ambiental e cultural de sua convivência o levou, através de sua forma de ser, a adoecer?

O que pertence a ele como ser humano e o que pertence à natureza?

Que tipo de fenômeno ocorre em seu comportamento? De que forma ele lida com suas emoções?

Como compreender o sofrimento que tomou a forma de um distúrbio físico para se expressar?

Com que recursos contamos para essa compreensão?

Urgia a necessidade de olhar este paciente como um todo, escutar as suas experiências, numa tentativa de compreender quais as possíveis influências internas e externas por ele vivenciadas e que sentido elas tinham para ele.

Estudos foram realizados, em 1997 e posteriormente em 2000, com pacientes portadores de RCUI que não haviam sido submetidos a procedimento cirúrgico no cólon.

Em ambos os estudos, o método utilizado foi o Clínico-Qualitativo, com questões abertas e análise fundamentada na “Análise de Conteúdo” de Bardin, L. (1979).

Aquele realizado em 1997 contou com a participação de uma população jovem, período no qual o pico de ocorrência dessa enfermidade é mais observado. Eram quinze (15) pacientes com idade entre 15 e 23 anos portadores de RCUI em atividade que foram submetidos a sessões semanais de 90 minutos de psicoterapia, concomitantes com tratamento clínico, durante dezoito meses, em

clínica particular. Os resultados foram encorajadores, pois apresentaram um benefício no quadro sintomatológico em torno de 70%.

O estudo realizado em 2000 contou com a participação de dezenove (19) portadores de RCUI em atividade, com idade entre 18 e 63 anos. Este estudo foi realizado no Ambulatório de Colo-Proctologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, sob o protocolo de número 011/00 do Comitê de Ética em Pesquisa daquela instituição, durante o período de trinta e seis meses. Os pacientes foram submetidos a sessões semanais de 60 minutos de psicoterapia, concomitantes com o acompanhamento clínico ambulatorial. Os resultados não foram tão satisfatórios quanto os do primeiro estudo, pois os pacientes muitas vezes deixavam de comparecer às sessões devido a sua internação, ou a impossibilidade de chegar ao local por causa da sintomatologia da doença, que os impedia de sair de casa, ou ainda a greve dos transportes, residentes que eram, em sua grande maioria, de bairros da periferia. No entanto, apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas por eles, muitos foram beneficiados com a melhora de sua sintomatologia.

O presente estudo sobre a influência dos fatores emocionais em pacientes portadores de RCUI com idade entre 51 e 74 anos, realizado em 2004, na área de Gerontologia da Faculdade de Educação da UNICAMP, sob o protocolo de número 477/2004 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas e intitulado *“Análise Qualitativa dos Aspectos Emocionais e Vivenciais de Pacientes Idosos Portadores de Retocolite Ulcerativa Inespecífica em Atendimento Ambulatorial”* promana da constatação do surgimento desta síndrome não só na juventude (15-35 anos), onde o pico de ocorrência é mais observado, mas também em número considerável entre a população em processo de envelhecimento (mais de 50 anos), tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. O método utilizado foi o Clínico-Qualitativo, sendo a análise dos pacientes realizada sob os critérios da Psicologia Médica, da Medicina Psicossomática e da Psicologia Explicativa Compreensiva Fenomenológica de JASPERS (2003).

Segundo BERQUÔ (1996), no Brasil, a população maior de sessenta e cinco anos atingiu no ano de 1991 mais de sete milhões de pessoas e estima-se que entre os anos de 2010 e 2020 a taxa de crescimento de indivíduos dessa faixa etária será maior.

A RCUI tem relevância epidemiológica mundial e, segundo TEIXEIRA et al. (1991), em nosso país a incidência média anual vem aumentando nos últimos anos.

Segundo QUILICI (2002),

No Brasil, onde as doenças parasitárias microbianas e virais do sistema digestório são muito freqüentes, os padrões sócio-culturais baixos e os dados de estatística sanitária precários, a epidemiologia da RCUI é praticamente impossível. Entretanto, a literatura nacional tem registrado um aumento significativo da sua incidência em nosso meio (p.8).

A partir dessa perspectiva é de importância que nos voltemos para os aspectos psíquicos, que são colocados em destaque por CASTRO e SAVASSI ROCHA (1988) quando apontam que trabalhos antigos e recentes sobre a RCUI incluem, entre as cogitações etiopatogênicas, o componente psíquico.

Assim sendo, BITEMAN (1997) alude à importância e à necessidade do tratamento psicoterápico voltado a esses pacientes quando nos diz que:

“Alguns pacientes com RCUI que foram beneficiados com tratamentos psicoterápicos puderam ficar livres dos medicamentos (como corticóides e as sulfas) que são utilizados de forma permanente e agressiva nesses casos. Há autores que relatam a melhora dessa doença somente com o que eles denominam—

mudança de hábitos de vida—de hábitos alimentares e formas de lidar com as suas emoções” (p.174).

Assim, entendemos que a condução deste estudo e a sua importância se justificam, sobretudo pelo aumento da incidência da doença na população brasileira com mais de 50 anos. A ausência de estudos sobre os fatores emocionais nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), voltados para a área da Geriatria, nos motivou, então, à pretensão de auxiliar no preenchimento desta lacuna. O objetivo principal é voltado para a necessidade de minimizar o sofrimento do paciente, pelo conhecimento de seu modo de ser e de adoecer, através da compreensão e análise de seu relato e da interpretação dos significados que ele lhe atribui. Proporcionar a esse paciente uma nova visão existencial e uma reflexão sobre si mesmo, corroborando com CAMON-ANGERAMI (1995) quando nos diz que:

“O atuar junto ao paciente significa levá-lo à reflexão sobre o quanto a existência pode estar comprometida pela perda do sentido de vida. É fazê-lo perceber que a existência, apesar de estar envolta em muito sofrimento e dor, possui outras formas e possibilidades existenciais” (p.15).

O envelhecimento como um processo que tem várias dimensões não pode ser compreendido apenas dentro de uma única perspectiva. O ser humano é multidimensional, pois engloba em sua totalidade vários fenômenos físicos, bioquímicos, psicológicos, culturais e antropológicos.

Uma das áreas da Gerontologia Social, segundo NERI (1993), se preocupa em desenvolver teorias acerca do processo de envelhecimento que integrem a preocupação com a qualidade de vida e com a compreensão dos próprios idosos acerca desse fenômeno heterogêneo, experiência singular e única, vivida por cada um dentro de seu contexto e de seu modo de ser e de sentir as circunstâncias vivenciais.

No processo de envelhecimento, o ser humano possui como uma de suas principais características um grande acúmulo de experiências pregressas, que se constituem na principal formação de sua identidade. Uma identidade peculiar que, em sua composição, o diferencia dos demais e que vai se acentuando com o passar do tempo com qualidades e intensidades ímpares.

A velhice, percebida como um estágio importante para o desenvolvimento humano, nesta leitura, pode nos trazer uma outra dimensão do sentir se percebermos a sutileza com que os sentimentos e as emoções, com sua veracidade, são colocados nas entrelinhas dos numerosos vestígios da vida passada em sua longa experiência existencial.

Após esta pequena introdução e antes de abordarmos os aspectos gerais da RCUI, faremos um breve percurso conceitual e histórico sobre a Medicina Psicossomática desde a Antiguidade até os dias de hoje.

2 - MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

Etimologicamente, psicossomática é uma palavra que vem do grego (*psykhê* + *soma*) relação alma e corpo como uma unidade.

Estabelecer relacionamentos entre o psíquico e o somático significa admitir a relação causal entre situações vivenciais e alterações biológicas.

A medicina psicossomática existe desde a década de 1930 como um campo de investigação científica e método de aproximação com a prática da medicina e da psiquiatria.

2.1 - Conceitos

Segundo Pontes (1987), a Medicina Psicossomática é uma atitude médica geral que postula uma visão integrada do homem inserido no seu ambiente físico, com sua ecologia e no seu meio sociocultural, na sua unidade irreduzível corporeamente.

Pode-se definir Psicossomática como uma ideologia sobre a saúde e suas práticas e sobre o adoecer; a prática de uma medicina voltada para o homem como um todo. Uma abordagem que engloba a totalidade dos processos de transações entre os sistemas somático, psíquico, social e cultural.

O termo *Psicossomático* foi usado por Heinroth, em 1818, para expressar a influência do psíquico no surgimento das doenças como a tuberculose, a epilepsia e o câncer.

Em 1828, o mesmo autor usou o termo *Somatopsíquico* para conceituar as modificações que o fator somático produzia no psíquico.

O uso do termo *Psicossomática* é atribuído a Deutch, médico vienense, especialista em medicina interna, imigrado para os EUA, que re-introduziu, em 1927, a noção de psicossomática, sendo ele um dos pioneiros ao lado de seus

colegas Dunbar, Alexander e outros. Em seus estudos, mostra que as doenças somáticas tinham como fator etiológico os aspectos psicológicos.

Na França, Schneider, seguindo a vertente de Michael Balint na Inglaterra, designa a *Psicologia Médica* propondo essa ideologia como um campo de estudo da relação médico-paciente.

Para Lipovski (1977):

“Psicossomática é um termo que se refere à inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade Essa conotação pode ser chamada de holística, na medida em que ela implica uma visão do ser humano como uma totalidade, um complexo mente-corpo, imerso num ambiente social” (pg.134).

Pontes (1987) ampliou o termo psicossomática utilizando a terminologia *Medicina Sociopsicossomática*, na qual enfatiza a unidade mente-corpo interagindo com o meio ambiente no qual o homem está inserido.

2.2 - Histórico

Se voltarmos ao início da História da Medicina, constataremos que esta coincide com o início da História do próprio Homem e com o momento em que ele conseguiu se compreender e compreender o mundo que o cercava, enquanto atribuía uma interação sagrada a si mesmo e à natureza que o cercava.

Nos registros da História, desde a Antiguidade, estes conceitos acima citados, estavam presentes de alguma forma através do interesse por uma visão integrada do desenvolvimento do adoecer e de seu curso, refletindo a busca de uma compreensão não restrita à dimensão material do corpo. O homem tinha o conhecimento da inter-relação mente-corpo.

O adoecer era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais e a cura era buscada em rituais religiosos. Os doentes eram vistos como portadores de uma punição divina por causa de uma impureza. Os encarregados de livrá-los dessas *maldições* eram os *Feiticeiros* e *Curadores* conceituados por Mircea Eliade e Georges Devereux de “Xamans”.

O Xaman, para ELIADE (1972), era um homem que, após sentir dentro de si o chamado religioso e de haver passado por um período de iniciação, adquiria a capacidade da *vidência* e do domínio sobre os espíritos do mal, provocadores das doenças. “No curso de um ritual de cura, o Xaman não somente resume a cosmogonia, como invoca o Deus e lhe suplica que crie o Mundo novo” (p.31).

Segundo LEVI STRAUSS (1975), as curas xamânicas dependiam fundamentalmente da crença que o doente e o feiticeiro depositavam na eficácia da magia.

BONTEMPO (1995) nos diz que no Tibet, os Bom-pos, chefes xamãs, conheciam as propriedades mágicas médicas e a riqueza das ervas que nasciam nos terrenos himalaios. Sabiam da importância do estado de espírito do curador no processo curativo (p.31-34).

Segundo HAGGARD (1940), para os povos antigos da Mesopotâmia a doença era imposta ao homem pela ira dos deuses, quando desrespeitadas as suas leis. A medicina era ensinada nos templos onde se praticavam os rituais de cura (p.58), LOPES (1970) cita os demônios causadores das doenças para os mesopotâmios; entre eles, *Nantar* era o responsável pelas pestes e *Idpa* pelas febres e havia mágicos que, com suas forças especiais e misteriosas, conseguiam lutar contra as forças maléficas que perseguiram os homens e que eram responsáveis por suas doenças (p.30-31).

NUNN (1996), em seu conhecimento sobre o papiro de EBERS (1555 AC) nos relata que no Antigo Egito o médico era um sacerdote, um mensageiro da divindade, pois tinha nas mãos o poder de reduzir a dor e retardar a morte. Tinha

um conhecimento que lhe permitia uma ampla atuação em sua forma de diagnosticar e tratar as doenças (p.113-114).

THORWALD (1926) nos diz que, segundo os relatos de HERÓDOTO (484-420 AC), os egípcios também exerciam a especialidade na medicina, *“Quanto à medicina egípcia, existe uma organização: cada médico cuida de uma certa doença e não de várias”* (p.26).

Também LOPES (1970) relata, em relação aos egípcios, que *“Embora especializados, compartilham intensamente do mesmo universo cultural”* (p.43-34).

THORWALD (1962) relata que, para os Incas e Astecas (600 – 500 AC), a crença nos pecados como causa das doenças era dominante. A doença era o castigo dos pecadores, e os deuses exigiam sacrifícios, orações e confissões para que se dispusessem a perdoar os doentes (p.291).

VOLICH (1995), quando faz referência à doença e a saúde na Antiguidade, nos fala que na Grécia Antiga numerosos deuses eram dotados de poderes curativos, sendo ESCULÁPIO o mais venerado. As primeiras tentativas de construir as teorias a respeito da doença, da saúde, da vida e da morte tiveram início nesse período; já então se atribuía ao homem a responsabilidade por sua doença. A saúde era expressão do equilíbrio do homem com o universo (p.37-45).

VOLICH (2000) relata ainda que para ARISTÓTELES (384 – 322 AC), filósofo grego, a alma estava ligada ao corpo físico e toda doença física teria também uma expressão anímica. O adoecer seria provocado pelo desequilíbrio dos humores¹ sob efeito das paixões que nascem do duplo movimento da alma e do corpo (p.21).

PERESTRELLO (1987) nos diz que SÓCRATES (399 A.C.) teria afirmado a inter-relação mente-corpo:

“ Em um aspecto estão os bárbaros Trácios mais adiantados do que os civilizados gregos: no de saber que o corpo não pode ser

¹ Humor: termo arcaico utilizado na medicina greco-romana, cuja tradução clássica seria “umidade”.

curado sem curar-se a alma. Eis a razão porque os médicos da Helade desconhecem as curas de muitas enfermidades: porque ignoram o homem como um todo” (p.51).

HAGGARD (1940), em seu relato, ressalta que HIPOCRÁTES (460 AC), considerado por várias gerações como “o maior médico da História”, concebia a doença a partir de uma perspectiva evolutiva, a qual levava em consideração fatores constitucionais. Este introduziu a idéia de unidade funcional do corpo, no qual a *psykhê* (alma) exerce uma função reguladora através das emoções, do pensamento e dos sonhos, em particular. Considerava o homem uma unidade organizada, passível de desorganizar-se. Fundou o método clínico em medicina dando grande importância à observação (p.83-84).

O declínio de Atenas ocorre no século III AC e, conseqüentemente, o declínio da medicina hipocrática.

Nascido em Pérgamo, ex-colônia grega da Ásia Menor, GALENO (201–101 AC) segundo BARRAS et col. (1995), resgata os conceitos hipocráticos traduzindo-os para o latim. Para GALENO, a saúde dependia do bom equilíbrio entre o “bom temperamento” e a “boa proporção física”. Ele desenvolveu uma “tipologia psicológica” relacionada com diferentes manifestações psicológicas, que, mais tarde, foi resgatada por diferentes correntes da medicina, entre elas a Antroposofia e a Homeopatia.

Baseados nos dados de VOLICH (2000), sabemos que em 410 DC, os *visigodos* capturaram Roma. A medicina segue os destinos da divisão do Império Romano. Em Bizâncio, no oriente, os conhecimentos médicos foram preservados e, mais tarde, divulgados pelos *mouros*. No Ocidente, os conhecimentos ficaram sob o sistema feudal, e sua transmissão restrita aos copistas, nos mosteiros. Com a predominância do pensamento religioso, a crença na imortalidade da alma e o desprezo pelo corpo levaram ao desaparecimento do exame clínico e de praticamente todos os conhecimentos médicos da Antiguidade. A doença passou a ser uma forma de resgate dos pecados e sua cura dependia da fé e da confiança na *Misericórdia Divina* (p.27).

Os avanços da medicina nos séculos X e XII se devem à civilização islâmica. Dois grandes médicos sábios representam esse período:

Abu-Ali Al Husein-ibn Sina ou AVICENA, o herdeiro de GALENO e no contexto da cultura islâmica, na Espanha, Moises ibn Maimon (MAIMONIDES, 1135–1204), filósofo e médico. Ambos sustentavam a teoria de que o corpo e a alma são instâncias interdependentes e em equilíbrio. A doença surge da ruptura desse equilíbrio. Em seus conceitos, as emoções podem produzir tanto o enfraquecimento psíquico quanto o físico, determinando a necessidade de se conhecer o temperamento do paciente para a compreensão de sua doença (p.151).

VOLICH (2000) relata que na Idade Média, nos séculos V a XV, a medicina caracterizava-se ainda entre a correlação natural da doença e os inúmeros elementos de ordem sobrenatural. A religião e a filosofia predominavam na compreensão da doença e do corpo. Nesse período, o conhecimento da anatomia foi fundamental para um novo passo em direção a uma nova visão do adoecer e da terapêutica a ser utilizada (p.28).

No Renascimento, nos séculos XIV e XVI, com o surgimento de uma nova visão das letras, artes e ciências que determinou os rumos da medicina, desenvolveu-se uma nova concepção de Homem.

Após esse período surge o estudo da anatomia.

Os egípcios foram os primeiros a cultivar a reverência pelo corpo humano, demonstrada pela alta qualidade do embalsamamento que praticavam em seus mortos.

O primeiro livro de anatomia foi escrito por Heófilo em Alexandria, no séc II AC.

Depois surge VESALIUS, A. (1514-1564), nascido em Bruxelas, que segundo os dados de HAGGARD (1940), dedicou-se ao estudo da anatomia. Publicou, na Basiléia, o primeiro tratado da anatomia humana: “*De Humani Corporis Fabrica*”, de imenso valor para o posterior desenvolvimento desta ciência (p.247).

Também o mesmo autor cita PARÉ (1509–1599) que iniciou suas atividades como um “barbeiro”, denominação dada aos que exerciam a profissão por compaixão dos que sofriam de doenças. Este aplicou, depois, as concepções de VESALIUS à prática cirúrgica e desenvolveu novos métodos de tratamento cirúrgico para aliviar o sofrimento dos pacientes, tornando a cirurgia uma atividade respeitável, o que lhe valeu o título de “*pai da cirurgia moderna*.” No entanto, sob a ótica da medicina psicossomática, a possibilidade de eliminar a doença por meio da extirpação de seus sintomas ou das partes do corpo atingidas aumentava o risco de negligência em relação à compreensão da origem das doenças (p.252).

No século XVI, DESCARTES formulou um método científico que influenciou a compreensão do Homem até os dias de hoje. Ele ficou conhecido por sua concepção dualista, muitas vezes considerada radical. Para ele o corpo seria uma máquina que se moveria por si mesma, passando a negligenciar os aspectos psicossociais e emocionais. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico foi um fator determinante na construção do chamado *modelo biomédico*, alicerce da moderna medicina científica.

Em se tratando da individualidade do sentir cada sintoma, VOLICH (2000), ressalta HAHNEMANN (1755–1843) que elaborou a lei da semelhança entre a doença e a terapêutica a ser utilizada, nos moldes preconizados por Hipócrates. Ele restituiu à Medicina a observação criteriosa da individualidade do ser humano (p.41).

KAMINIECKI (1994) afirma que KANT (1724–1804) se preocupava em buscar uma visão integrada do organismo e do processo de adoecer.

“Corpo e alma compartilham o bem e o mal que lhes acontece. O espírito é incapaz de funcionar quando o corpo está cansado, e uma dedicação exclusiva ao espírito destrói o corpo, incapaz de se regenerar e de fazer o trabalho de reparação” (p.23).

Para VIRCHOW (1821–1902), a prevenção da doença é mais importante que a sua cura; ele defendeu a grande importância do saneamento básico e de boas condições de nutrição e higiene para a manutenção da saúde.

BERNARD (1813–1878), considerado o “*fundador da medicina experimental*”, sustentava que a doença, apesar de ser fruto e prova de um desequilíbrio, é parte do processo que, em última instância, visa restabelecer o equilíbrio do organismo, postulando a existência de um princípio de constância regulador do equilíbrio do meio interior, que foi conceituado de *homeostase* pelo endocrinologista CANNON (1871–1945).

Segundo JASPERS (1973), o caráter unitário indissolúvel das relações corpo-alma é algo que cada ser vivencia em si mesmo, sendo, ao mesmo tempo, as características das sensações e de toda manifestação expressiva das doenças. “*Corpo e alma formam uma unidade indissolúvel que se estende a todos os processos*” (p.14).

DOSSEY (1991) compara as posturas culturais em relação à compreensão do adoecer, mostrando que, nos tempos atuais, a doença parece ser o preço a ser pago pela diminuição ou eliminação do contato com a natureza por causa do acelerado processo de civilização urbana.

“A maioria das culturas pré-modernas parece ter tido uma compreensão mais profunda da natureza inseparável da saúde e da doença; seus mitos e rituais incorporam essa sabedoria (...). A doença pode ser vista como se fosse uma coisa em si mesma, com suas próprias necessidades (...). Hoje em dia, nosso senso de ligação com a doença perdeu-se, trocado que foi por formas tecnológicas de intervenção que acabaram por nos custar grande parte do nosso senso de ligação com a saúde” (p.114).

PERESTRELLO (1987) propõe o estudo da antropogênese das doenças, pois acredita que cada processo humano possui caráter único e pessoal; “*quem faz a doença é o próprio homem*” (p.208).

De acordo com GACHELIN (1986), a doença, quer seja definida como orgânica ou psíquica, tem como princípio a reflexão e a desorganização do ser.

“Quando as várias funções corporais se desenvolvem em conjunto segundo uma determinada maneira, aparece um modelo que sentimos harmonioso e que, por isso, recebe o nome de saúde. Se a função falha, ela compromete a harmonia do todo, então falamos de doença” (17:662-666).

A doença sempre reduz o indivíduo à sua própria realidade, chamando-o para si mesmo.

JUNG, CG(1989), afirma que:

“Não se adoece unicamente em função da existência de elementos nocivos no ambiente, mas pelo fato de ser ou tornar-se sensível à ação desses agentes. (...) um funcionamento inadequado da psykê, pode causar tremendos prejuízos ao corpo (...), pois a psykê e o corpo não estão separados, mas são animados por uma mesma vida. Recentemente uma evidência cada vez maior vem demonstrando que a maioria das funções das glândulas endócrinas está provavelmente sujeita, em última análise, à função dos centros mais nobres do cérebro, isto é, à vida psíquica” (p.33).

Numa de suas palestras, quando se referindo à imunidade, GACHELIN (1986) evidenciou o postulado de que não existe nenhum estado emocional que não se reflita em um funcionamento particular do sistema imunológico:

“Não há dúvida, portanto, de que, por vias que não são bem compreendidas, o funcionamento do sistema nervoso influencia, às vezes de modo dramático, o funcionamento do sistema imunológico, e isso não somente de uma maneira direta e imediata, mas também por meio de um aprendizado, ou seja, in fine, pela lembrança de uma memória ou, nesse caso, de duas:

uma memória nervosa clássica de alguma forma, e uma memória imunológica” (cap2 p.90).

A partir dessas evidências, justificou-se a criação de um novo campo de pesquisa, a psiconeuroendocrinoimunologia, com vistas a desenvolver novas estratégias de profilaxia, de diagnóstico e de tratamento das doenças de origem imunológica, neuroendócrina e psicológica.

A chave para a compreensão das doenças está no fato de que cada paciente é único, um universo à parte, que complementa o todo e, por isso, deve ser respeitado em sua individualidade. A individualidade cria nuances de identidade típicas do adoecer de cada um.

Segundo DAHLKE (1996), expressamos todas as nossas emoções através de processos fisiológicos.

Sabe-se através da literatura que a Arte de Curar sempre se importou com o todo da natureza humana. No entanto essa afinidade foi se perdendo num determinado momento nebuloso e passou-se a se preocupar com os sintomas, buscando, então, no imediatismo o alívio das dores físicas, esquecendo o *sofrimento* que permanece no indivíduo até a obtenção da cura.

LELOUP (1998) afirma que *“o problema da medicina moderna é querer suprimir os sintomas sem nos dar tempo de escutar o que a doença tem a dizer. Tratamos dos sintomas um momento, mas sua causa permanece”*(p.116).

PERESTRELLO (1987), ao citar FREUD (1975), nos diz que cada sintoma tem um sentido e se relaciona estreitamente com a vida psíquica do doente.

“Através de sua existência, sobretudo nos primeiros anos de adaptação ao mundo, passa o indivíduo por muitos sofrimentos que mais tarde procura banir da memória. Tais sofrimentos permanecem no inconsciente e, quando se apresentam situações similares àsquelas que os geraram, despertam as vivências

dolorosas e vão manifestar-se de maneira deformada, ou porque a lembrança fiel não seria possível, devido aos acontecimentos terem ocorrido em épocas muito pretéritas, ou porque provocaria ainda maior dor. Essa deformação é justamente o sintoma, que se poderá localizar quer na esfera mental, quer na física” (p.55).

Para HAYNAL et col. (2001), “cada órgão, cada sistema de órgão pode exprimir por um sintoma a angústia ou a depressão, eliminando, assim, seus afetos” (p.30), assim entendemos que o que constantemente se manifesta em nosso corpo como sintoma é a expressão visível de um processo invisível Um processo no qual a perda do equilíbrio interior, a ausência de um sentido para a vida, a falta de consciência em relação a si mesmo provocam o aparecimento do sintoma.

Os sintomas podem ser considerados a forma física da expressão de conflitos e, através de seu simbolismo, demonstram ao paciente a sua problemática. Na medida em que o paciente for orientado à compreensão da multiplicidade simbólica que acompanha a doença, esta poderá ser vivenciada de forma positiva.

Para PETRONE (1956), o distúrbio psicossomático, entendido como mensagem, como comunicação, como linguagem arcaica não verbal, é um dos meios que o homem tem para se comunicar, é a linguagem do corpo, é a linguagem do órgão. Segundo BERGERET (1983), os indivíduos considerados psicossomáticos diferem dos demais pela pobreza de seu mundo simbólico. Sonham pouco e demonstram pouca elaboração psíquica. A vida intelectual, onírica e fantasmática reduz-se a um papel unicamente pragmático e instrumental. Ambos os meios aparecem carregados de significados indiretos, que encontram sua simplificação na interpretação simbólica, analógica ou metafórica do sintoma.

Quando o conflito não é reconhecido no nível abstrato, não pode ser representado via fantasia, imaginação, sonho ou símbolo, em decorrência disso a

sua possibilidade de expulsão tenderá a ser mais primitiva, com modalidade arcaica, isto é, com via de expressão orgânica.

CIRLOT (1984) nos diz que a importância do conteúdo simbólico dos sonhos e a sua interpretação vêm da Antiguidade. Os documentos literários de todas as épocas e de todos os povos narram os sonhos proféticos enviados pelos deuses. No Egito, José interpretava o sonho do Faraó; na Babilônia, Daniel interpretava os de Nabucodonosor. Os dicionários interpretativos dos sonhos, de origens caldéia, egípcia e árabe, os testemunham como portadores de verdades ocultas concernentes à vida profunda da psique, e, mais raramente, a fatos externos e objetivos (p.20).

Na Grécia, em Epidauro, lugar destinado ao restabelecimento da saúde, utilizava-se uma espécie de tratamento. Os doentes, ali chegando, eram banhados e, em seguida, convidados a repousar e dormir num quarto escuro onde segundo LOPES (1990), permaneciam por alguns dias e seus sonhos eram analisados e interpretados pelo médico, que buscava compreender a origem da doença (p.87-89).

LAPLANCHE e PONTALIS (1995) citam que FREUD (1910) havia reconhecido a existência dos símbolos nos sonhos quando compreendeu que:

“Os sonhos utilizam todos os símbolos já presentes no pensamento inconsciente porque estes se harmonizam melhor com as exigências da construção do sonho, dada a sua aptidão para serem figurados e também porque, regra geral, escapam à censura” (p.484).

Para JUNG (1989), os sonhos ou fantasias contêm sempre o que no momento é mais doloroso ou mais importante para seu narrador.

“Sonhos, visões e fantasias são expressões de situações. Se eu não compreender os sonhos, não compreendo a situação do paciente (...) me parecia mais importante compreender a situação do doente

em todos os seus aspectos, entre os quais naturalmente também está a compensação inconsciente” (p.427).

FREUD (1910), com sua obra, marcou fortemente a evolução das concepções acerca das relações entre o psíquico e o somático. Segundo esse autor, cada sintoma tem um sentido e se relaciona estreitamente com a vida psíquica do doente. Ele contribuiu significativamente para a concepção psicossomática ao estudar os mecanismos da conversão histérica com CHARCOT em Paris, com quem aprendeu a importância da clínica e da observação do paciente.

Todo indivíduo se expressa através da linguagem simbólica, mesmo que nem sempre o faça conscientemente e que jamais chegue a compreender o que lhe diz o próprio corpo. Segundo DAHLKE (1996), *“O corpo como o mais confiável de todos os mestres é o que pode revelar o que ocorre com o ser que ele abriga”* (p.19).

LELOUP (1998) também ressalta que:

“O corpo é nossa memória mais arcaica. Nele, nada é esquecido. Cada acontecimento vivido, particularmente na primeira infância e também na vida adulta, deixa no corpo sua marca profunda” (p.15).

A expressão corporal constitui o primeiro, o mais primitivo meio de comunicação e de defesa de que o ser humano dispõe. Inconscientemente, cada Ser elege um órgão para expressar e externalizar sua dor. Este órgão, considerado *“órgão de choque”* é escolhido por oferecer menos resistência por parte do organismo ou por ter correlação simbólica com os conflitos internos.

Nas DII, a escolha do órgão recai no intestino grosso, ou cólon na RCUI e, em todo o tubo digestivo na DC.

Segundo LIPOVSKI (1986), três são as abordagens conceituais e metodológicas na Psicossomática que buscam responder as questões centrais à cerca da compreensão desses conflitos internos: *psicanalítica, psicobiológica e psicofisiológica*.

a) Psicanalítica

Nos EUA, a *Psicanálise* já era popular desde as conferências de FREUD na Clark University (Worcester, Massachussets) em 1909, onde, a convite de Stanley Hall, proferiu cinco palestras baseadas em seus seis livros, intitulados *Cinco lições de Psicanálise*, previamente publicados.

ALEXANDER (1989), médico psiquiatra e psicanalista de origem húngara, foi um dos grandes expoentes na área da psicossomática. Foi o grande responsável pela introdução da psicanálise nas escolas de medicina e o criador da “*teoria da especificidade*”, na qual formula a hipótese que relaciona as síndromes psicossomáticas a padrões de conflito, ou seja, esquemas dinâmicos específicos de certas doenças.

Para ele, toda doença é psicossomática, uma vez que as emoções influenciam todos os processos do corpo através das vias nervosas e humorais.

ALEXANDER defendia a importância de se considerar o organismo como uma unidade que inclui também a personalidade do doente. Para ele, existe uma identidade evolutiva e uma dinâmica entre os processos psíquicos e os processos fisiológicos. Enfatizava a concepção de multicausalidade da doença, pois havia a preocupação de explicar o surgimento da doença através de uma teoria multifatorial de enfermidades, na qual os fatores psicológicos interagem com os biológicos, com o meio ambiente e com as influências sociais.

Na França, em 1947, psicanalistas franceses enfatizaram o estudo das doenças crônicas e fundaram, através da iniciativa de MARTY (1993), a Escola Psicossomática de Paris.

Para MARTY (1993), “*O homem é psicossomático por definição...*”, relata que sua capacidade de adaptação às suas condições de vida enquadra-se em três domínios essenciais: o aparelho somático, o aparelho mental e os comportamentos.

MARTY, MUZAN e DAVID (1967), desenvolveram o conceito de *Pensamento Operatório* para caracterizar a estrutura e o funcionamento do psiquismo de pacientes que mais se predispõem a somatização. Pensamento Operatório refere-se a um pensamento consciente, com carência funcional de atividades de fantasia (representativas) e de conteúdos oníricos. O pensamento é orientado para a realidade, estando ligado a coisas e não a conceitos abstratos. Segundo MARTY (1993), esse tipo de pensamento sugere um processo de investimento em nível arcaico, com tendência a desenvolver perturbações somáticas.

Para SILVA & CALDEIRAS (1992), os portadores do pensamento operatório possuem um mundo interno pobre, com poucas imagens.

SIFNEOS (1973) e NEMIACH (1977), baseados nas descrições de MARTY, MUZAN e DAVID (1997), criaram o conceito de “*alexitimia*”, palavra de origem grega que significa: a = falta; lexis = palavra; thimo = emoção, ou seja, “sem palavras para emoção”.

Para MacDOUGALL (1982) e TAYLOR (1987), o indivíduo alexitímico apresenta uma forma peculiar em seu modo de lidar com eventos estressantes, ou seja, não desenvolve sintomas neuróticos diante dos mesmos; exclui as idéias. Mostra dificuldade para simbolizar conflitos instintivos e fantasias, o que, conseqüentemente, leva a energia instintiva a afetar diretamente o corpo. Acredita-se que a própria família do alexitímico seja também portadora das mesmas características.

O avanço da Escola Psicossomática de Paris ocorreu através dos estudos de pacientes somáticos, segundo o pressuposto de que apresentavam um funcionamento atípico do aparelho psíquico.

Nas suas formulações teóricas originais, a teoria psicanalítica é utilizada para o estímulo do interesse científico e para pesquisas sobre as relações entre o comportamento e os processos patológicos.

b) Psicobiológica

MEYER (1957), um dos mais influentes psiquiatras americanos na primeira metade do séc XX, foi um grande expoente da *psicobiologia*. Sua teoria implicava a utilização de uma avaliação extensa do paciente para a formulação de caso na tentativa de entender as interações entre os fatores constitucionais, ambientais e de desenvolvimento da personalidade de cada paciente.

Uma de suas grandes seguidoras foi DUNBAR (1935), considerada "*a mãe da medicina holística*". Foi a fundadora da Sociedade Americana de Psicossomática e também do primeiro jornal no campo da medicina, em 1939. Deu início à pesquisa clínica na busca da correlação entre tipos de personalidade e doenças físicas severas, considerando as relações entre fatores sociais e características da personalidade com a vulnerabilidade nas doenças.

O foco principal na abordagem psicobiológica é o da relação entre eventos e situações de vida e saúde.

c) Psicofisiológica

O maior expoente na área da *psicofisiologia* foi WOLFF (1950), que elaborou o conceito de "*estresse psicológico*" observando mudanças de vida estressantes como fatores que contribuem para o surgimento das doenças. A pesquisa de WOLFF mostra, em sua descrição e medição cuidadosa, tanto as variáveis psicológicas quanto as fisiológicas.

Partindo da fisiologia, SELYE (1957, 1965) descreveu a "*Síndrome Geral de Adaptação*" como sendo um conjunto de reações fisiológicas não específicas que visa preparar o organismo a defender-se das agressões. A doença resulta tanto da incapacidade do organismo em desencadear as reações de defesa quanto da

persistência das mesmas além do necessário. SELYE utilizou o termo *estresse* para conceituar um conjunto de reações e estímulos inespecíficos que o organismo desenvolve em resposta à adaptação a situações boas ou ruins. Toda adaptação a uma nova situação exige um esforço orgânico, independente de sua natureza física ou emocional. O *estresse*, quando se torna muito intenso, esgota as reservas de energia adaptativa do organismo levando-o à exaustão. Após esta fase de exaustão, poderá surgir uma maior predisposição ao desenvolvimento das enfermidades denominadas como “*doenças de adaptação*”. LIPP et al. (1990) nos dizem que nessa categoria enquadram-se as doenças ditas psicossomáticas, tais como: úlcera péptica, hipertensão arterial, artrites, retocolite ulcerativa inespecífica, entre outras.

A Psicofisiologia desenvolveu um importante programa de aproximação multidimensional do paciente, que engloba a totalidade dos processos de transações entre os sistemas somático, psíquico, social e cultural.

Na Medicina Psicossomática destacam-se ainda outros expoentes:

ENGEL (1961), figura de grande importância e destaque no movimento psicossomático, desenvolveu um conceito unificado de saúde e doença que denominou de *modelo biopsicossocial*.

MELLO FILHO et al. (1992) acreditam que as doenças psicossomáticas são multifatoriais, que necessitam, para o seu desenvolvimento, de uma predisposição orgânica determinada geneticamente, tendo o estresse e os fatores psicossociais um papel importante no desencadeamento, evolução e agravamento da doença.

No Brasil, a psicossomática se desenvolveu e teve sua estrutura graças à participação de psicanalistas, em sua maioria de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Em 1958, no Serviço de Clínica Médica do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, dirigida pelo Prof Clementino Fraga Filho, surge a proposta de iniciar a expansão prática da Medicina Psicossomática, designando como seu fundador Danilo Perestrello.

PERESTRELLO (1989) enfatizou a compreensão do homem como ser holístico, formado pela unidade mente-corpo. Em sua concepção médica, intitulada “Medicina da Pessoa”, priorizou a biografia do indivíduo na estruturação e definição da doença.

Em 1963, Helládio Francisco Capisano fundou a Sociedade de Psicossomática de São Paulo e, em 1965, são fundadas a Associação Paulista de Medicina e a Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, na qual se congregavam, além de Capisano, Luis Miller de Paiva, José Fernandes Pontes, Danilo Perestrello e Abram Eksterman, 142 membros, médicos do Rio de Janeiro, Porto Alegre e São Paulo, tendo como seu primeiro presidente Danilo Perestrello.

Historicamente, esses cinco profissionais são considerados os fundadores da psicossomática brasileira.

A implantação institucional da medicina psicossomática vai de 1965 a 1976.

Há uma fase de expansão que vai de 1976 a 1984, tendo à frente Alfredo Colucci (Marília-SP), Wilson Vianna e Mauricio Knobel (Campinas-SP), sendo finalizada com as gestões de Júlio de Mello Filho e Otelo Correia dos Santos Filho (RJ).

Atualmente, há a consolidação da Associação Brasileira de Psicossomática com outras áreas afins.

3 – RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA

3.1 - Histórico

Segundo THORWALD (1962), a RCUI já recebia prováveis descrições desde o Antigo Egito. O papiro de EBERS (1555 A.C) cita várias vezes a *“doença ruim”* aludindo a diversas formas de diarreia mais grave, disenterias e enterite sanguinolenta (p.88/89).

O mesmo historiador relata que também no Peru, em 500 AC, os *mochicas*, descendentes dos reis de Mocha, criadores das primeiras pirâmides, esculpiram figuras que retratavam, além da história de sua vida e da história de seus sofrimentos, também a história da Medicina Peruana da Antiguidade. Essas figuras representavam doenças como: malária, reumatismo, gota e diarreias. Segundo os relatos encontrados, quando a época das chuvas se aproximava, trazia consigo as *“diarreias malignas sanguinolentas”* (p.291).

HIPOCRATES, (séc VI AC) e ARETIAS de CAPADOCIA, (séc.II AC), também descreveram um tipo de diarreia crônica associada com evacuações sanguinolentas e ulcerações no cólon que diferiam dos demais tipos de diarreia conhecidas na época.

A RCUI foi descrita pela primeira vez por SAMUEL WILKS em 1859, que auxiliado por MOXON, em 1875, definiu a RCUI como entidade patológica denominada *“inflamação do intestino grosso ou colite idiopática”*.

3.2 - Estudos sobre a etiologia das DII

Na literatura médica atual, denominam-se doenças inflamatórias intestinais duas delas, cujas etiologias são desconhecidas.

- Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI)
- Doença de Crohn (DC).

Em se tratando do estudo sobre a heterogeneidade genética na RCUI, DAMIAO, HABR-GAMA et col. (1993) têm apoiado essa hipótese, com vários grupos compartilhando um mesmo quadro clínico, mas com mecanismos diferentes de herança genética.

Há também vários estudos realizados referentes à auto-imunidade nas DII. Os processos auto-imunes envolvem uma série de fenômenos complexos, cuja natureza compreende um vasto número de enfermidades ou de estados que predisõem a enfermidades. São doenças multifatoriais nas quais o estresse e os fatores psicossociais e emocionais influenciam seu desencadeamento e evolução.

Nessa multifatorialidade, os fatores emocionais e psicossociais são relevantes e GACHELIN (1995) faz uma reflexão sobre essa influência:

“Sou levado a pensar que é a irrupção brutal de manifestações emocionais ou relacionais no indivíduo que pode traduzir-se por bruscas modificações de seu nível de funcionamento imunológico e, em consequência, pela ruptura de sua ordem imunológica anterior. Posso pensar que patologias somáticas e, em particular, auto-imunes, podem aparecer nesse momento” (p.199).

MOREIRA e MELLO FILHO (1992) também relatam a influência dessas bruscas modificações no processo do funcionamento imunológico:

“O que se pode demonstrar é que a função imune decresce, ou mesmo chega a se suprimir, diante de acontecimentos psicossociais significativos, e que isso pode acarretar invasão do organismo por diversos agentes infecciosos, precipitando doenças ou agravando as já existentes. As doenças auto imunes costumam se caracterizar por sua gravidade e por extensos prejuízos à vida pessoal, familiar e social dos doentes” (p.124).

Doenças auto-imunes ou de auto-agressão são as que parecem desenvolver certas reações imunes aos constituintes naturais do organismo levando a lesões localizadas ou sistêmicas, características das DII, nas quais o componente imunológico, especialmente na RCUI, destaca-se notavelmente.

Para CASTRO e SAVASSI ROCHA (1988), o que ocorre é que a imunomodulação, absolutamente essencial à proteção do organismo, pode, por distorções primárias ou secundárias, perder o controle do processo inflamatório e adquirir enorme potencial de dano, voltando-se contra si mesma pela incapacidade de regular seus próprios mecanismos (p.290).

MAC DONALD et al. (2000) também consideram a possibilidade de que as DII sejam desencadeadas por reação auto-imune.

O grupo das doenças ditas “*psicossomáticas*” enquadra-se, segundo a CID-10 (1993), na categoria Fatores Psicológicos e de Comportamento Associados a Transtornos ou Doenças Classificadas em outros Locais (F54-). Apresenta como principal característica a presença de influências psicológicas ou de comportamento como um fator relevante na etiologia de transtornos físicos, que podem ser classificados em outros blocos da CID-10 (1993). A RCUI enquadra-se nesta classificação.

A RCUI e a DC são doenças idiopáticas de inflamação no intestino, de forma e gravidade variáveis. Vários autores aludem à existência de fatores emocionais e comportamentais no seu desencadeamento e evolução. Entre eles destacam-se:

PONTES (1995), que em suas explicações afirma que:

“É de fundamental importância abrir espaço para compreender que a situação de conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja do indivíduo com a circunstância à qual está submetido – geradora de emoção – é suficiente para gerar transtornos funcionais, e estes, se repetidos e persistentes, alteram a vida

celular acarretando a lesão orgânica e suas complicações” In MELLO F^O (1992: p.98).

PERESTRELLO (1987), que acredita na influência de situações emocionais conflituosas no desencadear da RCUI, pois tem o conhecimento de que:

“Em situações produtoras de conflito, de ressentimento e de hostilidade, a mucosa do cólon se torna hiperemiada, com aumento dos movimentos (...) As situações estressantes da vida estão intimamente relacionadas não apenas a desordens funcionais do cólon, mas mesmo a lesões estruturais verdadeiras com ulcerações do tecido (...) No que diz respeito ao cólon, é bastante conhecida a alta incidência das desordens funcionais onde o fator psicológico tem papel preponderante” (p.165).

Podemos observar que nesse enunciado o autor se refere ao ressentimento e à hostilidade em situações estressantes como fatores desencadeantes nas DII.

HABR-GAMA et col. (1994) sugerem como possíveis desencadeantes:

“Os fenômenos psicológicos podem ser desencadeantes necessários que, ao conjugarem-se a outras condições combinadas diversas, tornam-se suficientes. Os fatores emocionais abririam caminho para os infecto-contagiosos, aumentando a sensibilidade visceral, com alteração da permeabilidade da mucosa e sua resistência aos agentes agressivos” (p.1170).

ALEXANDER (1989) acredita ser a colite mucosa uma neurose provocada pela tensão emocional:

“A colite mucosa tem sido há muito tempo considerada como uma neurose. WHITE, COBB e JONES (Mucosis Colitis 1939), concluíram que a colite mucosa é uma desordem da função fisiológica do cólon causada pela atividade excessiva do sistema

nervoso parassimpático, o que, por sua vez, pode ser atribuído a tensão emocional em 92% dos casos” (p.192-93).

3.3 - Características da Reto Colite Ulcerativa Inespecífica

GOLIGHER (1990), explica que o termo *Retocolite Ulcerativa Inespecífica* como geralmente é entendido, denota uma forma de colite de etiologia desconhecida, caracterizada por ulceração da mucosa (vol.2-p.874).

A RCUI é enfermidade com características de processo inflamatório crônico da mucosa do intestino grosso, de padrão distal e contínuo. É por isso que afeta o reto na maioria dos doentes. A extensão do comprometimento da RCUI é definida como:

- **Proctite**, quando está restrita ao reto, ou seja, com presença de inflamação até 15 cm da linha pectínea.
- **Colite distal**, nos enfermos com a doença no reto e cólon sigmóide até 30 cm da linha pectínea.
- **Colite esquerda**, quando atinge todo o cólon esquerdo, ou seja, reto, sigmóide, descendente e ângulo esplênico.
- **Colite subtotal**, nos casos em que a RCUI compromete o reto e todo o cólon, exceto o ascendente.
- **Pancolite ou colite universal**, nos doentes que apresentam a moléstia em todo o reto e cólon CCFA (1996).

3.3.1 – Epidemiologia

A incidência da doença inflamatória intestinal (DII), cuja média oscila entre 6 e 8 casos para 100 mil habitantes/ano, CORTOT et al. (1991), varia geograficamente, embora seja de ocorrência universal.

Segundo QUILICI (2002), a RCUI é mais comum em países com alto poder socioeconômico, como os do norte europeu, os EUA e o Canadá. Houve também crescimento em outras regiões da Europa e, mais recentemente, no Japão e na América do Sul (p.7-8).

Através dos dados epidemiológicos de TEIXEIRA et. al. (1991) e QUILICI (2002), em nosso país, a incidência média anual vem aumentando nos últimos anos .

3.3.2 - Gênero

Estudos epidemiológicos feitos por CULLINAN e MAC DOUGALL (1966), EDWARDS e TRUELOVE (1963) e WATTS et col. (1966) confirmaram ser a RCUI uma *doença de mulheres*, por apresentar uma maior incidência no gênero feminino.

Segundo QUILICI (2002), na Inglaterra e no País de Gales, a freqüência é de 1,5 mulher enferma / homem enfermo (p.9).

É interessante, no entanto, observar que nos grupos de casos de RCUI iniciada na infância, relatados por CANBY e MEHLHOP (1964), MICHENER et col. (1964) e ROSS (1964), houve uma inversão da proporção entre os gêneros, ou seja, a maior ocorrência entre o gênero masculino.

Ainda segundo ROSEMBERG (1990), a RCUI atualmente acomete ambos os gêneros, igualmente. QUILICI (2002) aponta que no Brasil a distribuição entre os sexos parece ter a mesma proporção (p.9).

3.3.3 - Idade

No compêndio de HARRISON (1998), o pico maior de ocorrência é observado entre 15 e 35 anos, embora o início do distúrbio possa ocorrer em qualquer idade (p.826).

PRADO & BORGES (2000) registram outro pico de ocorrência - entre 60 e 70 anos (p.238).

Devido ao aumento da população idosa, a CCFA (1996) registra ainda outro pico - entre 50 e 80 anos, no qual nos apoiamos para a escolha dos colaboradores para realização do presente estudo.

3.3.4 - Etnia

BIRNBAUM et col. (1960); GOLIGHER (1990) e PRADO & BORGES (2000), em suas pesquisas, mostraram que a RCUI é mais rara entre a população negra do que entre a população branca. Nos resultados estatísticos, é duas ou três vezes mais freqüente entre os judeus do que entre os não judeus. No entanto, entre os judeus de Israel, ocorrem consideráveis diferenças na prevalência da RCUI de acordo com sua origem étnica.

QUILICI (2002) relata que no Brasil a distribuição racial é dificultada pelo alto grau de miscigenação branco/negro que caracteriza a população (p.9).

3.3.5 - Etiologia

Na Reto Colite Ulcerativa Inespecífica, nenhuma causa orgânica pode ser encontrada, e segundo KRUPP (1987), sua etiologia é desconhecida e pode ser múltipla.

Vários autores, como MELLO FILHO et col. (1992), consideram a RCUI como a *“rainha das doenças psicossomáticas”*.

GOLIGHER (1990), em sua postura que merece ser destacada, nos diz que:

“Embora várias teorias sobre a etiologia da reto colite ulcerativa tenham sido propostas de tempos em tempos, nenhuma delas provou ser aplicável generalizadamente, e, para dizer a verdade

nós ainda somos quase que totalmente ignorantes quanto à causa desta doença” (p.875).

Para DAMIÃO & HABR-GAMA (1993); HABR-GAMA et col. (1994) e MORAES F^o (2000), dos possíveis fatores que influenciam na etiologia da RCUI, podem ser considerados mais importantes o infeccioso, o genético, o emocional ou sóciopsicossomático e o imunológico.

Os **fatores infecciosos** ainda não encontraram comprovação científica, podendo, no entanto, ser responsáveis, em alguns casos, pela exacerbação dos sintomas (DAMIÃO; HABR-GAMA,1993).

Segundo QUILICI (2002), a etiologia infecciosa foi cogitada devido à similaridade da RCUI com as colites bacterianas. Mas, múltiplos estudos com bactérias comuns ou raras falharam em identificar um agente infeccioso (p.11).

3.4 - Fatores

3.4.1 - Fatores Genéticos

GOLIGHER (1990) ressalta que há uma predisposição familiar genuína para a Reto Colite Ulcerativa Inespecífica (p.875).

Na literatura especializada, relatos de HARRISON (1998) mostram a incidência de RCUI em membros de uma mesma família. Esses autores sugerem a existência de um componente genético devido ao risco aumentado entre parentes do primeiro grau, especialmente os pais . Na RCUI, o risco para um parente em primeiro grau judeu é de 4,5%, contra 1,6% para um parente em primeiro grau não judeu. [\(www.gastroNews.org.br\)](http://www.gastroNews.org.br) n3(p.4).

PRADO & BORGES (2000) relatam que a RCUI ocorre também em gêmeos, principalmente monozigóticos (p.234).

3.4.2 - Fatores Emocionais

As emoções são estados internos que não podem ser diretamente observados ou medidos. Toda e qualquer emoção tem dois componentes: o mental ou psíquico e o corporal.

Segundo DAVIDOFF (1983), emoções são “*estados internos caracterizados por cognições, sensações, reações fisiológicas e comportamento expressivo específicos*” (p.427).

As emoções surgem quando reagimos a determinadas experiências. O conjunto dessas reações é coordenado no Sistema Nervoso Central (SNC), principalmente por um complexo de estruturas cerebrais que são denominadas de eixo Hipotálamo-Hipófise e Sistema Límbico. A parte do Sistema Límbico relacionada mais especificamente às emoções e seus estereótipos comportamentais denomina-se *Circuito de Papez*. Faz parte desse circuito uma região cerebral nobre denominada Hipotálamo e este, finalmente, é quem governa a expressão das emoções. Atualmente, através dos estudos realizados pela neurocientista PERT (1972), sabe-se que os receptores emocionais estão situados em pontos específicos, em toda a extensão corporal.

LIMONGI FRANÇA & RODRIGUES (1999) mostram que os possíveis sintomas decorrentes das alterações dos órgãos de fibras musculares lisas seriam vômitos, diarreias, prisão de ventre e alterações da motilidade de estômago e intestinos (p.61).

A importância dos fatores emocionais no desencadeamento e evolução clínica da RCUI, foco deste estudo, tem sido amplamente reconhecida desde as publicações de MURRAY e SULLIVAN et col. (1930) e ALEXANDER (1989).

Em 1903, LANGEHAGEN descreveu 1.200 casos de colite mucomembranosa, enquadrando-a na neurose.

PONTES (1995), “pai da gastroenterologia brasileira”, também mostrava a importância da influência psíquica quando enfatizava que *as emoções ocorrem*

simultaneamente em nível de corpo e de processos mentais” e se expressam através da alteração das funções secretoras, motoras e de irrigação dos órgãos.

Experiências de WOLF e WOLFF (1953) e GRACE e ENGEL (1951) mostraram a enorme importância dos fatores emocionais no funcionamento do aparelho digestivo, podendo também produzir alterações na mucosa do colo, chegando a uma franca ulceração provocada pela tensão emocional que, segundo MILLER de PAIVA (1955), é freqüentemente responsabilizada também pela precipitação de crises de espasmos do cólon.

GOLIGHER (1990), em seu livro *“Cirurgia do ânus, reto e colo”*, vol.2, cita as pesquisas de MURRAY (1930), WITTKOWER (1939), PAULLEY (1956), GROEN e VAN DER VALK (1956), nas quais pacientes portadores de RCUI são, com freqüência, altamente sensíveis e introspectivos e que suas crises coincidem, normalmente, com períodos de estresse (p.876).

KRUPP (1987), também enfatizava a importância de se descartar a possibilidade de doença gastrointestinal apenas orgânica. Para ele, quase sempre existem antecedentes estressores e de nervosismo ao lado de traços neuropáticos e de distúrbios emocionais (p.517-518).

BERGERET (1983) afirma que, na etiologia das doenças de manifestações somáticas, os fatores psicológicos têm papel relevante (p.268).

PERESTRELLO (1989) confirma essa relevância quando nos diz que:

“Nada se passa na intimidade de nossos tecidos e humores sem que as nossas emoções estejam presentes.”(p 68)(....). A doença é algo interno, e não algo que vem de fora e se superpõe ao indivíduo; mas um modo peculiar que o indivíduo encontra de se expressar em circunstâncias adversas” (p.254).

3.4.3 - Fatores Ambientais

Os fatores ambientais são fundamentais no desenvolvimento do ser humano. Na infância, sua influência é importante para garantir e incentivar o crescimento e a socialização da criança. Ao longo desta trajetória de vida, esses fatores tendem a diminuir sob o impacto das doenças crônicas e neurológicas geradoras de incapacidade, que caracterizam o processo de envelhecimento (NERI, 2001).

Algumas evidências sugerem a associação dos fatores ambientais no aparecimento e evolução das doenças inflamatórias intestinais. HARRISON (1998) constata que, entre os fatores ambientais, o que mais se destaca é o *hábito tabágico*. Para alguns autores, o início da RCUI, com frequência, sucede a interrupção do fumo (p.826).

Aludindo a esse fator, BITEMAN (1997) ressalta uma observação feita por pesquisadores nos EUA referente ao aparecimento da RCUI em tabagistas crônicos logo após terem deixado de fumar, como se o cigarro funcionasse como uma válvula de escape para seus conflitos emocionais. Relação essa confirmada pelo desaparecimento da doença após a reintrodução do tabagismo (p.174).

Segundo WIGLEY e MAC LAURIN (1972), a maior frequência da RCUI ocorre nas populações urbanas, devido às condições de vida mais estressantes, e menos nas rurais, onde há uma maior interação do homem com a natureza.

DASH (1997) considera que a doença é, naturalmente, presente em cada Ser e sua manifestação vai depender da sua atitude mental, do seu meio ambiente, de seu comportamento e de sua alimentação.

3.4.4 - Respostas / Alterações Imunológicas

HARRISON (1998) cita que a patogenia da doença inflamatória intestinal envolve a ativação das células imunes por um agente desencadeante desconhecido que pode ser microorganismo, componente dielétrico, antígeno

bacteriano ou auto-antígeno, resultando na libertação de citocinas e mediadores inflamatórios. Outros fatores patogênicos potenciais incluem anticorpos, anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) no soro em 70% dos pacientes (p.826).

Para BROBERGER e PERLMANN (1959), citados por GOLIGHER (1990), a RCUI pode ser uma doença auto-imune. BURCH et col. (1969), mostraram uma evidência indireta da auto-imunidade como base para o aparecimento da RCUI. Eles assinalaram que as distribuições etárias e sexuais em vários grupos publicados de RCUI, em diferentes partes do mundo, eram muito semelhantes e que os padrões etários do início da doença eram independentes das áreas geográficas nas quais foram registrados, o que os levava a crer que deveria haver uma íntima correlação entre este padrão imutável e a patogênese subjacente (p.877).

TRUELOVE (1961) relatou que em um pequeno grupo de pacientes com RCUI, a retirada do leite e dos seus derivados da dieta era seguida de uma remissão clínica, enquanto que a sua reintrodução parecia levar a um agravamento dos sintomas durante os próximos dias ou semanas, demonstrando que a RCUI representa uma resposta imunológica a antígenos que podem ser alimentadores (alimentos, substâncias químicas ou drogas) (p. 876).

QUILICI (2002) observou que as proteínas do leite de vaca são apontadas como principal agente na recorrência dos sintomas da RCUI, podendo sua retirada da dieta induzir à remissão dos mesmos (p.13).

STROBER & JAMES (1986), FIOCLAIC (1991), PULLMAN et al. (1992), baseados em estudos voltados para a etiopatogenese das doenças inflamatórias intestinais, especialmente a RCUI, relatam que a doença pode ser causada por uma regulação deficiente da mucosa intestinal a um antígeno ou grupo de antígenos comumente presentes no meio mucoso.

3.5 - Aspectos Clínicos

A RCUI pode variar desde casos discretos, com sintomas relativamente insignificantes, até casos agudos e fulminantes, com diarreia e prostração intensas.

A diarreia é característica. Podem ocorrer mais de 30 ou 40 evacuações por dia, na exacerbação da doença, com presença de muco e sangue nas fezes, sendo a presença de sangue nas fezes a manifestação essencial da doença. Pode haver constipação em lugar de diarreia. Quando a diarreia é grave, manifesta-se também no período noturno. O tenesmo retal pode ser intenso e pode haver incontinência anal. A dor em cólica no baixo ventre é freqüente, mas pouco intensa. Pode ser observado ainda anorexia, mal estar, fraqueza e fadiga.

KRUPP (1987) relata que na RCUI existe a tendência a remissões e exacerbações (p.520).

DAMIÃO e HABR-GAMA (1987) nos dizem que febre, perda de peso e sinais de toxemia variam de acordo com a gravidade da doença. Na forma fulminante, pode haver distensão abdominal podendo motivar intervenção cirúrgica que, eventualmente, culmina em estomia (p.1).

KRUPP (1987), constatou que o exame retal pode revelar irritação na região perineal, fissuras, hemorróidas, fístulas e abscessos (KRUPP, 1987:520).

Dependendo da evolução que a doença assume, GOLIGHER (1990) em sua experiência clínica, concluiu que no diagnóstico pode-se reconhecer a RCUI em várias formas:

- a) Reto Colite Ulcerativa Inespecífica Crônica Recidivante – a variedade mais comum, que compreende pelo menos 95% dos casos.
- b) Reto Colite Ulcerativa Inespecífica Crônica Contínua – os sintomas se apresentam moderadamente graves.
- c) Reto Colite Ulcerativa Inespecífica Aguda Fulminante – forma bastante aguda associada com sintomas particularmente graves (p.895).

3.5.1 – Complicações

a) Complicações locais

As complicações locais na RCUI compreendem o abscesso isquiorectal, a fístula anal, a fístula retrovaginal, o prolapso do reto, a estenose fibrosa do reto ou do cólon e a dilatação tóxica do cólon. A incidência de câncer é significativamente mais alta em pacientes com RCUI.

b) Complicações sistêmicas

Compreendem a piodermite gangrenosa e eritema nodoso, poliartrite, espondilite anquilosante, lesões oculares, doenças do fígado, anemia, tromboflebite e pleuro pericardite KRUPP (1987).

Vários autores, entre eles GERALDO et col. (1994), ressaltam que pacientes com RCUI têm maior risco de desenvolver adenocarcinoma do intestino que a população em geral (p.579).

4 - FENÔMENO da RCUI E OBJETIVOS

4.1 - Fenômeno

A RCUI, por ser uma doença crônica, de etiologia orgânica desconhecida, apresenta quadro sintomatológico e prognóstico graves que podem estar associados a aspectos emocionais peculiares aos pacientes e à sua fragilidade diante de determinados conflitos vivenciados, muitas vezes, meses ou anos antes do início dos sintomas, mas que contribuem para eclosão da enfermidade.

A RCUI apresenta alterações graves em seu surgimento e evolução, precedidas por manifestações associadas a situações de estresse em diversos aspectos existenciais.

4.2 - Objetivos

4.2.1 - Geral

Buscar compreender como os pacientes portadores de RCUI, com idade acima de 50 anos vivenciam emoções tais como *a raiva, o medo e a ansiedade*, a partir da compreensão do significado que esses Seres doentes atribuem à doença e sua evolução, através dos seus próprios relatos.

4.2.2- Específicos

- a) Compreender, interpretar e discutir os aspectos significativos da vida dos pacientes através da análise dos relatos de como eles sentem e dizem lidar com a doença.

- b) Compreender, interpretar e discutir que repercussão psicossocial e profissional a RCUI pode desencadear no decorrer de suas existências.
- c) Viabilizar, através dos resultados deste estudo, aos membros de sua família e aos profissionais da área da saúde uma visão mais abrangente dos aspectos emocionais como um dos possíveis fatores etiopatogênicos da RCUI, permitindo assim uma atitude diferenciada em seu inter-relacionamento, através da compreensão dos conflitos existenciais e emocionais a que são acometidos os pacientes portadores dessa síndrome.

5 - METODOLOGIA

5.1 - Metodologia Clínico-Qualitativa ou Compreensiva-Explicativa, Fenomenológica.

5.1.1. - Conceitos

Etimologicamente, método é uma palavra que vem do grego *méthodos*, (*meta+hodós*), “caminhos para se chegar a um fim”.

Quando o Homem começou a observar o mundo à sua volta e a interrogar-se a respeito dos fenômenos da natureza, foi movido pela curiosidade de “querer saber” que levava ao desejo de “saber fazer” e de conhecer o “como fazer”, fazendo surgir a necessidade do método. Definiu-se, então, método como o caminho a se percorrer em busca do conhecimento.

LALANDE (1993) define o método como o “*caminho pelo qual se chega a determinado resultado, mesmo quando esse caminho não foi precisamente fixado de uma maneira premeditada e refletida*” (p.678).

Para JOLINET (1975), *método* pode ser um “*conjunto ordenado de procedimentos que servem para descobrir o que se ignora ou para provar o que já se conhece*” (p.14).

Sendo o nosso objetivo compreender os fatores emocionais em pacientes portadores de RCUI, precisávamos de um método que fosse suficientemente criativo e flexível para nos permitir explicitar a complexidade do fenômeno da RCUI, e que, ao mesmo tempo nos permitisse pensar nas relações profundas, simbolicamente internalizadas, que ocorrem entre estes seres humanos em seu

contexto social, histórico e cultural. Por isso, a escolha foi pelo Método Clínico-Qualitativo, uma vez que correspondia às dimensões de profundidade de análise que o estudo exigia.

Na Antiguidade, o método clínico já era utilizado nas mais diversas culturas por médicos voltados à minimização da dor e do sofrimento de seus doentes. Na cultura chamada ocidental, a influência do método clínico predominante advém da medicina hipocrática. Na Grécia, HIPOCRATES (460 AC.) e seus seguidores trouxeram contribuições valiosas à compreensão da doença vista como um processo natural. Os sintomas eram vistos como reações do organismo doente e o médico tinha o encargo de ajudar as forças naturais do organismo. Em sua doutrina, as principais características eram a observação feita pelo médico, a avaliação e o estudo do que este pudesse ver, sentir e ouvir em relação a seu paciente.

Com HIPOCRATES, tornou-se possível o desenvolvimento de uma Medicina Natural e sistematizada, embora na época não houvesse conhecimentos maiores sobre anatomia, cujo apogeu ocorreu após a Idade Média.

GALILEU GALILEI (1564-1642), físico e astrônomo italiano, foi quem conferiu autonomia às ciências, delimitando seu objeto, seu objetivo e seu método, distinguindo-as da filosofia e da religião. Nasceram as Ciências da Natureza ou Ciências Naturais.

Nas Ciências da Natureza, o que se espera e se procura são as explicações causais para os fatos e, a partir daí a generalização dos achados, criando-se leis e teorias.

Para POPPER (1998):

“Oferecer uma explicação causal de certo acontecimento significa deduzir um enunciado que o descreva, utilizando, como premissas da dedução, uma ou mais leis universais combinadas com certos enunciados singulares às condições iniciais” (p.62).

A história dos métodos qualitativos ou compreensivo-interpretativos é mais recente. Eles surgiram há pouco mais de um século, misturando-se com o início da idéia de se criar as Ciências do Homem, que surgem em contraponto às já estruturadas Ciências da Natureza.

Nas Ciências do Homem, segundo Japiassu (1981), há um conjunto de disciplinas que teriam por objeto de estudo as diversas atividades humanas enquanto implicam relações dos homens entre si e com as coisas (p.97).

As metodologias da pesquisa qualitativa, segundo MINAYO (1999), podem ser entendidas como:

“... aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (p.10).

A preocupação essencial da abordagem qualitativa é o significado. A compreensão das coisas como elas se apresentam na realidade, valorizando a descrição da forma e da natureza dos fenômenos.

Para TURATO (2000):

“A metodologia clínico-qualitativa é o estudo teórico e o correspondente emprego em investigação de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde”. (p.96).

Segundo JAPIASSU & MARCONDES (1996), a fenomenologia tem sido a principal base filosófica para a metodologia clínico-qualitativa. O substantivo grego *phainomenon*, - no qual *pha* e seu semelhante *phos* significam luz, brilho, deriva do verbo *phainestai*, cujo significado é “o que se mostra, o que se manifesta, o que

aparece”. Desse vocábulo grego surgiu o termo fenomenologia, criado por LAMBERT, no séc. XVIII, para designar o estudo descritivo do fenômeno como se apresenta à nossa experiência e tornou-se uma corrente filosófica que se pode chamar de “*volta as coisas mesmas*” ou daquilo que aparece à consciência, isto é, à consciência de alguma coisa (p.101-102).

BICUDO (1994) cita FINI (1994), para quem a fenomenologia é um pensar a realidade de modo rigoroso. É o que surge à consciência e se manifesta para ela como resultado de uma interrogação, sendo que o que a caracteriza não é ser ou procurar ser este pensar, mas o modo pelo qual o pesquisador age para conseguir esta meta.

O pai da fenomenologia foi HUSSERL (1859-1938), filósofo checo, radicado na Alemanha. Em 1900, ele publicou o texto “Investigações Lógicas”, escrito em 1985:

“Digo isto e viso justamente o papel que está na minha frente. É à percepção que essa palavra deve sua relação a este objeto. Mas não é na própria percepção que a significação reside. Quando digo isto, não me limito a perceber mas, fundado na percepção, se constrói o ato do visar-isto, um ato novo que por ela se rege e que dela depende quanto à sua diferença. Nesse e só nesse visar indicativo é que reside a significação” (p.20-21).

JASPERS (2003) foi um grande representante da fenomenologia existencialista e da psicologia compreensiva. Segundo esse autor, compete à fenomenologia uma designação restrita da vivência individual.

“Apresentar de maneira viva, analisar em suas relações de parentesco, delimitar, distinguir da forma mais precisa possível e designar com termos fixos os estados psíquicos que os pacientes realmente vivenciam” (p.71).

Para JASPERS, a atitude básica metodológica se impõe contra a absolutização, ou seja, tudo é relativo, nada é absoluto.

A atitude científica fundamental é estar-se aberto para todas as possibilidades de investigação empírica, que pedem sempre um questionamento e uma objetividade. O princípio metodológico e a atitude decorrente na investigação e pesquisa podem superar o perigo da infinidade, que, segundo ele *“tudo explica e por isso mesmo não explica nada”*.

KOIZUME (1992) nos diz que, na pesquisa fenomenológica, a abordagem é indutiva, descritiva, e seu foco é a compreensão das respostas globais do ser humano e não somente a compreensão de partes ou comportamentos específicos, tendo como objetivo descrever a experiência como ela realmente se apresenta ou é experienciada (p.36).

Ao falar de abordagem indutiva ou dedutiva, JOJA (1995) nos relata o fato de que na lógica dialética indução-dedução são obrigatoriamente complementares e harmônicas. Análise e síntese são inseparáveis, mas para sintetizar com êxito é preciso analisar. Logo, sempre que a indução parte do essencial ela se confunde com a dedução, pois a análise dedutiva elimina as circunstâncias e apresenta o fenômeno em sua simplicidade.

TURATO (2003), em sua abordagem a respeito dos métodos indutivo e dedutivo, diz concordar com TRIVIÑOS (1995) acerca dos fenômenos, quando este comenta que podem ser explicados *“num processo dialético indutivo-dedutivo”* (p.264).

Segundo CHAUI (1995):

“A fenomenologia, método retomado e aprofundado por HUSSERL, ganhou consciência na procura de estudar os significados da experiência humana, o que foi uma forma decisiva na contribuição para garantir às ciências do homem tanto à existência como a especificidade de seus objetos” (p.274).

O pesquisador fenomenologista que se constitui em *instrumento-chave* da pesquisa, segundo BOGDAN & BIKLEN (1998) e KOIZUME (1992), deve estar preocupado em dar relevância aos aspectos subjetivos do comportamento humano, cultivando como habilidades a intuição e a empatia e utilizando-as de

forma deliberada, de modo a poder compreender melhor o comportamento e experiência humanos. Essas autoras buscam entender, através de uma observação empírica, o processo pelo qual o ser humano constrói significados,

TURATO (2003) sugere que o pesquisador deve ter como alvo o sofrimento do indivíduo, com que corroboro por ser esta a postura mais adequada numa pesquisa voltada para os aspectos emocionais de uma DII, como a RCUI, que leva o seu portador a um sofrimento existencial merecedor de ajuda e acolhida para que possa suportá-lo.

“É a postura de acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo, alvo dos estudos do pesquisador, assumida por esse profissional, que assim inclina sua postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, que interage com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação em direção à pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente, empreendendo de forma sistematizada uma pesquisa dos fenômenos como percebido por este indivíduo, e sendo primitivamente movido pelo desejo de ajuda a quem sofre” (p.240).

Para BICUDO (1994), dentro da perspectiva fenomenológica todas as formas de percepção do objeto implicam em relacionamento entre pesquisador e sujeito.

“É através da imaginação, valioso instrumento de análise, que o pesquisador pode sentir e ver o objeto expressando significações se permitindo ir além da percepção, na apreensão da essência em busca do significado articulado”. O sujeito da pesquisa é atribuidor de significados, e quem deve buscar a compreensão desses significados é o pesquisador” (p.39- 86).

KOIZUME (1992) corrobora com a atribuição de significados colocada por BICUDO (1994), quando ressalta que o pesquisador deve estar inteiramente envolvido com as experiências do sujeito a fim de interpretá-lo, permanecendo aberto às suas percepções, sem, no entanto, tentar compor o significado pelas suas próprias experiências (p.42).

Envolver-se inteiramente com as experiências do pesquisado sem interferir no conteúdo de seu significado não é uma tarefa fácil para o pesquisador, pelo contrário, como bem nos diz TRIVIÑOS (1995), que afirma não existir nada mais complexo do que desvendar e poder validar os propósitos ocultos ou manifestos dos comportamentos dos indivíduos, pois:

“A validade das conquistas reside precisamente na exatidão com que o pesquisador realiza a busca de significados, que condutas e organismos tem para os indivíduos que são afetados direta ou indiretamente, clara ou obscuramente em suas decisões e em suas vidas” (p.124).

EISNER (2001) atribui ao pesquisador a tarefa de tentar ver o pesquisado segundo seus próprios termos, incumbido de revelar o que lhe é particular. Para EISNER, o pesquisador, na pesquisa qualitativa, deve atender a quatro qualidades importantes: *“sensibilidade apurada, idéia, imaginação e habilidade técnica”*. Segundo ele, a ausência de qualquer uma dessas qualidades implica em prejuízo dos resultados.

5.1.2 - KARL JASPERS (1883-1969)

KARL JASPERS, filósofo e psiquiatra alemão, nasceu em Oldenburg, nas proximidades de Bremen. Escolheu a carreira de direito, com o objetivo de exercer a profissão de advogado e, ao mesmo tempo, seguiu cursos de filosofia. O curso de direito ficou inconcluso porque, nele, não via utilidade para os propósitos que

alimentava. Resolveu, então, estudar medicina concluindo o curso aos 26 anos de idade. JASPERS sempre encontrou no meio médico uma grande resistência à sua inclinação filosófica.

Um grande representante da fenomenologia existencialista e da psicologia compreensiva, em sua forma de observar o doente na anamnese, ele nos mostra que compete à fenomenologia a importância de designar uma visão específica subjetiva da vivência individual desse paciente.

“Apresentar de maneira viva, analisar em suas relações de parentesco, delimitar, distinguir da forma mais precisa possível e designar com termos fixos os estados psíquicos que os pacientes realmente vivenciam” (p.71).

JASPERS tornou a psicopatologia uma ciência autônoma. Psicopatologia, de origem grega, um discurso (*logos*), um saber sobre a paixão (*pathos*) da mente, da alma (*psyquê*), ou seja, um discurso representativo a respeito da paixão, um discurso sobre o sofrimento humano.

Em sua forma de pensar, o objeto do conhecer e do reconhecer, do caracterizar e do analisar não é o indivíduo e sim o homem. O homem com sua alma ou psiquismo, com sua consciência, um Ser no seu mundo, um vir a ser, um desenvolvimento, uma evolução.

Para ele só o que existe realmente na consciência deve ser representado. *“Há que se deixar de lado todas as teorias, as construções psicológicas, tudo o que é simples interpretação e julgamento”*. Ele nos diz para nos determos apenas no que se pode compreender, distinguir e descrever em sua existência real, sem preconceitos, somente na percepção do fenômeno em si mesmo.

A atitude básica metodológica consiste no conhecimento crítico da existência dos limites e da amplitude, um saber claro da importância do todo.

A atitude científica fundamental é estar-se aberto para todas as possibilidades de investigação empírica, que pedem sempre um questionamento e uma objetividade. Segundo JASPERS (2003), só podemos conceber e investigar o

que se nos tornou objetivo, pois a alma ou psiquismo não é de forma alguma objeto, mas torna-se objeto através daquilo em que se mostra perceptível no mundo - nos fenômenos somáticos concomitantes, nas expressões inteligíveis, nos comportamentos e nas ações. Este procedimento só se efetiva na comunicação entre paciente e pesquisador. Só os pacientes nos comunicam os fenômenos patológicos mais essenciais e perceptíveis e o pesquisador deve se dar conta de todo fenômeno psíquico e de toda vivência que neles aparecem em suas descrições próprias e individuais (p.20-21-vol1).

A investigação deve conservar a consciência da amplitude do ser humano em toda a sua realidade, em sua existência concreta e em todas as possibilidades de seu pensamento infinito. Deve-se alçar a um nível em que se possa conhecer e compreender o ser humano doente em suas significações.

Para JASPER o saber é *um conjunto de espécies muito diferentes de validade, importância e essência* - aprender a saber o que se sabe e o que não se sabe, como, em que sentido e dentro de que limites se sabe e com que meios este saber foi adquirido e fundamentado.

Não há como reduzir inteiramente o ser humano. Não há um conceito fundamental que possa conceber o homem exaustivamente.

Quando se refere ao pesquisador, JASPERS (1973) nos diz que:

“O pesquisador não se faz pesquisador pelo simples fato de ser um intelecto, que, como um receptáculo vazio, recolheria de fora tudo o que pudesse colher. Ao contrário, o pesquisador é um instrumento indispensável de conhecimento com toda a sua vida. Deve haver nele pressuposições sem as quais a investigação permanece estéril” (p.34).

O pesquisador, como detentor dos limites dentro de um saber ordenado e de uma capacidade intuitiva de pensar, deverá ser capaz de mover-se em todas as direções, fazendo uso de sua experiência pessoal e de sua aguçada intuição, requisitos que nenhum livro pode fornecer, mas que dependem do alcance, da abertura e da plenitude de sua capacidade de vivenciar e perceber. É importante

que procure construir para si um mundo de concepções onde possa estabelecer a relação entre o pensar e a percepção na identificação por meio de conceitos. Precisa saber o *quê* e *como* compreender e explicar de acordo com o seu nível de conhecimento humano, e saber estruturar para poder explicitar o que é principal e o que é secundário.

A noção de “*empatia*” na clínica e na teoria da psiquiatria fenomenológica é fundamental para JASPERS, pois trata-se de compreender o doente em sua própria experiência da doença.

“*Frieza e empatia*” não devem se opor e sim se complementar. Somente uma observação fria não consegue captar o essencial, e isto implica em deixar o doente o mais livre possível para discorrer sobre os detalhes e particularidades de sua vivência. O pesquisador, ao trazer para si essa vivência, deve buscar reconstruir, com a maior fidelidade possível, o mundo deste Ser que se encontra enfermo.

A apreensão científica do psíquico é separar, delimitar, distinguir e descrever determinados “*fenômenos vividos*”, que são representados e designados regularmente por uma determinada expressão.

É importante, na fenomenologia, compreender e explicar os conceitos sobre a representação das vivências e dos estados psíquicos, não apenas como fenômenos vivenciados subjetivamente, mas também reconhecer o psiquismo em qualquer que seja sua expressão, observar o funcionamento e as manifestações, as atitudes e o mundo dos pacientes.

Compreender para indicar o conhecimento intuitivo do psiquismo do paciente, e *explicar* para mostrar as conexões causais objetivas percebidas através das manifestações. O importante é o pensamento indagador como um princípio de estruturação metodológica, para o qual o todo só tem valor a partir de uma perspectiva. e de uma ordem que torna conscientes todos os modos de apreensão, todas as formas de observação de pensamento, todos os caminhos de investigação, todas as atitudes básicas do conhecimento.

Estruturação metodológica que, segundo o autor, não é fácil de se adquirir nem permite o domínio do todo. Não há como concluir o trabalho da estruturação e ordenação metodológica. Dentro de uma exposição global, a estruturação se constitui num esforço contínuo de extrair o conteúdo dos estudos já realizados e dos fatos apresentados. É preciso tornar as idéias estruturais conscientes e buscar integrá-las no contexto.

Sempre o homem é mais do que se pode conhecer, é uma unidade, um ser individual, é um universo único e ilimitado que pode proporcionar a totalidade das relações possíveis entre os fatos que se podem investigar. Todos os fatos particulares possuem caráter típico dentro de um todo que lhes é próprio.

Dedico-me ao atendimento e à pesquisa de pacientes portadores de DII desde 1996. A escolha do método fenomenológico de KARL JASPERS, neste presente estudo sobre a RCUI foi motivada pela sua visão do ser humano, a qual vem ao encontro de minha formação. São as mesmas concepções teóricas na forma de investigar, observar, compreender e sentir o paciente em seu mundo na busca pela compreensão dos fenômenos e seus significados, com os quais nos deparamos em nossa experiência clínica. Concepções estas que partem do enunciado do homem como uma totalidade psicofísica. Compreendemos que, ao transcender, ou seja, nos permitir, intuitivamente, ultrapassar os limites da consciência, buscando conteúdos inconscientes, podemos pensar na enfermidade como uma forma de comportamento que pode ter origem tanto no orgânico como no psíquico.

5.2 - Instrumento

5.2.1 - Entrevista semidirigida de questões abertas.

A escolha da entrevista semidirigida de questões abertas para a coleta de dados foi motivada pela possibilidade de oferecer ao entrevistado a oportunidade de discorrer sobre o tema, sem restrições e sem um direcionamento pré-estabelecido.

O termo entrevista advém dos radicais latinos *inter* e *videre*, que podemos entender etimologicamente como “entre olhos”.

Na literatura clássica, quanto ao seu formato, a entrevista é classificada em: *estruturada, semi-estruturada e não estruturada*.

TURATO (2003) define “estruturadas” como sendo todos os tipos de entrevistas, não existindo situação previamente estabelecida que não tenha uma estrutura. Classifica, então, a entrevista, enquanto instrumento de investigação científica, em três tipos: *dirigida, semidirigida e não dirigida*, justificando sua classificação quanto a serem dirigidas ou guiadas e podendo ser “*totalmente*”, “*parcialmente*” ou “*praticamente nada*”. TURATO coloca que dirigir é poder dar direção, direção que pode ocorrer alternadamente entre entrevistador e entrevistado, motivo pelo qual a entrevista *semidirigida* é o instrumento auxiliar na pesquisa qualitativa (p.312).

TRIVIÑOS (1995) afirma que:

“A entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados. Porque esta, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (p.145-146).

Para BENJAMIN (1969), a entrevista é *um instrumento de ajuda* “onde ocorre um diálogo entre duas pessoas, diálogo que é sério e tem um propósito”. Ressalta que as entrevistas de questões abertas permitem ao entrevistador amplas possibilidades, o convidam a alargar o campo perceptivo, aprofundam o contato e abrem porta para um bom relacionamento (p.89).

BLEGER (1998) acredita que a entrevista não deixa de ser um fenômeno dinâmico e humano entre duas pessoas, *uma “situação natural” em que se dá o Fenômeno Psicológico, que precisamente nos interessa estudar* (p.19).

MINAYO (1999) define a entrevista como *“instrumento para orientar uma “conversa com finalidade”, instrumento que deve ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”* (p98).

TRINCA (1984) nos diz que, na entrevista inicial, tem lugar o estabelecimento de um marco referencial, cuja finalidade é manter certas variáveis que dizem respeito ao objetivo do trabalho, ao papel do psicólogo ou do pesquisador, ao lugar, horário e duração desta. A manutenção dessas variantes é importante, pois qualquer modificação pode interferir no contexto da relação, impedindo uma compreensão clara dos fenômenos que possam emergir (p.68).

TURATO (2003) nos fala da entrevista como um *“instrumento preciso de conhecimento interpessoal”*, facilitando no encontro face a face a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (p.308).

Ao referir-se à postura do pesquisador na entrevista, TURATO (2003) mostra certas situações a serem observadas, levando em consideração a fala do entrevistado:

- *Se suas palavras parecem carregadas de elementos relevantes, o pesquisador deve fazer-se mais presente através de expressões faciais de forma natural, demonstrando interesse e pronunciando ruídos estimuladores para que o entrevistado se aprofunde mais a respeito.*
- *Se o pesquisador julgar a fala como incompleta diante da sua necessidade de maior compreensão dos sentidos e significados, que este vem trazendo à questão em foco naquele momento, deve solicitar ao entrevistado que fale mais detalhes ou particularmente sobre ela.*

- Se a mesma ficou obscura na apreciação do pesquisador, este deve solicitar ao entrevistado que explique mais claramente o que está querendo dizer (p. 312-314).

Corroborando com TURATO (2003), BENJAMIN (1994) versa sobre a honestidade, o ouvir e o observar como *instrumentos essenciais* para a compreensão da fala do entrevistado:

“Ouvir com honestidade exige, antes de tudo, que não estejamos preocupados, pois se estivermos, não poderemos dar uma atenção plena.

Ouvir implica em escutar o modo como as coisas estão sendo ditas, o tom usado, as expressões, os gestos empregados.

Ouvir inclui o esforço de perceber o que não está sendo dito, o que apenas é sugerido, o que está oculto, o que está abaixo ou acima da superfície.

Ouvimos com nossos ouvidos, mas escutamos também com nossos olhos, coração, mente e vísceras” (p.68).

MALINOWSKI (1975) igualmente concorda que não se pode permanecer apenas na superfície das situações:

“Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas ou em documentos quantitativos, mas devem ser observadas em sua realidade. Denominamo-los os “imponderáveis da vida real”. Entre eles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho, os detalhes do cuidado com o corpo, (...) o tom das conversas e da vida social (...), a existência de grandes amizades e hostilidades e de simpatias e antipatias entre as pessoas; a maneira sutil mas inquestionável em que as vaidades e ambições pessoais se refletem no comportamento dos indivíduos e nas reações emocionais dos que o rodeiam” (p.55).

TRINCA (1984) vai mais adiante quando afirma que as próprias emoções do psicólogo se constituem em um dos instrumentos de trabalho, pois são elas que fornecem um conhecimento intuitivo do paciente e lhe permitem aprofundar a investigação das entrevistas (p.68-69).

BLEGER (1998), em suas discussões sobre a participação do entrevistador no resultado da entrevista, ressalta que:

“O instrumento de trabalho do entrevistado é ele mesmo, sua própria personalidade, que participa inevitavelmente da relação interpessoal(...) o agravante de que o objeto que deve estudar é outro ser humano, de tal maneira que, ao examinar a vida dos demais, se acha diretamente implicada a revisão de sua própria vida, de sua personalidade, conflito e frustrações” (p.26-27).

As entrevistas foram conduzidas de forma a possibilitar aos pacientes idosos expressarem-se, inicialmente, o que para eles era mais significativo. Essa atitude do pesquisador permitiu aos colaboradores, participantes deste estudo, que fizessem depoimentos espontâneos através dos quais foi possível obter dados importantes sobre a história de suas vidas, suas idéias, seus medos, suas ansiedades, seu sofrimento, seu modo de pensar e de reagir diante de situações conflituosas, sua forma de se relacionar com seus familiares e amigos e como se sentiram diante da perda destes, como sentem e expressam sua afetividade em relação aos seus companheiros(as) ou como se sentem em sua solidão decorrente da perda deles, como enfrentam as dificuldades em sua vida profissional ou em sua aposentadoria, e como é seu sentir em relação à doença.

O envolvimento intersubjetivo entre pesquisador e pesquisado foi inevitável durante as entrevistas, em alguns momentos. Durante as entrevistas, foi possível ao pesquisador compreender o paciente em sua postura, em seu relato, em seu comportamento, em seu modo de ser e em suas expressões significantes.

A comunicação não verbal nos momentos de silêncio foi percebida como uma interrogação pelo pesquisador, levando-o à reflexão para poder prosseguir em sua observação. Um silêncio percebido como uma tentativa por parte do paciente de

relembrar algo especial a ser dito, ou alguma lembrança dolorosa a ser revivida, de difícil verbalização devido à intensidade de sua emoção que o levava, muitas vezes, a ter o olhar distante, vago, foi sentido como um desalento perante um sofrimento quase insuportável, bem como uma tentativa de lembrar algo ou uma situação que lhe era significativa, mas que lhe fugia à memória.

O choro foi sentido pelo pesquisador como um canal amortecedor que recompunha o paciente em sua dor, para que pudesse prosseguir no relato de sua história.

O objetivo maior da entrevista foi o de proporcionar ao paciente a oportunidade de escutar-se no relato de sua história, podendo assim, ressignificá-la, compreendendo algo que até então escapava de sua consciência.

5.3 - Colaboradores

Em relação ao número de colaboradores para a realização da pesquisa qualitativa, MINAYO (1999) considera ideal aquela que:

-Privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer.

--Considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta.

--Entende que sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

--Esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (p.102).

Na fenomenologia, segundo JASPERS (2003), é de extrema importância nos termos em maior profundidade na visão interna do paciente, nos casos particulares, do que no acúmulo de casos sem fim.

Para SANDELOWSKI (1995), o número adequado de entrevistados, segundo a necessidade do pesquisador, na pesquisa qualitativa, é o que permite a este uma análise mais profunda em relação aos dados obtidos.

5.3.1 - Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos oito (08) pacientes, com idade entre 51 e 74 anos, portadores de RCUI em acompanhamento clínico no Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, Campinas/SP, de ambos os sexos, independente de etnia, naturalidade, condição social, escolaridade ou nível sócio-econômico e crença, e em atendimento médico ambulatorial, com diagnóstico clínico e radiológico e/ou endoscópico, que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do termo de consentimento.

Foram excluídos pacientes sem diagnóstico confirmado de RCUI.

5.3.2 - Caracterização dos colaboradores

Tabela-1

entre – vistado	idade	estado civil	escolaridade	profissão	ocupação	procedência
P1	70	VIÚVO	FUNDAMENTAL	COSTUREIRA	APOSENTADA	INDAIATUBA
P2	64	CASADO	TECNICO	CONTADOR	CONTADOR	ARARAS
P3	74	VIÚVO	ANALFABETO	FAXINEIRO	APOSENTADO	COSMÓPOLIS
P4	63	CASADO	MÉDIO	T.COMUNICAÇÃO	APOSENTADO	S.J DA BOA VISTA
P5	58	CASADO	SUPERIOR	ADVOGADO	ADVOGADO	CAMPINAS
P6	61	CASADO	FUNDAMENTAL	DO LAR	DO LAR	HORTOLÂNDIA
P7	51	CASADO	MÉDIO	MESTRE DE OBRAS	APOSENTADO	VALINHOS
P8	61	CASADO	FUNDAMENTAL	MECÂNICO	APOSENTADO	JAGUARIÚNA

Segundo os critérios apresentados na tabela acima, em termos de **escolaridade**, quatro dos entrevistados possuíam o primeiro grau completo; um, o segundo grau completo; um, o curso técnico; um, o curso superior completo e um era analfabeto.

Quanto ao seu **estado civil**, seis pacientes se apresentaram casados e dois viúvos.

Quanto à sua **atividade profissional**, quatro dos entrevistados eram aposentados em profissões autônomas (costureira, faxineiro, mecânico, técnico em comunicação), um entrevistado tinha uma profissão liberal, um era mestre de obras, um era contador e um era do lar.

Em relação à sua **procedência**, os entrevistados eram oriundos da Grande Campinas, região cujo centro sócio-econômico é a cidade de Campinas.

Apresentando tendência semelhante aos dados obtidos nos estudos epidemiológicos da doença realizados por Teixeira et al. (1991), no contato inicial

não houve prevalência entre os sexos; porém, entre os que se dispuseram a participar da pesquisa, a prevalência foi do sexo masculino.

5.4 - “Setting”- Local das Entrevistas

O local das entrevistas foi em uma das salas de atendimento do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, Campinas/SP, destinada para o atendimento psicológico dos respectivos pacientes, com disponibilidade de tempo necessário para permitir ao paciente sentir-se à vontade em sua fala e outras manifestações.

5.5 – Procedimentos

Para a seleção dos sujeitos foi feito, pelo pesquisador, um levantamento dos prontuários dos pacientes junto ao S A M E (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), da UNICAMP, com o objetivo de selecionar os que apresentavam diagnóstico confirmado de RCUI e que correspondessem às características pré-definidas para a sua inclusão na pesquisa.

Os pacientes foram encaminhados ao pesquisador após suas respectivas consultas médicas, para um primeiro contato. Nesse primeiro encontro, foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos e questionados sobre sua disponibilidade e interesse em participar dela. O primeiro ponto que foi discutido com os pacientes referiu-se à ética e ao sigilo. Todos os que concordaram em ser entrevistados manifestaram o desejo de que lhes fosse assegurado o anonimato. Também lhes foi esclarecido que numa instituição, ao se trabalhar com uma amostra pequena de portadores de uma doença específica como a RCUI, poderia ocorrer a identificação por outros profissionais, devido à singularidade de sua

história e de situações cujo significado relevante não permitiria sua omissão pelo pesquisador.

As entrevistas foram agendadas com os pacientes que concordaram em participar mediante o conhecimento e assinatura de duas cópias do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (anexo II), de acordo com a resolução 196/96, uma ficando com o entrevistador e outra com o entrevistado e de forma que coincidisse com seu retorno clínico, com o objetivo de poupá-los de realizar, varias vezes, percursos longos e dispendiosos, pois, em sua maioria, necessitavam de vários transportes coletivos para chegar ao seu destino, e, também, para não interferir em seus afazeres habituais.

5.5.1 - Obtenção de informações em campo, as dificuldades encontradas ao longo da trajetória e o processo de entrevista.

Todos os participantes foram bastante cooperativos, interessados em colaborar e conversar, relatando situações vivenciais que ocorreram antes e após o surgimento da doença.

Houve a necessidade de se modificar o procedimento de gravar as entrevistas em fitas de vídeo-cassete, pois provocava constrangimento aos pacientes, que ficavam tolhidos em seu discurso, e também pela não concordância, de alguns deles, em participar da pesquisa caso a entrevista fosse gravada. É importante ressaltar que, baseada em minha longa experiência com pacientes portadores de RCUI, são eles pacientes com características de personalidade controladora e a simples presença do gravador os tirava do controle da situação. Resolvemos, então, criar um *roteiro de entrevista inicial* para facilitar a coleta dos dados e, em seguida, escutar o *relato livre de história de vida* do paciente, registrado pelo pesquisador, em seus aspectos relevantes, durante e após a entrevista. Os pacientes do sexo masculino, de modo geral, mostraram-se, a principio, um pouco receosos, reticentes, mas, após alguns momentos de uma

pequena tensão inicial, conseguiram colocar-se mais à vontade para falar de suas vidas e da doença.

Foram recolhidos os dados que melhor refletiam a forma desse paciente lidar com as mudanças decorrentes de seu adoecimento, seus conflitos, angústias, expectativas e frustrações.

De modo geral, os pacientes foram todos assíduos em seu comparecimento; sua ausência se devia às vezes à internação, à impossibilidade de chegar ao local devido à sintomatologia da doença, que os impedia de sair de casa e, também, por não ter ninguém que os acompanhasse, pois, devido à idade e ao enfraquecimento resultante da doença, alguns enfrentavam uma certa dificuldade em se dirigir sozinhos ao local das entrevistas.

Muitos pacientes verbalizaram sua ansiedade por esse encontro, pois diziam se sentir “*mais leves*”, “*mais aliviados*” e “*menos nervosos*” depois de poder falar sobre seus problemas e seu sofrimento. Alguns deles pediram para retornar apenas para “*conversar um pouco*” porque sentiam a necessidade de compartilhar certas vivências com alguém que os compreendesse e os aceitasse em seu momento e em sua época, pois, ao verbalizá-las se sentiam muitas vezes ridicularizados pelos mais jovens.

Esse desejo se constituiu em outra dificuldade encontrada em nosso percurso. Os manifestantes desse desejo dependiam de alguém para acompanhá-los, e este nem sempre dispunha de tempo para fazê-lo, quando solicitado. Diante desta realidade de alguns colaboradores, o pesquisador buscou coletar o máximo de dados em uma única entrevista, com duração de 1h30.

Acreditamos que a predominância de pacientes do sexo masculino participando da pesquisa se deve ao fato destes se sentirem menos constrangidos para abordar a sintomatologia da doença do que as pacientes do sexo feminino, pois pertencem à uma coorte de valores morais e sociais bastante rígidos.

6 - ANÁLISE

6.1 - Reflexões e conceitos sobre as informações coletadas.

Analisar, refletir sobre o fenômeno, compreendê-lo deriva de *análisis*, que, segundo o AURÉLIO, é o exame de cada parte de um todo, tendo em vista reconhecer sua natureza, suas proporções, suas funções, suas relações, etc.

Para MINAYO (1999), a saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais:

“Para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados” (p.15).

Na fenomenologia, o que importa é que se exerça uma visão do que é vivido diretamente pelo doente para que haja a possibilidade de se poder reconhecer o que há de idêntico dentro da multiplicidade e compreender as vivências intencionais da consciência para perceber o sentido dos fenômenos. Trata-se de descobrir, além dos dados objetivos, o sentido existencial subjetivo, em que o enfermo se encontra.

Segundo JASPERS (1973), a exposição mais circunstanciada de um livro não pode transmitir o que se pode captar com um olhar, o que se pode vivenciar no trato e na conversa, o que se pode averiguar em investigações de fatos. Para ele, será sempre incompleto substituir a experiência por descrições expressivas e nos sugere analisar e caracterizar, conhecer e reconhecer o homem como um todo em seus aspectos biológicos e psicológicos. Compreender e analisar:

- a *inter-relação entre os acontecimentos existenciais e elementos psíquicos do paciente,*

- *as formas de lidar e administrar os conflitos em situações diversas,*

- *as contribuições do comportamento, da fala, dos gestos, do olhar e dos silêncios do paciente durante o seu relato.*

Para MARTINS (1992), compreender implica a capacidade de tornar explícito e transparente o que se mostra oculto, de forma intuitiva - um método de reflexão sobre os conteúdos das idéias em sua essência e em seu significado como o meio pelo qual se pretende objetivar o objeto.

Para AMATUZZI (2001), *“quando se pretende uma análise fenomenológica, o melhor relato é o que procura trazer, tornar presente a experiência vivida”* (p.18).

Segundo BRUNS (2001), a fenomenologia *“não prioriza nem o sujeito nem o objeto, mas sim a indissociação de um aspecto e outro na própria estrutura da vivência da experiência intencional”* (p. 60).

PERESTRELLO (1987) afirma que o que dá cunho a uma investigação e caracteriza sua efetivação na Medicina Psicossomática não é o conhecimento que o médico possui sobre as múltiplas desordens decorrentes do organismo sob a influência das emoções, mas *“o prisma pelo qual ele vê essas desordens; o método que emprega na avaliação das manifestações mórbidas em relação as conflitos íntimos do paciente”*.

Nos diz ainda que *“as queixas dos pacientes não devem ser tomadas literalmente, pois traduzem algo mais profundo, quase sempre diferente de como são expressadas”*:

- *O objeto de estudo do médico é o homem e não a doença.*

- *Não há doenças locais; toda enfermidade é geral e acomete o individuo como um todo.*

- *O individuo isolado é uma abstração e só pode ser concebido em seu ambiente.*

- *Os estados emocionais podem perturbar o funcionamento de qualquer órgão e são tão eficazes na produção de modificações somáticas quanto os estímulos físicos.*

- *Não são preocupações conscientes, reais, mas conflitos inconscientes os principais responsáveis pelos sintomas somáticos.*

- *Os distúrbios funcionais podem, pois, pela continuidade ou intensidade, acarretar lesões estruturais (p.31-34).*

Como nos dizem LUDKE & ANDRÉ (1996), compreender “*mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciosos*” - ler e reler o texto várias vezes; estabelecer contato com os relatos obtidos para a análise de modo a se impregnar pelas impressões de seu conteúdo; não permanecer somente no manifesto, mas buscar o latente (p.48).

A compreensão e análise desses pacientes foi realizada buscando-se compreender e interpretar o sentido que a doença tem para eles. Diversas foram as leituras de cada relato buscando nelas a emergência de seus significados. A manifestação verbal, em sua linguagem utilizada e o conteúdo latente percebido nas entrelinhas.

Ao analisarmos os relatos dos colaboradores, procuramos nos apoiar na visão de REZENDE (1990), que enumera algumas características que devem ser estabelecidas na leitura destes:

Significantes - quando conseguem abranger o máximo de riqueza de sentidos que envolvem o existir humano.

Pertinentes - o fenômeno em sua forma sensível e significativa em relação ao fenômeno investigado.

Relevante - o fenômeno está presente, é significativa e pertinente em relação ao fenômeno investigado.

Referente - que se refere aos múltiplos aspectos do fenômeno em relação ao contexto em que está inserido. Uma inter-relação entre os elementos que o constituem.

Provocante - quando os sentidos do fenômeno provocam naquele que com eles se depara um envolvimento e uma necessidade de uma direção.

Suficiente - é poder extrair do discurso o máximo possível do existir e do sentir humanos em sua história e em seu tempo. Não há nada completo ou acabado, mas sempre será uma tentativa de descobrir o outro na explicitação de seus sentidos.

Para a discussão da análise dos dados foram utilizados os referenciais teóricos usuais na Psicologia Clínica ou Psicologia da Saúde, na Medicina Psicossomática e na Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenológica de JASPERS (2003).

7 - A INFLUÊNCIA DOS FATORES EMOCIONAIS E SUA RELEVÂNCIA NO DESENCADEAMENTO E EVOLUÇÃO DA RCUI.

Todo estudo será sempre apenas um recorte, uma visão parcial de um conjunto, talvez inapreensível. Uma tentativa de contribuir para uma compreensão mais abrangente sobre a origem do adoecer do ser humano.

O universo do que é compreensível não se restringe somente ao aspecto psicológico dessa compreensibilidade. A compreensão da doença se faz através da análise de sua manifestação corporal e da consequência de sua experiência no sujeito para que haja a possibilidade de significar sua sintomatologia.

A observação psicológica das emoções, realizada de forma empírica pelo pesquisador permite a percepção do modo como o Ser doente profere seu pensamento, desde o tom de sua voz até o estilo de sua linguagem. Possibilita-nos observar, também, como ele se comunica intencionalmente, através de seus gestos, de seus movimentos corpóreos e das modalidades comportamentais individuais, que variam conforme a situação particular concreta e que representam a expressão de sua personalidade.

Como nos diz JASPERS (2003), não há como abranger totalmente o ser humano. Seja qual for a totalidade que acreditamos compreender, este Ser nos escapa.

É na observação de sua expressão corporal e de seu conteúdo significativo que podemos encontrar a possibilidade de compreensão da expressão simbólica das emoções com a qual nos deparamos e que é um mistério a ser desvendado. Uma leitura global da doença é o objetivo proposto pela Medicina Psicossomática.

Neste presente estudo, na percepção e avaliação dos fatores emocionais que surgiram nos relatos dos pacientes portadores de RCUI nossos colaboradores, e na observação da sua relevância no desencadeamento e evolução da doença,

foram levadas em consideração as informações obtidas através de suas valiosas verbalizações (*conteúdos manifestos*) e a vivência de sua emoção (*conteúdos latentes*) quando narraram situações difíceis enfrentadas devido à sintomatologia da doença. Foram também levados em consideração, durante as sessões, os seus gestos, a sua sonoridade, os seus silêncios, o seu olhar, as suas lágrimas e a sua postura.

Essa abordagem é uma tentativa de compreender a importância do significado expresso pelo próprio paciente em relação às mudanças ocorridas em sua vida, nos âmbitos profissional, familiar, afetivo e social, após o surgimento da doença, independentemente do tempo pelo qual convive com o diagnóstico ou com o grau de resposta ao tratamento clínico. As informações obtidas nos levaram a refletir como a convivência com a doença inflamatória intestinal crônica afeta o seu modo de viver.

Segundo NERI (2001), na sociedade ocidental, centrada no jovem e na sua força de trabalho e produção, o ser humano que envelhece é aquele que não possui as possibilidades de responder aos objetivos econômicos do sistema, no contexto social e cultural no qual está inserido. Ocorre, então, uma mudança brusca em seu modo de viver, a partir da aposentadoria. Esta pode dar-se pelo limite de idade estabelecido em relação ao trabalho ou por problemas de saúde.. A perda do papel social no trabalho mostra seu efeito na saúde física e/ou mental a partir do tipo de personalidade e da alta importância dada, por ele, ao trabalho. Sua vida até então produtiva, na qual sempre buscou a realização de seus objetivos e ideais, torna-se sem sentido.

A partir dessa transformação e não ocorrendo uma adaptação positiva e criativa, aquele que se aposenta corre o perigo de sofrer danos em seu organismo, cujo acúmulo pode levá-lo a adoecer gravemente. Situação que vem ao encontro do que FRANKL (1990) nos diz quando observa que a busca e a descoberta de sentido são a principal força motivadora no ser humano e que a consciência de uma tarefa concreta e pessoal a cumprir é de grande importância para a manutenção do equilíbrio psíquico e espiritual daquele que envelhece.

As doenças somáticas originam-se, geralmente, das inadequações do ser humano às condições de vida em que se encontra. A tensão emocional contínua pode levar a distúrbios funcionais crônicos seguidos de lesões orgânicas, como ocorre nas DII, especialmente na RCUI.

MELLO FILHO (1992) e DAHLKE (1996), relatam que cada região do corpo representa uma zona específica de conflito, que são cargas emocionais relacionadas a acontecimentos vitais do passado, os quais, quando mal resolvidos, permanecem e atualizam-se levando ao adoecer.

A manifestação corpórea na região específica nos permite uma leitura simbólica, supondo que esta simbologia seja uma representação daqueles conflitos.

A escolha da região corporal nos pacientes portadores de RCUI recai no cólon ou intestino grosso, que pode representar o confinamento somático misterioso (*o inconsciente*) e profundo.

No consenso popular, segundo GERSON (2000), o intestino grosso ou cólon é considerado como uma parte repulsiva da anatomia, o que justifica e explica a grande dificuldade e o constrangimento que se revela ao falar-se de sua problemática. Embora o intestino seja de importância impar apesar de não ser considerado nobre, o preconceito em relação a este órgão dificulta a pesquisa. Poucos são os que por ele se interessam e poucas são as investigações a respeito de sua anatomia e funcionalidade encontradas na literatura específica.

O que seria do ser humano sem o seu intestino? É um órgão que cumpre uma tarefa exaustiva de fundamental importância para o equilíbrio da saúde do organismo, pois separa os nutrientes, reconhece e apreende os necessários e dispensa os detritos.

O ser humano percebe o intestino no nível consciente quando acometido de náuseas, cólicas, diarreias ou constipação, que é um quadro patológico desconfortável e doloroso.

O cérebro, na função digestiva, desempenha um papel importante na *mastigação* e na *deglutição* (na extremidade superior do corpo) e na *excreção ou exoneração*, (na extremidade inferior do corpo), funções estas que são realizadas de forma consciente. Todo o processo digestivo, a partir do esôfago até o reto, é realizado de forma autônoma pelo *Sistema Nervoso Entérico*, considerado por GERSHON (2000) como o “*segundo cérebro*”.

Como, então, estabelecer a relação que existe entre a situação conflitante emocional daquele que se sente envelhecer concomitante com sua doença?

Podemos pensar nos conflitos internos que se inserem por causa da percepção que aquele que envelhece possui do mundo que o circunda, podendo levá-lo a sofrer alterações mentais e/ou somáticas. Uma realidade construída a partir do universo simbólico de seu psiquismo.

Sabemos que as emoções excessivas ou mórbidas, quando não expressas, podem alterar o funcionamento dos órgãos, o que, na RCUI, pode estar representado na desestabilização da funcionalidade intestinal, com os movimentos peristálticos não controláveis pela consciência.

Essa síndrome, extremamente dolorosa e limitante, assim como outras doenças somáticas, pode nos levar a considerá-la um instrumento de comunicação, de transformação, introduzido por outro aspecto do ser, o seu psiquismo, que diz algo a respeito de sua relação consigo mesmo.

Os pacientes portadores de RCUI têm grande dificuldade para expressarem sua agressividade e sua falta de controle sobre o fenômeno que ocorre em seu organismo. Mostram uma agressividade em relação ao outro, muitas vezes não expressa, que surge somaticamente de uma manifestação paradoxal do medo de perder a estima desse outro, que se manifesta em diversas formas de acordo com seus valores culturais e sua faixa etária.

Toda doença modifica-se com a idade. No idoso, todos os órgãos, inclusive o cérebro, sofrem alterações regressivas. JECCKEL-NETO (2001) nos diz que, do ponto de vista biológico, “*envelhecer não é apenas ficar velho, mas um processo*

de alterações morfológicas e funcionais do organismo ocorridos com o passar do tempo” (p.41).

Ao envelhecer, os seres humanos tendem a ficar mais isolados, emotivos e mais circunspectos em sua memória de seu passado. Seu metabolismo torna-se lento, a sua força muscular diminui bem como a sua resistência ao frio e ao calor e também a sua adaptação às mudanças de temperatura; há um empobrecimento de líquido e um aumento de excreção, que repercutem em sua auto-estima e, conseqüentemente, no modo de ser e de viver. JASPERS (2003) e NERI et al. (2001) ressaltam que a consciência dessas perdas pode levar esses pacientes, em alguns casos, à perda de perspectiva e de sentido da vida.

O bem-estar no processo de envelhecer depende muito dos recursos internos da personalidade de cada um e de sua resiliência, definida por NERI (2001), como *“a capacidade de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos estressantes (por exemplo, doenças e traumas físicos e psicológicos)”* (p.28).

Nos relatos de nossos colaboradores, observamos que a busca pela transcendência da doença através da espiritualidade/religiosidade se revelou um suporte no enfrentamento da RCU, que sabem ser ainda incurável.

A seguir, introduziremos a apresentação dos colaboradores e, posteriormente, uma reflexão pormenorizada sobre os fatores emocionais que se evidenciaram no relato geral desses pacientes.

7.1 - Apresentação dos colaboradores

P1-

Colaborador do sexo feminino, setenta anos de idade, viúva, de estatura baixa, comunicativa.

Perdeu a mãe aos 15 anos de idade e, a partir desse momento, assumiu a responsabilidade da casa e os cuidados dos outros irmãos.

Casou-se muito cedo, contrariando a vontade do pai que não aprovava essa união, porque não queria que ela deixasse os afazeres que até então vinha cumprindo para eles. Segundo seu relato, esse casamento foi um sacrifício. Passou muitas dificuldades desde o nascimento dos filhos, com partos traumatizantes que lhe trouxeram algumas seqüelas físicas, culminando com a morte do esposo.

O surgimento da RCUI foi muito doloroso e desesperador até a descoberta do diagnóstico, há vinte anos. O conseqüente tratamento clínico proporcionou-lhe um grande alívio na sintomatologia da doença.

Relata que gosta muito dos filhos, mas prefere morar sozinha “*para não incomodar*”, devido à sintomatologia da doença.

A RCUI está em remissão, graças ao tratamento clínico. Ela é também portadora de endometriose e de osteoporose. Esta última condição provocou um desgaste muito grande em seus ossos, tornando-os quebradiços.

Sempre trabalhou muito e, até hoje, apesar da fragilidade física, não deixa de cumprir suas tarefas no lar.

Cuidou de todos na família e, nesse momento, cuida de uma irmã que está com oitenta e cinco anos e que sofre de depressão.

É muito religiosa e sente-se amparada, em seu sofrimento, pela fé que professa.

P2-

Colaborador do sexo masculino, sessenta e quatro anos de idade, casado, de estatura média, de aparência agradável, comunicativo, sorridente, espontâneo.

Trabalha na área de contabilidade, que para ele representa muita responsabilidade e o deixa bastante tenso.

Possui uma imagem materna controversa, uma vez que a mãe é, por um lado, bondosa, mas, por outro, inflexível e muito rígida. A imagem paterna representou o filósofo apesar de ser seu pai analfabeto.

Casou-se aos vinte e cinco anos de idade. Durante todos esses anos de casado, as diferenças de temperamento e de características de personalidade, na convivência com a esposa, o tornaram uma pessoa infeliz em seu relacionamento afetivo.

De saúde frágil, já sofreu dois infartos do miocárdio, carrega dois “stents” e já se submeteu a angioplastia. Nesse período, era obeso e fumava três maços de cigarro por dia.

A RCUI teve início há seis anos. Quando sua sintomatologia se agrava fica muito apreensivo e refugia-se no álcool, apesar de ter a consciência de sua nocividade para com o organismo.

Sente-se bem na convivência com as três filhas, mas tem uma preocupação muito grande com o que o futuro lhes reserva.

Tem plena consciência da influência dos fatores emocionais no desencadear da RCUI e procura vencer sua sintomatologia através do poder do pensamento.

Gosta da companhia dos amigos para pescar e também para compartilhar uma boa mesa. Não faz restrições à sua alimentação, sente prazer em comer de tudo o que lhe apetece.

P3-

Colaborador do sexo masculino, setenta e quatro anos de idade, viúvo, de aparência simples, mas bem cuidada.

Nasceu na roça e lá permaneceu por muito tempo. Sentia-se mais feliz lá do que nos dias de hoje, morando num centro urbano com o qual não se identifica.

É analfabeto, pois, com a perda do pai aos sete anos de idade, assumiu a responsabilidade do trabalho para ajudar a prover o sustento dos seus irmãos, perdendo, assim, sua infância e a possibilidade de estudar.

Casou-se aos dezenove anos de idade, o que é comum ocorrer nessa faixa etária, no meio rural. Dessa união nasceram dez filhos dos quais oito ainda estão vivos.

Sofreu perdas significantes como a morte dos pais, da filha e da esposa.

A doença surgiu quando estava com cinqüenta e quatro anos de idade, levando-o a interromper o trabalho, até então muito produtivo.

Com o falecimento da esposa, há cinco anos, sofreu uma crise aguda de RCUI que quase o levou a óbito.

Mora sozinho porque os filhos moram em outro centro urbano, mas sente muito a sua falta e tem saudades dos netos. Hoje, reconhece que com a idade tornou-se mais tolerante e amoroso com eles.

Na tentativa de refazer sua vida afetiva, na busca de uma nova companheira sentiu-se decepcionado diante do comportamento feminino mais liberal, antagônico aos seus valores. Sentiu-se, também, inseguro para a manutenção de um relacionamento mais estável devido à sua saúde debilitada e por sentir-se idoso e cansado.

Ao realizar uma retrospectiva de sua vida, acredita que sua personalidade de gênio explosivo e intolerante levou a eclosão da doença.

O fato de estar aposentado o entristece porque o trabalho sempre foi uma constante em sua vida, e também porque percebe que o corpo já não responde à sua expectativa em relação ao seu desejo de sentir-se útil.

É religioso, e, entrega a solução de seus problemas a Deus.

P4-

Colaborador do sexo masculino, sessenta e três anos de idade, casado, forte, de estatura alta, aparentando ter mais idade do que realmente possui.

Desde muito cedo começou a trabalhar na roça e na lavoura.

A perda de pai aos sete anos de idade foi traumática, pois este ainda era muito jovem e faleceu após um procedimento cirúrgico, não tendo ficado totalmente esclarecido para a família.

A mãe, que nunca havia trabalhado fora de casa, viu-se diante de uma situação difícil com sete filhos para criar, tendo o mais velho apenas quatorze anos de idade. Passou então a lavar e passar roupa para fora. O contato diário com o sofrimento da mãe fez com que, diante de sua impotência em aliviá-lo, tomasse a resolução de aliar-se a um de seus irmãos para buscar trabalho nas chácaras vizinhas, como agricultores. Nesse período de muitas privações e de muitos medos, teve início a doença inflamatória intestinal. Como pernoitavam ao relento, sem nenhuma proteção, foi vítima do mosquito transmissor do Mal de Chagas.

A solidão induziu-o a contrair matrimônio aos dezoito anos de idade. Um casamento que, segundo sua avaliação, foi o maior erro de sua vida, pois era totalmente inexperiente. Dessa união nasceram quatro filhos. O primeiro foi a óbito na hora do parto porque o casal desconhecia a sintomatologia do parto e acreditando ser apenas uma cólica passageira ambos permitiram que o tempo se escoasse.

De personalidade solidária, buscando sempre auxiliar os outros nos momentos difíceis, vivenciou muitas decepções e dificuldades.

Mudou-se para São Paulo em busca de melhores condições de vida, mas as dificuldades aumentaram culminando com separação do casal.

A separação dos filhos lhe foi traumática e, sentindo-se desamparado e solitário, tentou uma nova união, desta vez com uma viúva, mãe de três filhos, que ajudou a criar e que até os dias de hoje considera como se filhos seus fossem. A decepção veio novamente e, coincidindo com o falecimento da primeira esposa,

separou-se, voltando a morar numa cidade do interior paulista com os três filhos da primeira união.

Ficou sozinho durante muito tempo, mas não agüentou e tentou novamente relacionar-se com alguém. Esta terceira união foi com uma senhora, ainda casada na época, que tinha uma filha. Hoje sente-se feliz ao lado dela, já divorciada, tendo adotado um filho que está com doze anos de idade.

Até os quarenta e três anos de idade tinha o hábito tabágico, que abandonou por problemas de saúde. A atual esposa fuma muito e ele se sente extremamente incomodado com o odor da nicotina.

A sintomatologia da RCUI surgiu há vinte anos e está em remissão sob controle clínico.

Sua maior frustração foi não ter tido a oportunidade de estudar Engenharia. Frustração esta que o levou a não medir esforços para proporcionar estudo superior aos filhos.

Já construiu três casas e seu maior sonho é poder um dia construir estradas *“porque representam o mundo, o infinito”*.

É muito religioso, prega a palavra de Deus e confia plenamente na providência divina.

P5-

Colaborador do sexo masculino, cinqüenta e oito anos de idade, casado, de estatura alta, forte, muito bem trajado, locomovendo-se com dificuldade apoiado em uma bengala.

Nos diz ter sido uma criança frágil que foi acometida por várias doenças. Desde os nove anos de idade vem apresentando um quadro somático patológico de proporções graves em sua diversidade. Há um ano e meio passou a sofrer da sintomatologia da RCUI, que surgiu trinta e sete dias após um procedimento cirúrgico cardíaco.

Seu relacionamento com o pai sempre foi muito difícil. Submeteu-se a Psicanálise durante dez anos para conseguir conviver com o pai de uma forma menos dolorosa e mais harmoniosa. O pai, alto funcionário público, de personalidade inflexível, sempre rodeado de pessoas, vaidoso, cobrava dos filhos um desempenho nos estudos, que para ele era impossível cumprir devido aos problemas de saúde que enfrentava. Formou-se na Universidade sob muita pressão, pois o pai não admitia notas baixas, o que o levou a passar várias noites sem conciliar o sono...

Manifesta um carinho muito especial pela mãe. Possui dela a imagem positiva de uma pessoa muito amorosa e atenciosa. Quando os pais se separaram, o pai o proibiu de vê-la, o que desencadeou um sofrimento só amenizado por uma tia, irmã do pai, que era *“a bondade em pessoa”*.

Seu relacionamento com a esposa é muito bom, convive harmoniosamente e sente uma grande admiração por ela.

De personalidade solidária com as pessoas, uma característica sua que nunca foi apreciada por seu pai, já sofreu, daqueles que auxiliou muitos dissabores e traições. Há pouco tempo, foi vítima de uma dessas traições por parte de uma colega de escritório... Acredita que esse desgosto e indignação, ocorridos há um ano e meio deram origem à sintomatologia da RCUI.

Espiritualista, revela que a espiritualidade o tem auxiliado a suportar e vencer os reveses da vida (SAAD 2001), define a espiritualidade como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida.

P6-

Colaboradora do sexo feminino, sessenta e um anos de idade, casada, simples em seu modo de ser e de trajar. Sua vizinha a acompanhou por ela ter receio de sair sozinha...

Filha de pais muito pobres, nasceu no sertão da Bahia. Quando teve a oportunidade de estudar, deparou-se com uma professora impaciente e muito brava, que castigava os alunos colocando-os de joelhos. Não suportando os maus tratos, deixou a escola, mas hoje se arrepende porque percebe o quanto o estudo é importante nos momentos em que se depara com determinadas situações. Sente que sua memória está comprometida, o que a faz sentir-se insegura, e, por isso, tem receio de voltar a estudar.

Os problemas intestinais tiveram início na infância e convive com a sintomatologia da RCUI há trinta anos.

Casou-se cedo porque naquela época era costume e porque *"não ficava bem"*, na comunidade onde morava, permanecer solteira.

Essa união não lhe trouxe felicidade. Passou por momentos difíceis e de muita privação nos primeiros anos desse relacionamento porque foram morar longe de seus familiares, num local de poucos recursos. Após três anos e meio, vieram para São Paulo em busca de tratamento para seu esposo porque, onde residiam, os médicos não tinham recursos para tratá-lo.

Dessa união nasceram três filhos, que hoje a ajudam no suprimento de suas necessidades básicas.

De temperamento difícil, prefere ficar em casa a participar de uma vida social. Trabalha muito nos afazeres domésticos e tem plena consciência de que seu modo de ser levou a eclosão da doença.

Uma de suas filhas é casada e o nascimento do neto é hoje a razão de sua alegria.

A morte dos pais foi muito dolorosa para ela e para os irmãos. Todos adoeceram. Um dos irmãos apresentou uma febre muito alta, levando-o a óbito em poucos dias...

A doença está em atividade aguda e ela atribui essa situação ao nervoso que sente em relação a determinados comportamentos de seu companheiro...

Religiosa, entrega tudo a Deus.

P7-

Colaborador do sexo masculino, cinqüenta e um anos, casado, magro, de estatura média.

Foi uma criança com muitas responsabilidades. Aos seis anos já se sentia um adulto. Sua mãe, muito rigorosa, permitia que brincasse muito pouco com seus amigos. Mulher de valores rígidos, inflexível com os filhos que tinham a consciência de que se a contrariassem seriam punidos. Sentiam muito medo da mãe, mesmo nos momentos em que ela mostrava-se carinhosa em relação a eles.

Na escola era bom aluno nas matérias exatas, mas deixava a desejar nas outras que exigiam habilidades nas quais se sentia limitado. A professora, irascível e agressiva, não respeitava a individualidade de cada aluno em suas tendências e os maltratava. Sente-se inconformado com essa atitude dela até os dias de hoje porque, naquele momento, essa professora levou-o a vivenciar uma ansiedade e uma angústia insuportáveis.

Era muito saudável até sofrer a perda materna, há quatro anos. Refere-se à mãe com saudades e atribui o surgimento da RCUI à tristeza que sentiu diante dessa perda.

Está aposentado porque não consegue mais trabalhar em serviço pesado, o que fez durante toda a vida, devido à sintomatologia da doença que o debilitou em sua resistência corpórea.

Na juventude, fumava muito fumo de corda que o pai preparava e oferecia a ele e aos outros irmãos. Gostava de bebida alcoólica e não tinha a consciência, que hoje possui, do quanto ela estava lesando seu organismo.

O relacionamento com a esposa é difícil, pois ambos possuem temperamento forte. Diz que ela é muito controladora, exigente, e muito rígida na educação dos

filhos, com o que ele não concorda, pois prefere ser mais ameno e conselheiro. É fumante, o que para ele é insuportável...

Dessa união têm dois filhos. O filho mais velho, de vinte e seis anos de idade, estudou até o segundo grau e trabalha. A filha, de dezesseis anos de idade, só estuda.

No dia em que nos encontramos para a entrevista, estava muito ansioso, tenso e com muito medo de haver a necessidade de ser submetido a um procedimento cirúrgico, pois a doença não tinha respondido satisfatoriamente ao tratamento clínico.

É religioso e acredita que quem não tem religião não tem nada. Entrega tudo nas mãos de Deus.

Em sua perspectiva de vida gostaria de ficar curado para ter a alegria de ser avô.

P8-

Colaborador do sexo masculino, sessenta e um anos de idade, casado, magro, de estatura alta, simples e muito limpo em seu trajar.

Sua infância foi compartilhada com doze irmãos. Seus pais eram pobres e passaram por muitas dificuldades. Só podiam oferecer aos filhos uma única refeição por dia, um mingau de milho feito por sua mãe. O pai faleceu aos noventa e três anos de idade e era dezenove anos mais velho que a sua mãe. O irmão mais velho nasceu quando ela tinha apenas treze anos de idade.

Freqüentou a escola até o curso fundamental, mas, aos dez anos de idade, não pôde prosseguir nos estudos porque seus pais não tinham mais recursos financeiros. Essa experiência, dolorosa e frustrante para ele, fez com que se empenhasse em oferecer estudo para seus filhos.

Casou-se com uma jovem que pertencia também a uma família tão numerosa quanto a sua e que também havia passado por muitas dificuldades. Situação

existencial que os levou à determinação de ter poucos filhos. Um casamento que não proporcionou muitas alegrias em sua convivência. Os sogros eram muito austeros e sua esposa foi a única que saiu da casa dos pais para casar-se. Todos os seus irmãos abandonaram a casa por incompatibilidade com os pais.

Dessa união nasceram três filhos. O mais velho concluiu o curso técnico. A filha enamorou-se de um homem bem mais velho, engravidou e largou os estudos, o que muito o entristeceu. Esse neto está sob os seus cuidados porque a filha, hoje separada, trabalha em regime de período integral. O filho caçula, que é dez anos mais novo que os irmãos, foi o único que concluiu o curso superior. É professor de inglês e mora atualmente em Londres.

Atribui o agravamento da sintomatologia da RCUI à mudança desse filho para a Inglaterra e às circunstâncias que a acompanharam.

Está aposentado devido à doença, mas sente falta do trabalho, pois sempre gostou de trabalhar muito e relata que o não reconhecimento de seus empregadores levou-o a adoecer.

Está casado há trinta e oito anos. Sente-se solitário e carente de afeto porque a esposa, depois da menopausa, passou a sofrer de depressão.

Relaciona-se bem com uma irmã que ajudou a criá-lo e da qual é confidente. Diz que é esse relacionamento que o consola porque ela é muito amorosa e carinhosa.

Gosta muito de viajar e de conhecer lugares desconhecidos, mas sente-se preso à família.

A doença teve início há dezoito anos e, quando ela está em remissão, sente-se disposto e, como gosta muito de estudar, frequenta, com a esposa, a Faculdade da Terceira Idade. O que mais o incentiva a prosseguir nos estudos é o espaço cultural da Faculdade que oferece vários eventos e atividades para os alunos.

É muito religioso e entrega a resolução de todos os seus problemas a Deus.

7.2 – Compreensão da vivência emocional de portadores de RCUI - uma reflexão pormenorizada.

Surgimento e evolução da RCUI

O primeiro sintoma da RCUI aparece com frequência quando o indivíduo sente-se despreparado em relação à uma situação de vida que precisa enfrentar e que lhe solicita responsabilidade e esforço. O estresse vivenciado vai provocar uma série de alterações orgânicas que podem aumentar o risco de recidividade, independente das características da doença e do paciente.

SELYE (1965) foi o primeiro a descrever a síndrome do estresse em 1936 e utilizou esse termo para denominar “*o conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação*”.

LEVENSTEIN et col. (2000) realizaram um estudo de acompanhamento de portadores de RCUI em remissão, avaliando o seu nível de estresse durante 65 meses ou até que o paciente tivesse a exacerbação da sintomatologia. Consideraram, também, a hiper-ativação do sistema imune como explicação para a influência do estresse nesses pacientes, ressaltando a influência dos fatores psíquicos nas manifestações da RCUI como *regra* e não como *exceção* (p1213-1220).

COLLINS (2001) evidencia o conhecimento de que o estresse pode tornar um organismo suscetível a um estímulo inflamatório pela alteração da fisiologia intestinal, incluindo a permeabilidade da membrana do epitélio.

Os pacientes verbalizaram, em seus relatos, situações sociais, profissionais e vivenciais, experienciados com muita ansiedade e que foram de difícil enfrentamento devido ao estresse por elas ocasionado.

“Sempre tive medo do casamento porque ouvia as histórias que me contavam. Costurei durante toda a minha vida e sempre cuidei de todos lá em casa(...)”.

Trabalhei na fábrica de camisas (...) foram 11 anos de trabalho com muita responsabilidade, tudo ficava para eu cuidar, nem dormia direito, tinha que supervisionar tudo, tinha medo de não conseguir terminar o trabalho no tempo previsto” (P1).

“Eu trabalhava numa oficina com vinte e cinco funcionários. Eu tomava as dores deles e eles começaram a abusar(...) eu tinha que dar conta do serviço deles, e com toda essa ansiedade fui ficando estressado.....” (P8).

“Trabalho na área da contabilidade e quando eu estou no trabalho fico super tenso e preocupado, é de muita responsabilidade, fico ansioso com aquelas contas todas. E eu começo a ter dor no baixo ventre e aí fico mais tenso ainda porque sei que no dia seguinte vou ter que faltar devido aos sintomas da doença. É um acúmulo de serviço que tenho medo de não dar conta” (P2).

“Depois viemos para São Paulo para melhorar a vida porque em casa faltava tudo. Precisava dar estudo aos filhos(...) As dificuldades eram muitas e só brigávamos, eu ficava muito tenso, ansioso, preocupado, tinha medo da situação, eu não dormia” (P4).

“Quando cursei a Universidade, não podia chegar com nenhuma nota baixa. Tinha que estudar muito, meu pai fazia uma pressão insuportável, não sei como consegui me formar sem sucumbir a tudo isso. Eu vivia em uma tensão e em uma ansiedade que não me deixavam dormir” (P5).

“Quando eu estava na escola, eu era muito bom na matemática, mas nas outras coisas eu não ia bem e a professora ficava brava comigo(...). Eu chegava em casa angustiado, desanimado, porque era uma tortura aquela professora gritando, brava daquele jeito.....”(P7).

No processo do adoecer, ALEXANDER (1989) se refere a dois fatores emocionais como sendo relevantes:

“Dois fatores emocionais evidenciam-se no desenvolvimento da doença e na promoção de recidivas. Um é na tendência frustrada de cumprir uma obrigação, seja ela biológica, moral ou material e

o segundo é a tendência frustrada de realizar alguma coisa que requer o gasto concentrado de energia” (p.97).

Fatores emocionais relevantes

Para DAVIDOFF (1983), o *estresse*, a *ansiedade*, o *medo* e a *raiva* são os principais fatores que influenciam o aparecimento de uma doença.

A *preocupação*, a *raiva* e o *medo* são os ingredientes fundamentais para o surgimento da *ansiedade*, que pode ser *normal*, benéfica como uma adaptação circunstancial ou ser *patológica*, constituindo uma forma de resposta inadequada em intensidade e duração às solicitações de adaptação.

DAVIDOFF (1983) define a ansiedade como “*uma emoção caracterizada por sentimentos de previsão de perigo, tensão e aflição e pela vigilância do Sistema Nervoso Simpático (SNS)*” (p.440).

Estudos atuais, realizados em pacientes portadores de DII por KURINA; GOLDACRE; YEATES e GILL (2001) mostraram que em pacientes portadores de RCUI a *depressão* precede a doença por cinco ou mais anos e que, após o diagnóstico, o fator emocional preponderante é a *ansiedade*. Levantaram também a hipótese de que os mesmos distúrbios psiquiátricos (depressão e ansiedade) “podem ser fatores etiológicos em alguns pacientes portadores de RCUI”.

Ansiedade como fator preponderante

A *ansiedade* é, sem dúvida, a emoção mais relevante no desencadeamento da RCUI e pode manifestar-se em três níveis:

--*neuroendócrino*

--*visceral*

--*de consciência.*

O nível *neuroendócrino* diz respeito aos efeitos da adrenalina e noradrenalina.

No nível *visceral*, a ansiedade surge por conta do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e surge através da excitação e na reação de alarme ou através de relaxamento nas fases de esgotamento.

Segundo DAVIDOFF (1983), no nível da *consciência*, a ansiedade se manifesta de duas formas: através de sintomas orgânicos, tais como, sudorese, palpitação, inquietação etc, e através da consciência de estar-se nervoso ou amedrontado.

Relacionar a RCUI a conflitos emocionais não é simples, pois os fatores emocionais, perante uma condição desfavorável, seja ela qual for, podem desencadear diversas patologias já existentes, de forma latente, no organismo.

Em sua sintomatologia, os padrões individuais de ansiedade variam amplamente. Algumas pessoas desenvolvem sintomas cardiovasculares, outros, sintomas gastrointestinais, como nas DII, outras, sintomas respiratórios ou tensão muscular exagerada tipo espasmo, torcicolo e lombalgia.

Segundo MELLO FILHO (1992), no envelhecimento, há a necessidade de se alcançar um certo equilíbrio físico e psicológico, que, quando não é alcançado, leva o ser humano a vivenciar esse processo com muita ansiedade. Este equilíbrio, muitas vezes, é difícil de ser alcançado, pois o ambiente cultural propõe uma imagem ideal quase que impossível de ser alcançada, e que, com o correr dos anos, tende a ficar cada vez mais debilitada através das experiências sociais frustrantes.

Medo

“Essa doença é muito ruim. Minha barriga dói muito e eu fico até transfigurada, (...) fico mal, fico muito triste, é só chorar, já não agüento mais nada. Como é que vou sair sozinha desse jeito? (...) Não dá para ir na casa de ninguém” (P6).

O potencial humano ansioso sempre carrega consigo um *sentimento de medo*.

O *medo*, na concepção de DELLA NINA (1997), atua como um mecanismo de proteção da integridade corporal que tem um objetivo definido; na *ansiedade*, o objeto é indefinido e, por esta razão, o envolvimento emocional é mais profundo. O medo é a ansiedade já vinculada a uma representação psíquica conhecida.

A expressão da raiva

A *raiva* interfere na percepção e faz com que o indivíduo veja e interprete o mundo que o cerca de forma distorcida. Como o homem é produto de uma interação psicofísica, o surgimento de uma emoção como a *raiva* depende dos valores culturais e pessoais por ele adquiridos. Como não existem mecanismos defensivos que possam redirecionar a *raiva*, para que o próprio indivíduo possa se libertar de modo adequado, ela se torna difusa e volta-se contra ele mesmo, levando-o a adoecer.

A consciência de que a raiva não elaborada os leva ao adoecimento foi verbalizada pelos colaboradores em seus depoimentos, quando a ela se referiram.

“A raiva é que traz a doença, ela é prejudicial e essa doença (RCUI) é raiva pura, tem que ter controle senão começa tudo de novo” (P7).

“(...) o pior de tudo é que o dono vendeu a oficina e me vendeu junto, sem me consultar. Fiquei magoado, com raiva(...) depois de um tempo adoeci....” (P8).

“A doença está na cabeça da gente, principalmente esta que você está estudando (RCUI), não tem jeito é de nervoso, de ansiedade, de medo, de tristeza e de muita raiva também” (P2).

“O meu marido é um ingrato, só faz por me deixar nervosa, não me acompanha em nada, eu peço e ele faz de conta que não me escuta (...) paro de comer, perco a fome, fico fraca e se ficar muito nervosa com aquela raiva toda dele, é aquela coisa, tenho que correr para o banheiro e sinto muita dor (...),

quando eu tenho aquela raiva dele a minha barriga fica quente, parece que tem uma febre dentro, pega fogo e aí começa a doer, parece que vai romper alguma coisa (P6).

O relacionamento daquele que envelhece com o contexto no qual ele vive se caracteriza pelas dificuldades adaptativas, tanto emocionais como fisiológicas.

O ser humano jovem, de meia-idade ou idoso, quando enfrenta determinadas situações emocionais, pode ter alterações em seu corpo, provocadas por elas. As emoções podem causar impactos diversos no organismo de acordo com os recursos que cada um possui para enfrentá-los ou vivenciá-los.

Perdas significantes

Um dos momentos mais difíceis no processo de envelhecer é a sensação de perda da saúde. A angústia de não poder executar mais suas necessidades básicas sozinho leva o idoso a sentir medo de sair ou de “tornar-se um peso” para seus familiares.

Independente da classe social, no envelhecimento ocorre uma maior consciência das perdas, representadas como um processo contínuo, sejam elas relacionadas a familiares, amigos, à perda da saúde, da autonomia, da funcionalidade ou dos papéis sociais.

“Eu perdi minha mãe quando tinha quinze anos. (...) Não sei o que senti, só sei que foi uma tristeza sem fim. Foi quando eu tive que assumir a direção da casa.(...) Eu sempre cuidei de todos até hoje (...) (P1).

“Com a morte do meu pai, todos nós ficamos mal, eu também fiquei muito doente. Não é fácil perder os pais, é muito sofrimento. (...) Tenho um irmão que está com câncer e o outro irmão morreu de uma doença que nós ficamos sem saber o que era: deu uma febre muito alta e em poucos dias ele se foi.(...) logo depois que o meu pai morreu.” (P6).

Perda do papel social

Segundo TAVARES; NERI e CUPERTINO (2004), em alguns casos a aposentadoria como perda do papel social no trabalho apresenta implicações nos percursos da saúde emocional no envelhecimento.

“Sempre trabalhei muito, mas agora estou aposentado e faço o que é possível, o corpo já não tem mais aquela força” (P3).

“Já trabalhei muito em serviço pesado e hoje já não agüento, mas é pior ficar sem fazer nada (...) estou desativado, não posso trabalhar porque essa doença é muito ruim...” (P7).

Confusão em relação às fronteiras da realidade

Muitos idosos se isolam, ficando presos a emoções conflitantes provocadas por essas perdas, o que pode levá-los, muitas vezes, a um redimensionamento de suas fantasias.

“Meu marido quando morreu já não falava (...) eu gostaria de saber o que ele tinha a nos dizer. Será que, se eu pedir para ele falar em sonho, ele me fala?” (...) O carro dele está na garagem (...) e meu filho quer vender, mas eu tenho medo de vender o carro e o meu marido ficar triste. Eu não gostaria que ele ficasse triste (...). Eu tenho muitas saudades dele e ainda falo com ele todos os dias, é o que me conforta” (P1).

Dificuldades enfrentadas em situações complexas.

O conflito desencadeia a emoção (ansiedade, raiva, medo etc.) em nível do corpo e do psíquico ou mental gerando o sintoma que representa simbolicamente o conflito gerado pelo desejo não realizado. O adoecer é percebido, muitas vezes, como a expressão da dificuldade em saber lidar e/ou identificar situações complexas.

“Eu acho que não sei dizer o que foi. São tantas coisas difíceis que acontecem na vida da gente que fica difícil a gente saber o que foi.” (P3).

“A vida é um grande mistério, existem situações que não há como explicar.....” (P4).

“(...) tive um problema financeiro grave provocado pela traição de uma colega de escritório (...) Foi de uma desonestidade que me surpreendeu (...) fiquei muito desgostoso....” (P5).

“Às vezes gostaria de estudar (...) mas ando muito esquecida, esqueço tudo. Em casa sempre eu é que tenho que resolver tudo, e eu já tenho dificuldade....” (P6).

Agressividade

HAYNAL et col. (2001) observaram em pacientes portadores de RCUI uma grande labilidade neurovegetativa e uma hipersensibilidade ao estresse (p.124). Pela perspectiva psicossomática, os autores consideram os pacientes portadores dessa síndrome dotados de personalidade peculiar, obsessivos, perfeccionistas, com vulnerabilidade particular à rejeição, à hostilidade, apresentando, às vezes, traços paranóides. Dependentes e passivos, reprimem sua agressividade. “Exprimem pouco seus sentimentos, mesmo que seu comportamento revele uma emoção intensa” (p.124).

“Quando eu me casei, eu brigava muito com a minha mulher, eu ficava com muita raiva dela, agora eu saio de perto, vou andar um pouco na rua, porque percebi que discutir por nada não dá” (P7).

“Quando me falta paciência, eu chamo meu marido de Meu Senhor e de Patrão e peço para ele por o prato na pia para lavar, porque nem isso ele faz, deixa tudo para mim, mesmo vendo que estou mal” (P6).

Demora no estabelecimento do diagnóstico

Segundo BALINT (1988), para o paciente a doença é sempre desagradável:

“Ele sente que algo não está correndo bem com ele, algo que pode vir a prejudicá-lo, ou que certamente o prejudicará, a menos que seja tratado com propriedade e rapidez.” (p.36)

“Quando fui procurar um médico já não parava em pé (...) fui então para uma Casa de Saúde onde também permaneci internada, sem uma solução(...) foi só aqui é que os médicos descobriram que era essa doença...” (P1).

“Depois dessa doença tudo piorou. Eu fiquei muito tempo passando mal e tomando remédios que não ajudavam em nada. Só aqui é que fizeram os exames e descobriram que eu tenho essa doença” (P3).

“(...)acho que desde essa época eu já tinha essa doença sem saber que era ela.(...) cheguei a tomar vários medicamentos mas não adiantava” (P4).

“Essa doença, a retocolite, já está comigo há uns trinta anos, mas eu não sabia o nome dela” (P6).

“No início dessa doença, ninguém sabia o que era (...), me tratavam com remédios errados e eu fui piorando. Só depois de um ano de sofrimento é que descobriram....” (P8).

Sufrimento provocado pela sintomatologia da doença

HAYNAL (2001), relata situação referida por ENGEL (1961), em que esse autor ressalta que conviver com a doença, para esses pacientes, pode implicar em constante estado de angústia:

“Não se trata de diarréias verdadeiras com fezes líquidas, mas antes uma necessidade de defecar várias vezes por dia e, mais particularmente, antes ou durante a situação angustiante” (p.121).

“É diarréia direto, vivo no banheiro, (...) se eu não tomo vou umas dez ou quinze vezes ao banheiro por dia, não dá para segurar” (P7).

“A Sra não pode imaginar o que é isso, só quem passa. Pensei que ia morrer, era aquela cólica insuportável e aquela diarreia trinta vezes por dia” (P1).

“Há cinco anos piorei demais, comecei a ter uma diarreia com muito sangue que eu nem parava em pé.....” (P3).

Uma situação de ansiedade insuportável, angustiante, em que o doente não possui recursos internos que lhe permitam sua elaboração em nível abstrato, a possibilidade de expulsá-la, então, tenderá a ser a mais primitiva, instintiva, isto é, a via de expressão orgânica.

ALEXANDER (1989) também se referiu a essa ansiedade nesses pacientes quando diz:

“Muitos pacientes reagem à diarreia com preocupação e ansiedade; eles a esperam com receio e sua preocupação com ela freqüentemente torna-se a questão central de sua vida diária” (p.1998:92).

“Hoje eu estou desativado, não posso trabalhar porque essa doença é muito ruim, a gente tem que ir ao banheiro toda hora e às vezes não tem banheiro por perto e é o fim” (P7).

“(...) agora essa coisa de toda hora correr no banheiro....” (P6).

Esses pacientes, em sua maioria, manifestam sua preocupação e angústia em relação à sintomatologia da doença, a qual lhes foge do controle e que pode surpreendê-los a qualquer momento de suas vidas, seja ele social, profissional ou afetivo.

Personalidade obsessiva

Esses estados emocionais de angústia, ansiedade, medo e raiva são despertados pela incerteza do futuro, pelo sentimento de inadequação, impotência e culpa diante da falta de controle sobre os movimentos peristálticos intestinais, e que são determinados pela personalidade exigente, com características obsessivas desses pacientes.

ENGEL (1961) nos diz que pacientes portadores de colite ulcerativa possuem padrões rígidos, tendem a ter severas atitudes de moralidade, caráter consciencioso, ordem, asseio e pontualidade (p.231-256).

“Se eu deixar qualquer coisa por fazer eu não consigo dormir, tenho que levantar e lavar, não dá, tem que ficar tudo limpo e no lugar, senão não descanso (...) Gosto de tudo muito perfeito. Eu passo o dia todo limpando a casa, lavando roupa. Eu limpo tudo e meu filho fica bravo comigo e me diz para parar de limpar o que já está limpo” (P1).

“Minha casa é simples, mas tenho tudo em ordem e muito limpo” (P2).

“Sou muito organizado, perfeccionista, tenho tudo em pastas onde guardo minhas coisas” (P5).

“Em casa, deixo tudo pronto para o meu marido e hoje, como eu vinha para cá, eu deixei tudo arrumado, levantei mais cedo para não deixar faltando nada (...) tenho que deixar tudo limpo antes de sair” (P6).

“Já construí três casa, sou muito caprichoso, gosto de tudo muito bonito e bem feito” (P4).

Pudemos observar que os pacientes do sexo masculino, na escolha de suas parceiras, projetam nelas, de forma inconsciente, essas características de sua personalidade, principalmente no que diz respeito ao asseio e perfeccionismo nos cuidados da casa, porque, na cultura ocidental, essa é uma tarefa que geralmente cabe ao sexo feminino.

“Eu gosto muito dela, mas me aborreço de tanto ver ela limpar o que já está mais do que limpo” (P3).

“Minha mulher é muito exigente, gosta de tudo arrumado, deixa tudo muito limpo, se cobra demais (...) é sistemática, organizada (...). Anotamos tudo, todas as despesas, temos o controle de tudo, é o sistema europeu da minha mulher (...) Ela gosta de tudo arrumado e limpo, não descansa.....(P7).

“Essa terceira esposa (...) é muito exigente em relação à limpeza da casa” (P3).

Essa personalidade perfeccionista obsessiva, também referida por vários autores, é que os leva a serem invadidos pelo sofrimento de, a qualquer momento, quando das manifestações dos sintomas e do pouco controle sobre os mesmos, não conseguirem dar conta de suas obrigações, levando-os ao estresse.

PONTES et col. relatam que:

”A R.C.U.I. é uma doença da personalidade (...). Na maioria das vezes, o paciente de R.C.U.I. é basicamente deprimido e apresenta traços obsessivos de personalidade, ou seja, são perfeccionistas, exigentes, com certa meticulosidade, exagerado sentido de responsabilidade e autoridade.” (p892).

Em seus relatos, de acordo com as considerações de PONTES, F, os pacientes relataram situações nas quais se sentiram deprimidos diante de circunstâncias existenciais que os tornava impotentes em relação á sua resolução.

Religiosidade / espiritualidade

No processo do envelhecer, o corpo não evolui, sua mudança e o declínio da competência física são inevitáveis, representando as sucessivas perdas ao longo da vida. Em contrapartida, o envelhecer transforma essa perda em ganho, que é o aumento da competência espiritual que, nas horas de crise e nas doenças, serve como base de apoio de extremo valor.

HOLLAND (1997) nos diz que recorrer a um poder maior para receber auxílio pode ser de grande alívio contra o desamparo e de grande ajuda para o enfrentamento de um processo de doença, pois muitos encontram forças na crença religiosa e na espiritualidade.

ZUCKERMAN (1984) mostrou que pacientes no processo de envelhecimento dotados de um alto índice de religiosidade tinham uma sobrevida maior do que os pacientes que não professavam nenhuma fé.

Para SAAD (2001), a espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis que transmite vitalidade e significado a eventos da vida. O autor nos diz que religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos. *Religiosidade* envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo numa instituição. *Espiritualidade* está relacionada com o transcendente, com a concepção de que há muito mais do que pode ser visto ou plenamente compreendido.

“Sou muito religiosa e rezo todos os dias por todos da minha família..... No início da doença eu pedi muito para morrer e hoje eu me arrependo porque tenho recebido muitas graças de Deus e seria uma ingratidão, mas acho que Ele vai me perdoar” (P1).

“Hoje já entendi que o melhor é entregar tudo a Deus, porque senão a gente adoece e não consegue resolver sozinho. É só Deus mesmo” (P3).

“Hoje eu entrego tudo nas mãos de Deus porque Ele me deu prova de sua existência.(...) essa doença já me fez sofrer muito (...) só Deus mesmo para ajudar a suportar” (P4).

“Nesses anos todos o que tem me ajudado é a espiritualidade. Sem esse suporte não teria sobrevivido a tantos reveses” (P5).

“Sabe, Dra., a religião é muito importante (...) eu sempre passo para os meus filhos que quem não tem religião não tem nada. Com Ele lá em cima já é difícil, imagine sem ele” (P7).

“Não durmo sem rezar, principalmente quando tenho algum problema, já a minha esposa não reza e fica acordada a noite toda preocupada. Ela não fala com Deus, eu já falo todo o problema para Ele e durmo porque sei que Ele vai me ajudar a resolver. Quem tem fé tem tudo....” (P8).

Personalidade controladora

Os pacientes entrevistados, manifestaram também um controle em relação a seus pertences e aos cuidados com eles, demonstrando uma exigência excessiva

em relação aos outros e a si próprios, tendo consciência de uma atitude que não conseguem modificar e que os faz sentirem-se culpados, pois trazem sofrimento aos que com eles convivem.

“Eu tenho uma foto que foi tirada na minha formatura e que eu gostaria de emoldurar e pendurar (...) eu infernizei minha esposa porque eu não conseguia encontrar a foto e a culpei por guardar em lugares escondidos. Ela ficou muito triste porque me assegurou que eu é que tinha guardado a foto. Foi uma semana difícil lá em casa, porque eu ficava cobrando o aparecimento da foto. Você pode imaginar como eu fiquei quando encontrei a foto na minha pasta?! (...) e pensar que fiquei cobrando o tempo todo (...) procurando algo que estava comigo” (P5).

“(...) é que comigo tem que ser do meu jeito, tudo certinho, tudo limpinho e no lugar senão (...) não sei ser diferente....” (P6).

Cronicidade e Incurabilidade da doença

A cronicidade da doença e sua incurabilidade devido à indefinição quanto à sua etiologia parecem exercer um peso preponderante na vida desses pacientes.

“(...) Os médicos descobriram que era essa doença e me disseram que iriam tratar, mas que ficasse claro para mim que não tinha cura. Foi triste demais ouvir isso” (P1).

“O que me deixa mais triste é saber que essa doença não tem cura. O médico me disse que é da minha cabeça. A Sra. acha que é mesmo? A Sra. acha que dá para arrumar essa cabeça?” (P6).

“Hoje, na consulta, os médicos me disseram que queriam operar, mas estou com medo. Eu insisti bastante com os remédios, mas não está resolvendo, não tem mais jeito, não tem cura, vou ter que operar mesmo” (P7).

Individualidade no modo de sentir e vivenciar a doença

Baseados nos dados acima, podemos pensar no quanto as características de sua personalidade, a perda do controle sobre os sintomas da doença, a

cronicidade e a indefinição quanto à sua etiologia podem alterar o estilo de vida desses pacientes. No entanto, não se deve deixar de levar em consideração a individualidade de cada paciente em sua forma de sentir a situação, como nos diz BERGERET (1983):

“Porém, não se deve esquecer que uma situação apresenta uma significação particular para cada indivíduo, em função de sua história e de seu desenvolvimento psicológico (...). A situação que precipita o indivíduo na doença apresenta, para esse doente, uma significação afetiva particular, pois se mostra ligada a seu passado ou a uma problemática conflitual não resolvida.” (p270).

Essa individualidade na forma de viver e de adoecer também nos é relatada por PERESTRELLO (1989) quando se refere à interioridade do paciente:

“E como a doença não é algo que vem de fora, não é um corpo estranho e sim um modo de ser, expressando-se em circunstâncias adversas, assim como a pessoa tem um modo-de-ser, também possui um modo-de-adoecer único, que sobrevém em circunstâncias críticas” (p 71).

Os pacientes portadores de RCUI possuem um modo peculiar de ser, e, em sua observação, têm consciência da origem de sua expressão corpórea, incontrolável, que os desespera, quando se referem à etiologia da doença.

Auto-percepção sobre a etiopatogenia da doença

“Essa doença vem do nervoso, chego a ter manchas vermelhas na pele, e aí já sei que a doença vai reaparecer....” (P2).

“Essa doença é de nervoso mesmo, pode ter certeza disso” (P3).

“(...) é puro nervoso, eu sei disso, mas não consigo controlar, não está nas minhas mãos. Eu digo, e a Sra. pode escrever na sua pesquisa, que essa doença vem quando fico nervosa, irritada” (P1).

“Tudo me deixa nervosa (...) essa doença é de nervoso mesmo. Sabe, acho que essa doença estraga a gente por dentro e acaba até atacando a cabeça” (P6).

“Eu sou de natureza nervosa, fico muito irritado com as coisas que acontecem e perco o controle muito fácil, vem na cabeça e eu não controlo mesmo, aí já viu, já aconteceu e eu fico mal, péssimo comigo e a doença volta. Ela é de nervoso mesmo” (P7).

“(...)a doença está na cabeça da gente, principalmente esta que você está estudando, não tem jeito, ela é de nervoso....” (P7).

Podemos observar em seus relatos que os pacientes analisados expressaram queixas quanto ao relacionamento social e profissional que se referiam basicamente às perdas. Sabemos que os que envelhecem trazem de seu passado muitas perdas, quais sejam, de entes queridos, de sua própria imagem corporal, de seu papel social decorrente da aposentadoria e de sua auto-estima por não se sentir mais produtivo.

Em relação às queixas emocionais, predominaram as que provocaram maior retraimento afetivo ou tensão emocional, ligadas a situações diversas.

Isolamento e solidão

O isolamento provocado pela doença também foi expresso por esses pacientes. Deixam de ter uma vida social por se sentirem inadequados, causadores de desconforto para aqueles com quem convivem.

“Não quero morar com ninguém. (...) Meus filhos querem que eu more com eles, mas eu tenho medo de não dar certo. Essa doença me deixa constrangida. (...) Ter que estar toda hora no banheiro na casa dos outros não vai dar certo. (...) Como eu já tinha falado para a sra, eu prefiro ficar sozinha, não quero ser um estorvo na vida deles” (P1).

“Quando eu fiquei viúvo, depois de um tempo, tentei encontrar outra companheira, mas não deu certo (...) agora estou muito velho para casar (...) depois, com essa doença, quem é que vai querer ficar comigo?”

“Vivo em casa na companhia de todos, mas me sinto muito só, incompreendido, sem poder fazer o que eu gosto, sem o amor da esposa e com essa doença que me deixa muito mal” (P8).

Esses pacientes também se referem a esse isolamento como uma situação que os leva a se sentirem angustiados pela incerteza em relação à estabilidade que o controle medicamentoso traz e também a um estado de *“vazio existencial”*, pois perdem o sentido da vida, não têm mais perspectivas e sentem-se *“como um peso para seus familiares”*. Referem-se a um *“esquecimento”* que os faz dependentes de quem possa auxiliá-los e medicá-los quando necessário. Têm muito medo de seu futuro quando vislumbram mais sofrimento.

A exacerbação dos sintomas e conseqüente hospitalização

Um outro fator que também aflige esses pacientes é o temor da exacerbação dos sintomas, o que, em suas fantasias, poderia levá-los a uma possível internação ou tratamento cirúrgico.

“Essa doença é muito ruim, tenho sempre sulfa na bolsa, porque quando começo a sentir os sintomas já tomo. Tenho medo que volte tudo aquilo de novo” (P1).

“(...) eu tomo sulfassalazina há 10 anos. Às vezes fico apreensivo com receio de parar com o medicamento e os sintomas voltarem, é horrível” (P4).

“Os médicos disseram que vou ter que operar, (...) estou com medo (...) vou ter que operar mesmo” (P7).

BALINT (1988) se refere ao estado emocional do paciente quanto à sua internação no hospital quando relata que:

“Qualquer um que se preocupe em sentar-se durante o que se denomina “estadia de uma semana no hospital para observação” pode ter uma idéia das apreensões, ansiedades e fantasias incontroláveis das quais ele é preso durante este tempo” (p.38).

O paciente no hospital sofre um processo de despersonalização, passa a ser um número de leito ou o “*detentor de tal doença*”, e isso afeta sua identidade. Essa quase despersonalização atua como um bloqueio da autocompreensão. Sua auto estima fica abalada, sente que não tem controle sobre o próprio processo da doença e, de certa forma, desiste de participar do processo de cura, perdendo o *significado* próprio e assim o *poder significar* a partir de sua patologia.

Na observação de SILVA (1979), a hospitalização, principalmente para aquele que se sente envelhecer, parece ser uma situação agressiva, pois ele é retirado do ambiente familiar, tem seus hábitos alterados e vê surgir a incerteza perante o desconhecido. É tomado pela insegurança, ansiedade e estresse - fatores emocionais ligados ao medo do prognóstico, da morte e da dependência de pessoas que não conhece.

KAMUYAMA & NAKASAWA (1976) complementam SILVA quando se referem à situação de insegurança na internação no que diz respeito ao desconhecimento do paciente em relação à doença e seu tratamento.

Alguns de nossos pacientes fizeram referência a experiências traumáticas precoces, sobre as quais pediram sigilo. COLLINS (2001), em seu enunciado, pressupõe traumas como possíveis fatores desencadeantes da doença na idade adulta e na velhice, porquanto poderiam alterar sua fisiologia tornando-os mais suscetíveis a processos inflamatórios.

Também MAUNDER e ESPLEN (1999) disseram que 53% de 47 pacientes portadores de RCUI, por eles estudados, relataram trauma grave em algum momento de sua vida pregressa.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas leituras exaustivas dos relatos dos nossos colaboradores portadores de RCUI, com idade entre 51 e 74 anos, e na busca pela compreensão do dinamismo psíquico dos aspectos emocionais por eles vivenciados, procuramos analisá-los em sua totalidade mente-corpo que se encontra desarmonizada devido à enfermidade. Partimos do pressuposto de que toda enfermidade implica em desequilíbrio orgânico ou mental. Quando não mais se vê o homem como um ser dicotomizado, compreende-se que este desequilíbrio provoca um abalo estrutural na sua condição de ser. Não há como duvidar de que o comportamento psíquico influencia o distúrbio somático e vice-versa.

Procuramos sempre ter o cuidado de respeitar a individualidade de cada ser humano em seu universo, tendo o conhecimento de que este sente as emoções de forma única e peculiar quando se vê diante de situações opressivas ou desvantajosas. A consciência dessa individualidade nos permitiu perceber e avaliar o quanto emoções como a ansiedade, a raiva, o medo, etc, são vivenciadas em diferentes graus de intensidade por cada colaborador em seu contexto sócio-econômico e cultural. Nossas percepções vêm ao encontro do que dizem PONTES (1988) e ALEXANDER (1953) quando ressaltam a importância das características de personalidade e do modo de sentir o mundo interno e externo dos pacientes portadores de DII.

Neste percurso, vários foram os questionamentos levantados, os quais dentro de nossas possibilidades procuraremos aprofundar em pesquisas posteriores.

A maior parte dos pacientes falou quase que ininterruptamente durante as entrevistas, ansiosos por relatar fatos ocorridos em suas vidas para alguém disposto a escutá-los. Vencida a inibição dos primeiros momentos, conseguiram expressar-se de forma espontânea e no decorrer dela verbalizaram que sentiam-se “*aliviados*” em poder falar sobre algo que os atormentava. Receavam que a duração da entrevista não fosse suficiente para o que gostariam de falar. Nenhum

dos pacientes necessitou ir ao banheiro durante as entrevistas, mesmo sentindo-se um pouco tensos em alguns momentos.

Diante desse fenômeno, vale nos perguntarmos se através da expressão verbal contínua e não através das diarreias constantes esses pacientes teriam condições de “colocar para fora” ou “esvaziar o corpo” dos conflitos que os atormentam.

Como bem observou ALEXANDER (1989) quando nos fala que:

“Pacientes que sofrem de diarreia, independentemente de sua causa, freqüentemente exploram este sintoma emocionalmente, buscando uma expressão simbólica para o fato de estar exausto, completamente “esvaziado” (p.98).

Nossos colaboradores se identificaram como pessoas ansiosas, nervosas, controladoras, solitárias e carentes.

JASPERS (2003) nos diz que o homem saudável vive seu corpo, mas não se detém para nele pensar, simplesmente se deixa viver, sem lhe prestar atenção.

A partir desse enunciado, ousou pensar no pressuposto de que a influência dos fatores emocionais, tais como a ansiedade, o medo, a raiva, etc., aliada à personalidade controladora e perfeccionista-obsessiva desses pacientes e somada ainda à sua aguda observação e inteligência (ALEXANDER (1989); MILLER DE PAIVA (1966); PONTES et al. (1987); HAYNAL et col. (2001), poderia interferir, inconscientemente, no processo digestivo natural alterando assim seu ritmo e seu tempo, na tentativa de controlar o incontrolável e levando-os assim ao desequilíbrio.

Nossos colaboradores se referiram também à sua solidão e isolamento como situações dolorosas. Sabe-se que a solidão, embora fenômeno inerente à própria condição humana, apresenta-se diferentemente de acordo com a faixa etária à qual o indivíduo pertence. No envelhecer, a perda dos papéis sociais, o afastamento profissional (aposentadoria), as limitações físicas, a morte de entes

queridos da mesma idade ou de parentes próximos e a doença podem ocasionar a solidão.

É importante que se diferencie solidão de isolamento. Ambas fazem parte da experiência de solidão. WEISS (1973) define isolamento emocional como um estado subjetivo, interno, de querer estar consigo mesmo e o isolamento social como o grau ou a qualidade do envolvimento do indivíduo com seus pares.

ERICKSON & ERICKSON (1998) consideram a solidão no envelhecimento como algo positivo na medida em que o isolamento por ela provocado provoca um movimento introspectivo no ser humano, uma aceitação das mudanças que nele ocorrem e lhe permite realizar as tarefas existenciais possíveis à sua faixa etária.

O isolamento nos parece ser uma exigência imposta ao paciente portador de RCUI, por si próprio. Sente-se constrangido devido à sintomatologia da doença diante dos que com ele convivem. Em sua solidão imposta, perdem a oportunidade de vivenciar uma das características mais importantes do ser humano, que é a necessidade da atenção do outro para que sua vida ganhe significado. No processo do adoecer, quando há uma maior necessidade de cuidados, a presença do outro pode tornar-se imprescindível.

A negação em conviver com os que lhe são mais próximos instala nesses pacientes portadores de RCUI, de idade mais avançada, o conflito entre o desejo de com eles compartilhar e a renúncia de sua convivência, por sentirem-se inadequados.

Segundo ALEXANDER (1998), o bloqueio das tendências de dependência e a dificuldade de ser objeto de cuidados pelo outro perturbam o sistema nervoso parassimpático, produzindo, então, doenças como asma, ulcera gástrica, prisão de ventre, diarreia, colite e fadiga. O paciente portador de RCUI obriga-se a ser ativo, não se permitindo expressar suas necessidades de dependência, seja por não poder aceitá-la internamente, seja porque sua demanda é rejeitada pelo seu meio. Todo o seu trabalho, suas lutas anteriores e, até mesmo, seu sentido de significação estavam apoiados na confiança e no afeto de seus semelhantes mais próximos, com os quais gostaria de estar, mas nega-se a com eles conviver.

Não seria essa uma forma inconsciente de atrair para si uma atenção maior por parte do outro? Uma maneira de se tornar “importante” para aquele que com ele se preocupa? De se sentir mais amado diante dessa preocupação?

A espiritualidade/religiosidade foi citada, unanimemente, por nossos colaboradores, como apoio em situações difíceis. Por meio da oração, entregam a solução de seus problemas a Deus.

Poderíamos pensar se não haveria neste envolvimento espiritual uma possível procura do outro, de um novo sentido para o vazio, para a solidão e para o cansaço de existir em situação tão adversa.

Quando ANGERAMI-CAMON (1992) nos diz que o envelhecer abarca em si a vivência de tudo o que foi experienciado e que envolve a lembrança de determinados momentos desencadeantes de muito sofrimento, nos conduz a refletir sobre os momentos de silêncio de nossos colaboradores durante as entrevistas, momentos em que silenciavam por alguns instantes numa tentativa, talvez, de lembrar um fato ocorrido, ou quiçá, a necessidade de uma pausa alentadora após o relato de uma situação dolorosa.

A raiva não expressa e suas atuações em situações intoleráveis apareceram nos relatos de nossos colaboradores. MARTY (1966) nos diz que quando o agir está impedido no sentido de sua expressão, corre-se o risco de passar diretamente a uma atuação. Para aqueles que não podem manifestar a sua cólera ou raiva, existe a escolha entre a violência no agir ou a inibição da ação com o risco da somatização. Esta última hipótese ocorreu com a maioria dos pacientes portadores de RCUI, decorrente de uma possível educação repressiva em sua manifestação emocional, principalmente na infância e na adolescência, por parte de um ou de ambos os progenitores.

Buscar a essência do desencadeamento e a evolução desse fenômeno, a RCUI, não é uma tarefa fácil. O pesquisador procurou sentir empaticamente a experiência psíquica do pesquisado, colocando-se na sua situação de

enfermidade, na busca pela compreensão de sua dinâmica psíquica por meio de suas intuições, seguindo as orientações de JASPERS (2003), que distingue a intuição da interioridade da percepção do fato materialmente percebido. Quando JASPERS (2003) refere-se à essência, nos diz que ela não é um objeto perceptível, mas que ela é única em seu gênero e que pode ser tantos quantos objetos nossa percepção possa perceber.

Sabemos ainda muito pouco sobre a etiologia das DII. Não podemos pensar no adoecer como a consequência de um evento único, mas compreendê-lo como resultado dinâmico composto pela própria força psíquica do Ser doente aliada ao meio ao qual este pertence. A sintomatologia da doença não é apenas o produto ou a consequência de um acontecimento atual, mas sim de toda uma vida. Não se pode crer que uma doença consequente de uma desorganização psiconeuroimunológica, como é considerada a RCUI na literatura especializada, possa derivar de um simples fato.

Neste presente estudo, o que pudemos observar é que a influência inconsciente e incontrolável dos fatores emocionais é relevante e produz um desequilíbrio na funcionalidade do sistema gastrointestinal, levando-o a um quadro patológico extremamente grave.

Acreditamos que o conhecimento de si mesmo, através de uma ajuda psicoterapêutica, poderia auxiliar esses pacientes na compreensão de sua forma de ser que os leva a adoecer. O terapeuta precisa possuir uma técnica de abordagem humanística, que lhe forneça instrumentos para uma compreensão profunda dos significados dos conflitos existenciais de seu paciente, manifestos e latentes, e que lhe permitam uma leitura baseada na individualidade e totalidade do Ser Doente, com o objetivo de auxiliá-lo na possibilidade de elaboração de seu sofrimento. Direcioná-lo para uma nova forma de vivenciar a doença e seus conflitos, sejam quais forem os recursos de que ele dispõe para manifestá-los.

BENGEL, J et al. (2003) em seus estudos mostram que:

“Abordagens específicas de psicologia e psicoterapia para pacientes com doenças somáticas têm sido desenvolvidas e podem

ser consideradas como parte integrante do tratamento médico nos cuidados intensos e de reabilitação.” 53 (2); (p.83-93).

8.1 - Perspectivas

“O clínico, cômico das suas responsabilidades, desejoso de exercer a sua profissão recorrendo ao concurso de tudo quanto a ciência lhe pode oferecer em nossos dias, não poderá limitar-se aos conhecimentos de física, de química, de anatomia normal e patológica, de patologia geral, de microbiologia e das especialidades que estudam as doenças somáticas. Deverá dedicar-se também aos estudos de psicologia, de psiquiatria, de antropologia e de sociologia, porque só assim terá uma visão perfeita e completa da personalidade humana integral e dos fatores que podem atingi-la, tanto na esfera corpórea como na psíquica, com efeitos reversíveis.”

A C.Pacheco e Silva

Segundo DeMARCO (2003), o que ocorre nos dias atuais é que os profissionais não se dedicam à escuta dos doentes em seus problemas emocionais e psíquicos. O eixo das investigações deslocou-se para o laboratório. Perdeu-se o interesse pela observação e pela história da pessoa seja no plano físico, emocional e/ou social. É preciso permitir ao paciente falar de maneira espontânea, pois, na associação de suas próprias idéias, está uma via importante de compreensão de si mesmo e de sua essência *humana*.

Para PONTES (1988), é na personalidade e no modo de sentir o mundo externo e interno e na capacidade de cada um suportar frustrações que se encontra a gênese do sintoma e da doença.

Um dos objetivos da medicina psicossomática é a conscientização do risco de uma aproximação puramente científica e tecnológica do homem, bem como mostrar a necessidade de uma aproximação mais humanística.

BITELMAN (1997) acredita ser imprescindível que o médico olhe para o seu paciente como um ser humano, possuidor de sentimentos, pensamentos e emoções que, positivos ou negativos, podem dirigir o seu corpo para o equilíbrio ou para o desequilíbrio.

PONTES (1987); MELLO FILHO (1992); DeMARCO (2004); JASPERS (2003) e outros colocam que a pesquisa e a clínica psicossomática devem orientar-se para a investigação de mecanismos individuais que encontram na manifestação da doença o único recurso possível para a superação de um impasse na história do indivíduo. A doença muitas vezes representa uma maneira de viver e, nesse sentido, faz parte da vida de cada um.

A Medicina precisa voltar-se novamente para o fenômeno humano integral, sendo que a maior dificuldade desta concretização reside no mais ousado e difícil desafio humano que é o encontro consigo próprio e com o outro.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, F. -- **Medicina Psicossomática**. São Paulo, Artes Médicas, 1989.

AMATUZZI, M.M. -- *Pesquisa Fenomenológica em Psicologia, in-BRUNS, M.A.; HOLANDA, A. F. (org) Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: reflexões e perspectivas*, São Paulo, Omega Editora, 2001.

ANDRÉ, M.E.D.A -- **Texto, Contexto e significado: algumas questões na análise de dados qualitativos**. Cad. Pesq. São Paulo (45), 1983.

ANGERAMI, V.A. – CAMON, **Histórias Psi: a ótica existencial em psicoterapia**. São Paulo, Pioneira, 1995.

ANGERAMI, V.A. -- CAMON, TRUCHARTE, F.A. R.; KNIJNIK, R.B.; SEBASTIANI, R.W. -- *O Psicólogo no Hospital (1) Psicologia Hospitalar - teoria e prática*. São Paulo, Pioneira, 1995.

ANGERAMI,V.A. – CAMON - **Solidão; A ausência do outro**. São Paulo, Pioneira. 1992.

ATALLAH, N.A.; CATAPANI, W.R. -- **Manual de Gastroenterologia para Prática Clínica**. São Paulo, Lemos, 1998.

AURÉLIO,B.H.F. -- **Novo Dicionário da Língua Portuguesa** Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro.1965.

ÁVILA, LAZLO A. – **Doenças do Corpo e Doenças da Alma: investigação psicossomática psicanalítica**. São Paulo, Escuta, 2002.

AYACHE, I. -- **Hippocrate**. Paris, PUF, 1992.

BALINT, M. -- **O Médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.

BARRAS, V. e BIRCHLER, T. -- ***La perfection de l'homme selon Galien***, In NICOLAYDIS, N. e PRESS, J. ***La psychossomatique aujourd'hui***. Lausanne, De lauchaux et Niestlé, 1995.

BENGEL, BEUTEL M., BRODA M., HAAG G., HARTER M., LUCIUS-HOENE G., MUTHY F A., POTRECK-ROSE F., STEGIE R., WEIS J. -- *Chronic diseases, psychological distress and coping*. -- ***Psychoter Psychosom Med Psychol*** Universitat Freiburg - Feb 2003.

BENJAMÍN, A. – ***A entrevista de ajuda***, 8^a ed. São Paulo, Martins Fontes, 1994.

BERGERET, J. -- ***Psicologia Patológica***. São Paulo, Masson. 1983.

BERNARD, C. -- ***Na Introduction to the study of experimental medicine***. New York, MacMillan, 1927.

BERQUÓ,E -- *Algumas Considerações Demográficas sobre o envelhecimento da População no Brasil*. In: ***Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional*** : Brasília: MPAS;SAS-1996.

BICUDO, M.A.V. – ***Pesquisa Qualitativa em Educação***. Piracicaba, S.P. Unimep, 1994.

BITELMAN, B. -- *Psicossomática em gastroenterologia in Psicossoma II Psicossomática psicanalítica* - São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

BLEGER, J. – ***Temas de psicologia: entrevista e grupos***, 2^a ed., São Paulo, Martins Fontes [trad. Rita M. M. de Moraes], 1998.

BOGDAN, R.C. & BIKLEN, S.K. -- ***Qualitative research methods for education***. Thousand Oaks, Sage, 1998.

BONTEMPO, M. – **O Caduceu de Mercúrio**. São Paulo, Best Seller. [Clube do Livro], 1995.

BRITTEN, N., JONES, R., MURPHY, E. et al. -- *Qualitative research methods in general practice and primary care*. **Fam Prata**, 12 (1), 1995.

BREUER, J.F. & FREUD, S. -- **Estudos sobre Histeria**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1975 (1895).

BROBERGER, F.C; PERLMANN, P. -- **J. Exp. Méd.** 1959.

BRUNS, M.A. T., HOLANDA, A. F. (org). -- **Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: reflexões e perspectivas**. São Paulo, Omega editora, 2001.

CASTRO, L.P., SAVASSI ROCHA, P.R. -- **Controvérsias em Gastroenterologia**. São Paulo, Livraria Atheneu, (27), 1998.

C.C.F.A. Crohn's & Colitis Foundation of América. -- **Crohn's & Colitis Foundation of America Inc.**, 1996. <http://www.ccfa.org>

CHAUÍ, M. S. – **Convite à filosofia**. 3ª ed., São Paulo, 1995.

CIRLOT, J.E -- **Dicionário de Símbolos**. São Paulo, Moraes, 1984.

COLLINS, S.M. -- *Stress and the gastrointestinal tract IV. Modulation of intestinal inflammation by stress: basic mechanisms and clinical relevance*. **American Journal of Physiology Gastrointestinal, Liver Physiology**, 2001.

CORTOT, A., GINZBURG, L., OPPENHEIMER, G.D. -- **Epidemiologia et genetique des maladies inflammatoires du tube digestif**. s.l., s.n., 1991.

DAHLKE, R. -- **A doença como símbolo**. São Paulo, Cultrix, 1996.

DAMIÃO, A., HABR-GAMA, A. -- Retocolite Ulcerativa, In: DANI, R., PAULA CASTRO, L.-- **Tratado de Gastroenterologia Clínica** vol 2, 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

DAVIDOFF,L.-- **Introdução à Psicologia**. São Paulo, Mc Graw Hill do Brasil, 1983.

DELLA NINA,M- in TEDESCO; ZUGAIB; QUAYLE. -- **Obstetria psicosomática**, Ed Atheneu, SP.1997.

DeMARCO,A (org). -- **A Face Humana da Medicina- Do modelo Biomédico ao modelo biopsicossocial**, Casa do Psicólogo, São Paulo, SP. 2003..

DETHLEFSEN T., DAHLKE, R. -- **A doença como caminho**. São Paulo, Cultrix,1996.

DOUGALL, J.M., GACHELIN, G., AULAGNIER,P., MARTY,P., LORIOD, J. & CAIN. -- **Corpo e História**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

DOWNE-WAMBOLDT, B. – *Content analysis, applications and issues*. **Health Care for women international** 13, 1992.

DUNBAR, H.F. -- **Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Relationships**: New York, Columbia University Press, 1935.

EISNER, E.W. – *Concerns and aspirations for qualitative research in the new millennium*. **Qualitative Res.**, v.1, n.2, 135-145. 2001.

ELIADE,M. – **Mito e Realidade**. - [Trad. Póla Civelli] São Paulo,Perspectiva ,1972.

ENGEL, G.L. -- *Biologic and psychological features of ulcerative colitis patients*, **Gastroenterology**, 40, 313-322, 1961.

ENGEL, G.L. -- *Anxiety and depression withdrawal: the primary affects of umpleasure. In International Journal of Psychoanalysis* : 43: 89-97. 1961.

ENGEL, G.L. -- *Conversion syntoms: in* MAC BRYDE, C.M. ***Signs and Syntoms applied pathologia, physiologia and clinical interpretation***, 5ed. Philadelphia JB. Hippincott, 1970.

FERRERAS; ROZMAN. -- ***Medicina Interna***. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982.

FIOCLAIC – *Pathogenesis and clinical implications: where do westand, where do we go?* - ***in*** GOEBEL, H., MARCHOW, H., EWE, R.L.R., KOELBEL, C. ed - ***Inflamatory bowel diseases in basic research and clinical implications***. Oxford, England, Kluwer Academic Publishers, 1991.

FOLKS, D.G. & KINNEY, F.C. – ***The Role of Psycholológica factors in Gastrointestinal Conditions. A Review pertinent to D.S.M. IV. Psychossomátics***, 33, 1992.

FRANKL, V.E. -- ***A questão do sentido em Psicoterapia***. Campinas, Papirus. 1990.

FREUD, S. -- *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão, in Cinco Lições de Psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 1975 (1910).

GACHELIN, G. -- ***Emotions et immunité, in*** La Recherche, 1986..

GERALDO, B.F. e col.. -- ***Patologia***. Rio de Janeiro, Guanabara, 1994.

GERSHON, M.D. – ***O segundo cérebro***. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues. Rio de Janeiro, Campus, 2000.

GOLIGHER, J. -- ***Cirurgia do Anus, Reto e Colo***. Vol 2. Londres, Manole Ltda, 1990.

GRODDECK, G. -- ***O livro d'Isso***. São Paulo, Perspectiva, 1984.

HABR GAMA, A. -- ***Doença Inflamatória Intestinal***. São Paulo, Atheneu, 1997.

HABR GAMA, A., TEIXEIRA, M.G., BRUNETTI NETO, C. -- ***Retocolite Ulcerativa***, In: PINOTTI, H.W. ed. ***Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo***. São Paulo: Atheneu, 1994.

HAGGARD, H.W. -- ***El médico em la história***. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1940.

HARRISON. -- ***Medicina Interna, Compêndio***. Rio de Janeiro, Mc Graw Hill, 1998.

HAYNAL, A., PASINI, W., ARCHINARD, M. -- ***Medicina Psicossomática Abordagens Psicossociais***. São Paulo, Medsi, 2001.

HOEHN, S.R., Mc LEOD, D. -- ***Biology of Anxiety Disorders***. USA, American Psychiatric Press, 1993.

HOLLAND. C., LEWIS. S. -- ***Emoções e Câncer: o que sabemos realmente – Equilíbrio corpo e mente, como usar sua mente para uma saúde melhor***. DANIEL GOLEMAN e JOEL GURIN (organizadores) – tradução de Ana Maria Rodrigues e Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro, Campus, 1997.

JAPIASSU, H. & MARCONDES, D. – ***Dicionário Básico de Filosofia***, 3ª ed., Rio de Janeiro, Jorge, Zahar, 1996.

JASPERS, K. -- ***Psicopatologia Geral***. Rio de Janeiro, 1v. 1973.

JASPERS, K. -- ***Psicopatologia Geral. Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenológica.*** Tradução Samuel Penna Reis. Revisão terminológica Paulo da Costa Rzezinski. São Paulo, Editora Atheneu, 1e2v, 2003.

JECCKEL-NETO,E. -- *Gerontologia biomédica: uma perspectiva inovadora, II Encontro das Universidades III- Fórum Permanente de Política Nacional do Idoso.* Recife, pp28-34, 2000.

JOJA, A. – ***A Lógica Dialética.*** São Paulo, Ed. Fulgor, 1965.

JOLIVET,R. -- ***Vocabulário de Filosofia,*** Rio de Janeiro;Agir, 1975.

JUNG, C.G. -- ***Obras Completas VII.*** Petrópolis: Vozes, 1978.

JUNG, C.G. -- ***Obras Completas – Símbolos da Transformação.*** Vol. 5. Petrópolis, Vozes, 1989.

KAMIENIECKI, H. -- ***Histoire de la psychosomatique.*** Paris, Puf, 1994.

KAMUYAMA. J. & NAKASAWA,C. -- *Problemas sentidos por pacientes de um Hospital particular em São Paulo. Enfermagem em Novas Dimensões.* 1 (6).

KOIZUME, M.S. -- ***Fundamentos Metodológicos da Pesquisa em Enfermagem.*** Rev Esc.. Enf. U.S.P., 26 (n. Especial), 1992.

KRUPP, A.M. e col. -- ***Diagnóstico e Tratamento.*** São Paulo, Atheneu, 1987

LALANDE, A. -- ***Vocabulário técnico e crítico da filosofia*** 1ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1993.

LANGEHAGEN, M. -- ***Mucomembranous Enterolocitis.*** Londres, Chrurchill, 1903.

LAPLANCHE E PONTALIS – **Vocabulário da Psicanálise** –São Paulo, Martins Fontes, 1992.

LELOUP, J.Y. – **O Corpo e Seus Símbolos: uma antropologia essencial**. Rio de Janeiro, Vozes, 1998.

LEVENSTEIN, S., PRANTERA, C., VARVO, V., SCRIBANO, M.L., ANDEOLIL, A., LUZIC, ARCA, M., BERTO, MILITE,G., MARCHEGGIANO, A. -- *Stress and exacerbation in ulcerative colitis, a prospective study of patients enrolled in remission*. **American Journal of Gastroenterology**, 2000.

LEVI-STRAUSS, C. – “O Feitceiro e sua Magia” - **in Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, op. Cit. 1975.

LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. – **Fenômenos psicossomáticos**. Trad. S.A Souza. Rio de Janeiro, José Olímpio, 1974.

LIMONGI FRANÇA, A.C., RODRIGUES, A.L. -- **Stress e Trabalho – Uma abordagem psicossomática**. São Paulo, Atral, 1999.

LIPOWSKI,Z.J. -- *Psychosomatic Medicine in seventies; an overview*, **Am. J. Psych**, 134: 233-242, 1977.

LIPP,M.N.; ROMANO,A S.P.F; COVOLAN,M.A & NERY,M.J.G.S. -- **Como enfrentar o stress**, 3 ed. São Paulo, Ícone, Campinas, UNICAMP,1990.

L.M. KURINA, M. J. GOLDACRE, D, YEATES, L.E. GILL. -- *Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease*. **J. Epidemiol Community Health**, 2001; 55:716-720.

LOPES, O.C. -- **A Medicina do Tempo**. São Paulo, Melhoramentos e Edusp. 1970.

LUDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A – ***Pesquisa em educação: abordagem qualitativa***. São Paulo, E.P.U., Coleção Temas Básicos de educação e ensino. 1986.

MacDONALD, T.T; MONTELEONE, G; PENDER, S.L.F. -- *Recent developments in the immunology of inflammatory bowel disease*. ***Scandinavian Journal of Immunology***, jan, 51 (1). 2-9. 2000.

MacDougall, J. -- Alexithymia Psychomatoses and psychosis. ***Internat. J. of Psychoanal Psychother***, 9:379-388, 1982.

MADDOX, J. -- ***Psychoimmunology before its time***. s.l., Nature, 1984.

MAGALHÃES, A.F.N., SOUSA, P.R. & MEDEIROS, R.R. -- *Retocolite Ulcerativa Inespecífica in Manual de Terapêutica em Gastroenterologia*, São Paulo, Roca, 1990.

MANHEIM, K. – ***Ideologia e Utopia***. Rio de Janeiro, Zahar – 1968.

MARTY, P. -- ***A Psicossomática do Adulto***. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

MARTY, P. -- *La depression essentielle*. ***Revue Française de Psychanalyse***, 1966, (3).

MARTY, P., MUZAN, M. & DAVID, C. -- ***La Investigation psicossomática***. Barcelona, Miracle, 1967.

MAUNDER, R., ESPLEN, M. J. – *Facilitating adjustment to inflammatory bowel disease: a model of psychosocial intervention in non- psychiatric patients*. ***Psychotherapy and Psychosomatics***. 2000.

MELLO FILHO, J. e col. -- ***Psicossomática Hoje***. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

MERIGHI, M. A. B., PRAÇA, N. S. – **Abordagens Teórico -Metodológicas qualitativas. A Vivência da Mulher no Período Reprodutivo**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A, 2003.

MEYER, C. A. -- **Soul and Body**. San Francisco, CA, USA, The Lupis Press, 1986.

MEYER,C.A -- **Psychobiology, A science of man**. Springfield, I Charles C. Thomas, 1957.

MILLER DE PAIVA, L. -- **Medicina Psicossomática**. São Paulo, Artes Médicas, 1966.

MINAYO, M. C. S. – **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde** 6ª ed., São Paulo. Hucitec, Rio de Janeiro, Abrasco, Coleção Saúde em Debate, 46, 1999.

MORAES FILHO, J. P. P. -- *Doenças Inflamatórias Intestinais, 2ª ed., In Manual de gastroenterologia* cap.7, 7 São Paulo, Roca, 2000: 234-260

MURRAY, C. D. -- *A Brief Psychological Analysis of a Patient with Ulcerative Colitis*, s. l. : J.Nerv & Ment. Dis, 1930 In: ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática**, 1989.

MURRAY, C. D. -- *Psychogenic Factors in the Etiology of Ulcerative Colitis and Bloody Diarrhea*,1930 In: ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática**, 1989

NEMIAH, J. C. -- *Alexithymia theoretical considerations*. **Psychoter Psychossom**, 28:199-205, 1977.

NERI, A. L -- **Desenvolvimento e Envelhecimento (org)-perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**, Campinas, Papirus, 2001.

NERI, A. L. -- *Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia. In* NERI, A. L., **Desenvolvimento e Envelhecimento - perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, Papirus, 2001.

NUNN, J. F. -- **Ancient Egyptian Medicine**. London: British Museum Press, 1997.

PERESTRELLO, D. -- **Trabalhos Escolhidos**. São Paulo, Atheneu, 1987.

PERESTRELLO, D. -- **A medicina da Pessoa**. São Paulo, Atheneu, 1989.

PERT, C. -- **Molecules of Emotion**. < <http://www.angelfire.com/Theseer/Pert.html> >
Acesso em 27dez.2005.

PETRONE, L. -- **Qualidade de Vida e Doenças Psicossomáticas**. São Paulo, Lemos, 1994.

PONTES, J. F. et al. -- **Curso de Psicologia Médica – Abordagem Sócio – Psicossomática**. 2ª ed. São Paulo, Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Gastroenterologia, IBEPEGE, 1987.

PONTES, J. F, et al. -- Retocolite Ulcerativa Idiopática in DANI, R & CASTRO, L. P. - **Gastroenterologia Clínica**, 2ª ed, São Paulo, Guanabara, 1988, 886-907, v2

POPPER, K. R. -- **A Lógica da pesquisa científica**. 8ª ed. São Paulo, Cultrix, 1998.

PRADO, J.B. -- **Manual de Gastroenterologia**. São Paulo, Roca, 2000.

PULLMAN, W. E., ELSBURY, S., KOBAYOSHI, M., HAPPEL, A. J., DOE, W. F. – **Enhanced mucosal cytokine production in inflammatory disease**. *Gastroenterology*, 102- 1992.

QUILICI, F. A – **Retocolite Ulcerativa**. São Paulo, Lemos Editorial, 2002.

RAMOS, G. D. -- **A psiqué do corpo**, São Paulo, Summus, 1994.

REZENDE, A M. -- ***Concepção Fenomenológica da Educação***. São Paulo, Cortez, 1990.

RISQUEZ, F. -- ***Psiquiatria y Homeopatia***. Índia, B. Jain Publishes (P) LTD, 1995.

ROSEMBERG, I. H. -- ***Doença Inflamatória Intestinal, Tratado de Medicina Interna***. Vol. 1. Rio de Janeiro, Guanabara, 1990.

SAAD, M., MASIERO, D., BATTISTELLA, L. R. -- ***Espiritualidade baseada em evidências***. Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, (FMUSP), 2001.

SANDELOWSKI, M. -- ***Sample Size in Qualitative Research***. Res Nurs Health, 18 (2), 1995.

SELYE, H. -- ***Stress - A tensão da Vida***, São Paulo, IBRASA, 1965.

SIFNEOS, P.E -- *The Prevalence of alexithimya characteristics in psychossomatics patients. **Psychoter Psychossom.** 28:47-57, 1972.*

SILVA, A F. & CALDEIRAS, G. -- Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na psicossomática. In MELLO FILHO, ***Psicossomática Hoje***. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

SILVA, S.A -- ***A pessoa enferma e a hospitalização - O enfermeiro nesse contexto***. Dissertação de mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro, (UFRJ), 1979.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMAÇÕES DE PATOLOGIAS MÉDICAS. ***Gastro News***. N^o 3. 1998.

STROBER, W. & JAMES, S. P. -- ***The immunologic basis on inflammatory bowel disease***. J. Clin. Invest 6, 1986.

TAVARES, S. S., NERI, A. L., CUPERTINO, A. P. -- *Saúde emocional após a aposentadoria. in NERI, A L., YASSUDA, M.S., CACHIONI, M. -- **Velhice bem sucedida***. Campinas, SP, Papirus, 2004.

TEIXEIRA, M.G., BRUNETTI NETO, C., ROSOKY, R. M., HABR-GAMA, A., PINOTTI, H. W. -- ***Aspectos Epidemiológicos da Retocolite Ulcerativa Inespecífica no Serviço de Colo- Proctologia do H.C.F.M.U.S.P.*** – Revista Brasileira de Colo-Proctologia, São Paulo, 1991.

TEIXEIRA NETO, L. – ***A dialética da doença e outros temas correlatos***. – Fortaleza, Nação Cariri, 1983.

THORWALD, Jungen – ***O segredo dos médicos antigos*** – São Paulo, Melhoramentos, 1985.

TRINCA, W. e col. – ***Diagnóstico Psicológico. A prática clínica***. São Paulo, E.P.U. vol. 11, 1984. São Paulo, Lemos, 1997.

TRIVIÑOS, A N. S. – ***Pesquisa Qualitativa. In Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa Qualitativa em Educação***. São Paulo, Atlas, 1987.

TURATO,E.R. – ***Introdução à Metodologia da pesquisa Clínico- Qualitativa: Definição e Principais Características***. Revista portuguesa de Psicossomática 2 (1), 2000.

TURATO, E.R. -- ***TRATADO da metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas***. Petrópolis, R. J., Vozes, 2003.

VOLICH, R. M. -- ***Psicossomática***. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

VOLICH, R. M. -- ***Entre uma angústia e outra*** – Boletim de Novidades Pulsinonal , 80 – São Paulo, 1995.

WAY, W. L. -- ***Current Sirurgical Diagnosis & Treatment***, s.l., Lange Medical Book, 1994.

WEISS, R. -- ***Lonelines; The experience of emotional and social isolations***. Cambridge, M. A, M I T Press, 1973.

WILKS,S.; MOXON,W. -- ***Lectures on Pathological Anatomy***, 2 ed.Churchill, London, 1875.

WOLFF, H. G. -- *Life stress and bodily changes*. A formulation in WOLFF, H. G. - ***Life stress and bodily disease***. Baltimore, Willians and Wilkins, 1950.

ZUCKERMAN, D. M., KASL, S.V., OSTEFELD, A M. -- *Psychological predictors of mortality among elderly poor*. ***American Journal of Epidemiology***. 119:410-423, 1984.

.

10-ANEXOS

ANEXO I

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS COLABORADORES DA PESQUISA.

1.Nome do paciente:.....

Documento de identidade Nº.....Sexo M () F ()

Data de Nascimento:/...../.....

Endereço:.....Nº.....Ap.:.....

Bairro:.....Cidade:.....

CEP:..... Telefone (.....)

2.Responsável Legal :.....

Natureza (grau de parentesco, tutor, etc.).....

Documento de identidade Nº.....Sexo M () F ()

Data de Nascimento:/...../.....

Endereço:.....Nº.....Ap.:.....

Bairro:.....Cidade:.....

CEP:..... Telefone (.....)

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 196/96

Instituição- UNICAMP

Projeto-

Análise Qualitativa dos Aspectos Emocionais e Vivenciais de Pacientes Idosos Portadores de Retocolite Ulcerativa Inespecífica, em Atendimento Ambulatorial

Pesquisadora-

Daisy Maldaun

Função/Psicóloga — Inscrição no Conselho Regional de Psicologia – CRP: 06/50522-3 São Paulo.

Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, Campinas/S.P.

Aluna Regular do curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Gerontologia da Faculdade de Educação da UNICAMP.

Orientadora-

Prof Dra Zula Garcia Giglio

Função/ Pesquisadora TPCT

Co-Orientador-

Prof Dr Juvenal Ricardo Navarro Góes

Função/ Chefe do Departamento de Cirurgia do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP-Campinas/SP.

O propósito desta pesquisa científica é conhecer os significados que pacientes idosos acometidos por Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) atribuem a diversas questões relativas às manifestações de sua enfermidade. Para tanto, serão realizadas entrevistas com estes pacientes, que podem durar aproximadamente de uma a duas horas. Durante as entrevistas, se necessário, serão feitas perguntas ao informante para se alcançar os objetivos da pesquisa.

Os registros feitos não serão divulgados aos demais profissionais que trabalham nesta instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível aos interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para o informante deste estudo, além da oportunidade de poder conversar sobre suas coisas, mas poderá haver mudanças futuras nos cuidados a pacientes em situações clínicas semelhantes, após os profissionais de saúde tomarem conhecimento de suas conclusões.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que eu,concordo em participar voluntariamente do projeto acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado(a) e para estas entrevistas serem gravadas em fita cassetes.

ESTOU CIENTE de que, ao término da pesquisa, as fitas permanecerão sob a guarda da pesquisadora responsável e que os resultados poderão ser divulgados por meios impressos ou eletrônicos, porém sem que meu nome apareça de nenhuma forma associado à pesquisa, assim como nenhum dado que possa me identificar.

ESTOU CIENTE de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o

conteúdo, tal como foi para mim falado, para discutirem os resultados, mas estas pessoas estarão sendo submetidas às normas do sigilo profissional e da pesquisa.

ESTOU CIENTE de que não há riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

ESTOU CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

ESTOU CIENTE de que terei oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento após encerrada a entrevista.

NOME:

ASSINATURA

Pesquisador: _____

Entrevistado: _____

Testemunha: _____

Entrevista nº _____ **Local:** _____ **Data:** ____/____/____

Obs.: Versão adaptada de Morse, J.M. & Field, P.A., *Qualitative research methods for health professionals*, 2nd ed., 1995. p. 56, com a permissão das autoras e da editora Sage (Thousands Oaks, Califórnia, USA).

Daisy—Consult.-(11)36686122—Res-(11)38733710—Cel- 95073759

Profa Dra Zula-(19) 32893441---Cel-(19)97429135

Prof Dr Juvenal-(19) 32892296 R 89450---cel-97912810

Comitê de Ética em Pesquisa --- (19) 3788-8936

ANEXO III

1)* Roteiro de Entrevista Inicial

1. Diagnóstico

2. Nome

3. Data de Nascimento...../...../.....

4. Sexo : Masc.() Fem.()

5. Naturalidade_____

6. Estado civil - Solteiro() Casado() Separado() Viúvo()

7. Tem filhos? Sim () Não() Quantos?

8. Escolaridade Analfabeto () Fundamental () Médio() Superior.()

Completo() Técnico/Prof.()

9.

Ocupação_____Profissão_____

10. Tempo de Conhecimento do Diagnóstico () em anos

11. Tempo de Tratamento () em anos, () em meses.

12. Você relaciona algum evento da sua vida ao início da doença?

Perda de emprego() Separação() Crise ()

Perda de ente querido() Casamento() Outros.()

O que você acha que causou a doença?

13. Na época , você relacionou a doença ao estresse da situação? Como?

Sim () Não ()

Quais foram os primeiros sintomas?

14. Neste período fez tratamento psicológico?

Sim ()

Não ()

15. Já ficou internado ? Por qual razão?

Sim () Quando? _____

Não ()

16 . Quais os medicamentos utilizados atualmente?

Investigação das doenças inflamatórias intestinais na família.

1 Pai

Sim () Não ()

Mãe

Sim () Não ()

Irmãos

Sim () Não ()

Quantos? _____

Tios maternos

Sim () Não ()

Tios Paternos

Sim () Não ()

Avós Maternos

Sim () Não ()

Avós Paternos

Sim () Não ()

2 A qual desses parentes se sente mais ligado? Porque?

Pai ()

Mãe ()

Irmãos ()

Tios maternos ()

Tios paternos ()

Avós maternos ()

Avós paternos ()

3. Em seu relacionamento com esse grupo familiar, sentia-se livre em suas decisões?

Sim ()

Não ()

Às vezes ()

4. Se tivesse que avaliar sua vida na sua família de origem, qual destas definições escolheria?

Despreocupada () Carregada de responsabilidade ()

Rica de afeto () Carente de afeto ()

Vida Profissional

1. Você tem autonomia profissional?

Sim () Não ()

Já teve? Quando?

2. Quando decidiu criar uma vida autônoma, sentiu-se capaz de enfrentar esta mudança com segurança e tranquilidade?

Sim () Não () Por que?

3. Se você tivesse que resumir em uma frase o que mais te fez sofrer até hoje na vida, o que você diria?

Vida afetiva-relacional

1. Em que situações ou circunstâncias sentiu-se feliz?

E agora no presente?

2. Amizades

Você tem muitos amigos(as)? Sim () Não ()

Como estão agora suas relações de amizade?

A doença trouxe alguma mudança nessas relações?

Sim() Não () Por que?

3. Relacionamento (s) amoroso (s)

Faz uso de:

Fumo? Sim () Não () Quanto/dia?_____

Álcool? Sim () Qual?_____

 Quanto/dia?_____

Não ()

Faz dieta alimentar? Sim () Não ()

Por que?

Comportamento

1. Como você acha que reage diante de determinadas situações difíceis?

2. Como você se classifica? **

Calmo ()	Nervoso()	Ansioso ()	Irritado()
Melancólico ()	Deprimido()	Triste ()	Alegre()

Você acredita que um tratamento psicoterápico poderia ajuda-lo em sua recuperação?
Porque?

Sim () Não ()

* Esta parte introdutória da entrevista está redigida como roteiro, mas ela foi apresentada aos pesquisados em linguagem coloquial, como naturalmente se pode inferir. Por exemplo, na questão 3, a expressão “grupo familiar” foi substituída por “aqueles parentes dos quais estamos lembrando agora”

** Estes dados serão obtidos através de uma conversa ampliada com o paciente, uma vez que distinções entre melancolia e tristeza, depressão e nervosismo, envolvem conhecimento técnico.

2) Relato do paciente - (*História livre de vida*) – Anotações do pesquisador

ANEXO IV

Relato do paciente (*História livre de Vida*)

P1 - Paciente do Sexo feminino. Setenta anos de idade.

Paciente de estatura baixa, simpática, Muito comunicativa, falando muito rápido sem interrupção como se quisesse falar tudo de uma só vez e gesticulando bastante com as mãos. Portava um lenço branco pequeno que utilizou para enxugar as lágrimas durante toda a entrevista.

[Neste primeiro encontro o gravador foi utilizado, de acordo com a referência feita no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o qual a paciente concordou, mas durante toda a entrevista mostrou uma grande preocupação em relação ao mesmo.]

“Dra., será que está gravando? Sabe, eu só tenho que agradecer aos médicos da UNICAMP pela atenção que eles me dão. Eles é que me salvaram”.

[A doença teve início com evacuações sanguinolentas trinta vezes/dia, e segundo relato da paciente foi:]

“Uma loucura, eram tiras de fezes com catarro, tiras de sangue e o catarro era esquisito, de cor verde, preto, amarelo, um verdadeiro horror. A Sra. não pode imaginar o

que é isso, só quem passa, pensei que ia morrer, era aquela cólica insuportável e aquela diarreia trinta vezes ao dia”.

“Quando eu falava com as minhas amigas, elas falavam que o meu intestino estava limpando, e eu me conformava, achava que elas tinham razão. Quando fui procurar um medico já não parava em pé”.

“A Sra.a está vendo se está gravando direito”?

[O médico que a atendeu inicialmente a enviou para uma Instituição onde permaneceu internada por duas vezes sem a confirmação do diagnóstico. Várias hipóteses foram levantadas, desde verminose até Doença de Chagas. Um dos médicos que a atendeu nessa instituição lhe recomendou que procurasse a UNICAMP, depois do procedimento de uma colonoscopia, que segundo a paciente foi muito difícil.]

“Esse exame de colonoscopia, a Sra. conhece? Então, se a Sra. visse quando o médico retirou aquela mangueira, deu um estouro e foi aquela aguaceira por toda a sala, fiquei apavorada e pedi para ir embora com o meu marido. Fui então para uma Casa de Saúde onde também permaneci internada, sem uma solução; foi quando resolvemos procurar a UNICAMP. Foi só aí é que os médicos descobriram que era essa doença RCUI, e me disseram que iriam tratar, mas que ficasse claro para mim que não tinha cura. Foi triste demais ouvir isso.”

“Está gravando?”

“Na UNICAMP, graças a Deus é que eu comecei a tomar os remédios e melhorei, graças a esses médicos maravilhosos”.

“Agora, vou falar bem baixinho porque não gostaria que ficasse gravado, a Sra. se importa? É que fico envergonhada é uma coisa muito minha.” [fala e chora]

“Voltando para essa doença, o que saía do meu intestino era horrível, igual tripa. Às vezes a dor era tanta que eu chegava a pedir a morte. Vendemos a nossa casa para pagar os exames que eu tinha que fazer e eu não melhorava nunca. Eu digo à Sra. que é graças a Deus e abaixo de Deus é à UNICAMP que estou aqui falando com a Sra.”

“Tem gente que reclama daqui porque demora para ser atendido e porque demora para marcar os exames. Eu posso ficar o dia todo esperando que não me incomode, porque foi aqui que eu consegui melhorar.”

“Essa doença é muito ruim, tenho sempre sulfa na bolsa, porque quando começo a sentir os sintomas já tomo. Tenho medo que volte tudo aquilo de novo”.

“Minhas pernas é que me doem muito porque tenho osteoporose, acho que é consequência dessa doença, fico fraca e elas ficam moles”.

[Segundo o relato da paciente o marido era um homem forte, saudável, que nunca havia ficado doente e que sempre a acompanhava em tudo, e quando faleceu, a família, que a apelidam de Leda, não se conformou.]

“Quando perdi o meu marido foi horrível, e aí, todos falavam, a Leda é que sempre esteve muito doente e é ele que morreu, afinal era muito saudável, ninguém se conformou e eu me senti muito mal”

[Chora e me pede desculpas por estar chorando.]

“Eu tenho muita saudade dele e ainda falo com ele todos os dias, é o que me conforta Ele era minha muleta, fazia tudo por mim e pensar que faleceu de pneumonia e infecção hospitalar quando ficou internado para fazer exames”.

[Fica com os olhos marejados de lágrimas.]

[Casou-se muito cedo, contrariando a vontade do pai que não aprovava essa união e que não queria que ela saísse de casa, pois tomava conta de tudo desde a morte da mãe.]

“Meu pai não aprovou essa união porque não queria que eu saísse de casa porque eu tomava conta de tudo desde a morte da minha mãe”.

“Sempre tive medo do casamento, porque ouvia as histórias que me contavam. Tinha medo do sexo, me lembrava das histórias, ficava apavorada, sentia dores e também não gostava de me relacionar com o meu marido, era sempre um sacrifício”.

[A paciente fica um pouco em silêncio, me olha constrangida, me pede desculpas e me pergunta se não ficaria mal ela falar neste assunto com o

gravador ligado. Começa a tossir e me diz que sempre que fica tensa acaba tossindo porque fica com a garganta seca.]

“Sou muito religiosa e rezo todos os dias por todos da minha família, pelos médicos aqui da UNICAMP e agora vou rezar também pela Sra.”.

[Tem três filhos, dois homens e uma mulher, que já lhe deram três netos.]

“Meus filhos não se conformam de me ver trabalhando todos os dias, sem parar. Os três são muito nervosos e tomam calmantes. Eu não posso parar, tenho que limpar sempre, deixar tudo muito limpo, senão não consigo dormir. Bati com o rodo na costela, na altura do fígado e fiz uma lesão na costela. Estou quebrando os ossos devido à osteoporose”.

“Costurei durante toda a minha vida. Quando meu pai foi para São Paulo, nós fomos também para tomar conta dele que estava doente. Eu sempre é que cuidei de todos lá em casa. Em São Paulo, trabalhei na fábrica de camisas Ramenzoni, foram onze anos de trabalho com muita responsabilidade, tudo ficava para eu cuidar, nem dormia direito, tinha que supervisionar tudo, tinha medo de não conseguir terminar a tarefa no tempo previsto”.

“Como eu disse, eu sempre que cuidei de todos em casa. Um dos meus irmãos teve problemas mentais. Teve anorexia e gritava durante toda a noite, era hipocondríaco, coitado, já faleceu”.

“Nossa, eu posso estar falando tudo isso com a Sra. gravando? [Olha para o gravador para ver se a fita está rodando no gravador.]

“Minha irmã é surda, está com oitenta anos e é muito nervosa. Não quer tomar banho porque está deprimida, e eu tenho que ajudar, mas não tenho forças para carregar, fica difícil e, ao mesmo tempo, não consigo ver ela suja”.

“Como a Sra. vê, cuidando de tanta gente eu estou estressada, mas não sei dizer não. Agüento tudo sozinha, é eu e Deus”.

[A paciente fala sobre a gestação e nascimento de seus filhos.]

“Na minha primeira gravidez engordei trinta quilos. A criança era grande e nasceu com a ajuda de fórceps. Tive uma lesão na vagina e foi um horror porque eu via que por

essa lesão saíam as fezes. O médico não me acreditava, até que uma médica percebeu meu sofrimento e resolveu me examinar, e aí ela me encaminhou para a cirurgia para corrigir a lesão. A Sra. já imaginou o que eu passei? Não fosse essa médica, acho que teria tido uma infecção generalizada”.

“Os outros nasceram também de parto normal. Amamentei os três. Nessa época eu fiquei muito fraca”.

“Minha filha é muito nervosa e eu acho que essa doença, a RCUI, é dos nervos, porque ela também tem essa doença como eu. Essa minha filha perdeu o primeiro filho e teve que passar por psicoterapia, na época. Hoje, ela tem um filho que teve meningite mas que, graças a Deus, não teve seqüelas, ele está bom”.

“Eu perdi minha mãe quando eu tinha quinze anos. Ela foi internada no Franco da Rocha e quando fomos visitá-la já havia falecido. Não sei dizer o que senti, só sei que foi uma tristeza sem fim. Foi quando eu tive que assumir a direção da casa”.

[Novamente faz menção ao gravador preocupada em saber se é preciso virar a fita.]

“Me desculpe se estou preocupada com a gravação, mas é que tenho medo de estar falando demais. Posso continuar?”

“A Sra. me perguntou como eu me sinto hoje, e eu digo que não sei o que vou fazer com a minha vida. Não sei como vou resolver o problema da minha casa. Eu digo que estou cansada e estressada. Não quero morar com ninguém. Coloquei alarme na casa porque moro sozinha. Meus filhos querem que eu more com eles, mas eu tenho medo de não dar certo. Essa doença, RCUI, me deixa constrangida, tenho insônia, só durmo depois das duas horas da madrugada e a poder de remédios. Ter que estar toda hora no banheiro na casa dos outros não vai dar certo”.

“Acho melhor eu terminar porque acho que a fita vai acabar e não vai dar para gravar tudo. Mas, antes disso, quero deixar ainda os meus agradecimentos aos médicos da UNICAMP por tudo”.

[A paciente se levanta me abraça, chora, me pede desculpas novamente, me abraça de novo, fica um pouco constrangida, me agradece e saímos juntas da

sala até a saída do Ambulatório e ela sempre me agradecendo e se desculpendo por ter falado demais, segundo seu julgamento.]

[Alguns momentos desta entrevista não estão registrados, a pedido da paciente, porque gostaria que os fatos relatados permanecessem em segredo, e que me foram ditos em voz muito baixa para que não ficassem registrados no gravador. Mesmo tendo desligado o aparelho diante dela, continuou a sussurrar o que tinha a me dizer, numa voz quase inaudível.]

Segundo encontro

[Duas semanas após nosso primeiro encontro, essa paciente e eu nos encontramos novamente, dessa vez casualmente. Ela estava no corredor do Ambulatório, à espera do médico para obter uma receita que lhe permitisse retirar o medicamento na Farmácia do HC. Foi uma surpresa agradável para mim e perguntei se haveria possibilidade de fazer uma nova entrevista naquele dia, desta vez sem o gravador. Ela concordou prontamente em colaborar.]

“Que bom ver a Sra. de novo. Eu fico com saudades. No Natal, tive vontade de ligar para a Sra., mas achei que poderia incomodar, então não liguei”.

“Hoje eu posso falar mais à vontade porque a minha vida a Sra. já sabe, mas, hoje, eu vou contar um pouco dos meus segredos e eu gostaria de lhe falar sobre o que eu não tive muita coragem da outra vez que estive com a Sra.....”.

“Como a Sra. sabe, a ferida da perda do meu marido não para de doer”.

“Meu filho mora comigo e os outros dois têm ciúmes porque eu faço de tudo por ele. Eu passo o dia todo limpando a casa, lavando roupa. Eu limpo tudo e meu filho fica bravo comigo, e me diz para parar de limpar o que já está limpo”.

“Digo à Sra. que, se tivesse a oportunidade de trabalhar aqui no Hospital, eu aceitava. Limparia tudo de bom grado. Preciso limpar, senão eu não fico bem.”

[Conversamos sobre situações das quais me pediu que guardasse segredo absoluto].

“Agora que já pude lavar minha alma de coisas que me faziam sofrer, e que nunca tive coragem para falar com ninguém, eu sei que posso falar um pouco das minhas decepções. A Sra. sabe como é, depois dos 50 anos a gente vai falar com os médicos certas coisas e eles acham que é “da cabeça”, mas é porque não são eles que estão sentindo na pele”.

”Para não pensar é que trabalho durante todo o dia. Pessoa parada só pensa em bobagem. Eu sou assim e vou morrer assim, preciso estar ocupada limpando tudo senão não fico bem”.

[A paciente relata que está com endometriose, e parece que os sintomas melhoraram com o tratamento clínico, descartando-se a possibilidade de um procedimento cirúrgico.]

“Como já lhe falei, faço todo o serviço da casa mesmo estando com a minha clavícula deslocada. O que me maltrata muito são as câimbras noturnas nas pernas, não consigo dormir por causa da dor”.

“Se eu deixar qualquer coisa por fazer, eu não consigo dormir, tenho que levantar e lavar, não dá, tem que ficar tudo limpo e no lugar, gosto de tudo muito perfeito, senão não descanso. Sempre cuidei das cabras na casa do meu pai e eu deixava o lugar delas muito limpo para que não adoecessem”.

[A paciente fica em silêncio por alguns segundos, com os olhos baixos, e prossegue.]

“Sabe, Dra., existem situações muito dolorosas que eu tive que passar que eu prefiro não lembrar”.

“O nervoso me dá muita cólica e aí eu já sei que vai começar de novo o problema da doença. É puro nervoso, eu sei disso, mas não consigo controlar, não está em minhas mãos. Fico nervosa às vezes por pouca coisa, mas não tem jeito, eu sou assim. Será que a Sra. consegue me ajudar?”

“Tenho rezado muito a Deus porque sei que sem a oração e a ajuda Dele eu não vou superar essa doença”.

“Meu marido, quando morreu, já não falava devido à pneumonia, e eu gostaria de saber o que ele tinha a nos dizer. Será que, se eu pedir para ele falar em sonho, ele me fala?”

“O carro dele está na garagem de casa e meu filho quer vender, mas eu tenho medo de vender o carro e meu marido ficar triste. Eu não gostaria que ele ficasse triste porque ele era um sofredor, porque foi criado por madrasta e padrasto muito ruins, judiaram muito dele”.

“Esse meu filho que mora comigo está com quarenta anos e eu acho que ele não quer me abandonar porque ele namora, desmancha, volta, tem tudo pronto, mas não se decide. A namorada dele é muito ciumenta e aí fica difícil. Ele tem medo de sofrer”.

“Já falei a ele para não se preocupar comigo porque não estou sozinha, tenho Deus comigo”.

“Como já tinha falado para a Sra., eu prefiro ficar sozinha, não quero ser um estorvo na vida deles”.

“Vou lhe contar uma outra coisa que me deixa muito triste e com muita culpa. Tive uma irmã que morreu pesando quinze quilos. Ficou muito doente e ninguém me falou que doença ela tinha, e eu, naquela época, não pude cuidar dela. Eu penso que se eu pudesse ter ajudado, ela talvez não tivesse morrido daquele jeito. A Sra. acha que ela podia ter tido a minha doença?”

“Eu acho que era essa doença (RCUI), mas ninguém soube cuidar e acabou virando uma coisa ruim”.

“Sou muito ansiosa e aflita, passei a maior parte da minha vida chorando. Sempre fiz tudo o que me mandavam fazer, eu sempre obedeci e nunca soube dizer não. Tinha medo de desagradar”.

“Depois que nasceu meu terceiro filho, passei a viver com meu marido como se fossemos irmãos, porque ele tinha problemas cardiovasculares e não podia mais se relacionar sexualmente comigo. Ficou muito apegado aos filhos e sempre que podia me ajudava a lavar as coisas”.

“No início dessa doença, eu pedi muito para morrer e, hoje, eu me arrependo, porque tenho recebido muitas graças de Deus e seria uma ingratidão, mas acho que Ele vai me perdoar”.

“Gostei de ver a Sra. de novo, fiquei aliviada em falar sobre essas coisas com a Sra. O velho não tem voz, em casa eu não falo sobre isso com ninguém, eles não escutam e eu, então, fico em silêncio no meu trabalho”.

“Se eu puder voltar, a Sra. conversa comigo de novo? A Sra me escuta e me compreende. Para a Sra., eu não sou uma velha que só reclama. Sinto que quer me ajudar a entender essa doença”.

“Eu digo e a Sra. pode escrever na sua pesquisa que essa doença vem quando eu fico nervosa, irritada. Eu sempre fui muito nervosa, não tinha tolerância com nada, mas obedecia tudo calada”.

“Mais uma vez me desculpe por ter tomado o seu tempo falando demais, nem deixei a Sra. falar. Fico com medo de ter atrapalhado a Sra., mas acho que é porque eu não tenho ninguém que me escute.”

P2 - Paciente do Sexo masculino. Sessenta e quatro anos de idade.

De aparência agradável, comunicativo, sorridente, gesticula bastante com as mãos, espontâneo.

Na leitura do Termo de Consentimento Livre, dirigiu-se a mim e disse:

“Então a Sra. vai gravar esta entrevista?”

[Disse-lhe que sim, mas que poderia contar com todo o sigilo e ética em relação ao que seria ali registrado. Fiquei triste ao constatar, naquele momento, que o paciente perdera toda a espontaneidade.]

“Bem, então, agora, tenho que pensar bem no que vou falar e acho que não vou conseguir lhe revelar alguns segredos, mas, afinal, é só uma pesquisa em que a Sra., com certeza, vai estar mais interessada em colher informações sobre a doença. Vou tentar colaborar no que me for possível”.

“Para dar início, gostaria muito de agradecer aos médicos da UNICAMP porque estou muito bem, em remissão desta doença, graças a Deus, aos médicos e aos medicamentos.”

“Minha filha é médica e faz residência aqui na UNICAMP. Ela gosta muito de todos eles e do ambiente de trabalho que é muito bom”.

“A RCUI teve início há seis anos. Comecei a evacuar fezes com filamentos de sangue”.

“Essa doença vem do nervoso. Quanto mais nervoso eu fico, mais estressado com o meu trabalho, mais eu tenho cólica e o sangramento aparece. Pode contar que é isso, eu não tenho mais dúvida”.

“Sou um sujeito nervoso, chego a ter manchas vermelhas na pele, e aí já sei que a doença vai reaparecer. As manchas são o alerta e elas só desaparecem quando eu melhoro depois de tomar os medicamentos. Elas são o aviso de que estou uma “pilha de nervos” e que a doença vai se manifestar”.

“Tudo isso me deixa apreensivo e eu acabo me refugiando no álcool. Sei que é ruim, mas pelo menos esqueço meus problemas por um tempo”.

[O paciente segura o gravador e o coloca numa posição que lhe parece mais favorável para gravar o som. Infelizmente essa gravação ficou de difícil compreensão, não sendo possível resgatar a maior parte do seu relato.]

“Vou falar um pouco mais sobre minha saúde de modo geral. Já sofri dois infartos do miocárdio com diferença de dezessete anos entre eles. Tenho dois “stents” e já fiz angioplastia. Como a Sra pode ver, esse coração deixa muito a desejar. Tenho hereditariedade cardíaca”.

“Quando sofri o primeiro infarto, eu era obeso, fumava três maços de cigarro por dia, comia de tudo, era muito ansioso, comia muito, frituras, gorduras, enfim, eu abusava, não tinha limite”.

[O paciente se refere ao pai como um homem analfabeto, mas dotado de grande sabedoria.]

“Meu pai era um grande sujeito, era analfabeto, mas eu posso lhe dizer que era um filósofo. Punha muita gente letrada no bolso, sabia muito. Eu gostava muito dele”.

[Quando se referiu à mãe, ficou com os olhos marejados e teve uma certa dificuldade em falar sobre ela.]

“Minha mãe era boa, mas muito austera, rígida, exigente, deixava o ambiente tenso, cobrava demais. Falava tudo o que pensava e aí ficava difícil, passava muitas vezes apuro com ela, não deixava por menos, doesse a quem doesse, ela falava muitas vezes num tom em que eu ficava realmente constrangido. Eu tinha medo dela”.

[Para de falar por alguns segundos e permanece em silêncio, com o olhar vago como se tentasse lembrar de sua figura, ou, talvez, de alguma situação aflitiva em relação a ela . Aguardei também em silêncio para que retomasse.]

“Sabe, Dra., existem certas situações nas nossas vidas que nos trazem lembranças não muito agradáveis, mas, enfim, é a vida. Não é mesmo?”

“Trabalho na área de contabilidade, e, quando estou no trabalho, fico super tenso e preocupado, é de muita responsabilidade, fico ansioso com aquelas contas todas que eu começo a ter dor no baixo ventre e aí fico mais tenso ainda porque sei que no dia seguinte vou ter que faltar devido aos sintomas da doença (RCUI). Não tem jeito, é sempre assim, principalmente quando chega a época da declaração do imposto de renda, é um acúmulo de serviço que eu até tenho medo de não dar conta, e aí de novo volta o problema da doença”.

“Nas crises mais agudas, acabo utilizando o mesacol supositório que é o que segura, senão acabo faltando por muitos dias”.

E- Quanto à sua esposa e filhos, como é esta relação?

“Minha esposa é muito ruim de gênio, é descendente de alemães. O gravador está gravando? Não sei se devo falar, porque ela é boa pessoa, mas de difícil convivência. Acho que me casei muito cedo, com 25 anos, ainda não tinha muita experiência. Fico aborrecido com ela porque é muito distante, fria, só exige e, às vezes, eu prefiro ficar olhando a TV para não escutar o que ela fala, é aborrecido demais ter que ouvir tudo aquilo após um dia

exaustivo de trabalho. Eu sou descendente de italianos, sou romântico, amoroso, gosto de conversar de dar carinho, mas.....é isso”.

[Cobre o rosto com as mãos e esfrega os olhos que ficam vermelhos. Me olha e prossegue]

“Quanto às minhas filhas, a mais velha é muito teimosa, dá trabalho. A filha do meio é a mais problemática e tem dez anos de diferença com a mais velha e a caçula é a médica que faz residência aqui na UNICAMP, da qual já falei para a Sra. Após o nascimento dessa eu fiz vasectomia”.

“Gosto muito de pesca e, sempre que posso, vou com os meus amigos para sair um pouco de casa”.

[Coloca as mãos na cabeça e dirige-se a mim:]

“Dra., isso aqui [aponta para a cabeça] é que comanda tudo. A cabeça que manda e eu aprendi a mandar nessa doença quando ela vem. Não permito que ela me derrube. A doença está na cabeça da gente, principalmente esta que você está estudando, não tem jeito, ela é de nervoso, de ansiedade, de tristeza e de muita raiva também”.

E - Quanto à sua alimentação, o Sr. faz alguma dieta?

“Não. Hoje, eu como de tudo, não faço dieta, como tudo que tenho vontade, pelo menos morro satisfeito sem ter passado por vontade disso ou daquilo, pode ser que esteja errado, mas comer com os amigos sempre foi um grande prazer para mim, enquanto puder não abro mão”.

“Você viu se gravou tudo? Preciso repetir alguma coisa? Pode verificar que eu espero. Será que o som ficou bom? Qualquer coisa que precisa pode me ligar que eu colaboro de novo”.

[Nos despedimos, foi bastante cordial colocando-se ao meu dispor, caso eu necessitasse de mais informações.]

Nesta entrevista, ficou ainda mais claro para mim que o gravador não permitia ao paciente se expressar livremente. Falar desta doença é para eles

constrangedor. Se observarmos o relato deste paciente, ele pouco falou sobre a RCUI, seu relato foi mais direcionado a outras doenças.

Na semana seguinte a essa entrevista, abordei mais dois pacientes que, durante a leitura do Termo de Consentimento Livre, tomaram conhecimento da necessidade de gravar as entrevistas e se recusaram a participar da pesquisa, mesmo eu lhes assegurando seu caráter sigiloso. A justificativa do primeiro foi “a vergonha de deixar registrado um assunto tão triste”. O segundo me disse que nunca havia passado por uma experiência assim e “ficava sem jeito para falar sabendo que estava sendo gravado”.

Resolvemos, então, criar um *Roteiro de Entrevista Inicial*, no qual coletaríamos alguns dados importantes para só depois permitir ao paciente que se expressasse livremente, sem o uso do gravador.

Sabemos que estes pacientes têm como característica uma personalidade controladora e o fato de gravar as entrevistas os fazia perder o controle da situação, o que de certa forma nos permite compreender sua recusa em participar.

P3 - Paciente do Sexo masculino. Setenta e quatro anos de idade.

De aparência simples, mas bem cuidado, meio desajeitado para se sentar e de olhar triste.

“Sabe, Dra., eu sou analfabeto e de vida simples, e aí não sei se o que vou falar aqui vai servir para alguma coisa. A Sra. quer mesmo escutar o que eu tenho para dizer?”

E - Sim, eu gostaria.

“Nasci na roça e lá é que fui feliz, lá eu fiquei por muito tempo”.

“Perdi meu pai aos sete anos”.

[Chora e apóia a cabeça na mesa entre os dois braços.]

“Desculpe, mas é que me lembro da morte do meu pai com muita tristeza. Às vezes, a tristeza toma conta da gente e fica tudo mais difícil”.

E - Depois que seu pai faleceu, como ficou a sua vida?

“Foi de muita responsabilidade e de trabalho duro. Eu tinha muito medo de não conseguir fazer as coisas direito”.

[O paciente fica, por um tempo, em silêncio e parece que não consegue falar sobre um período de sua vida que lhe causou muita dor, apenas deixa transparecer na tristeza profunda de seu olhar.]

E - Depois da morte de seu pai, como ficou sua vida? [O paciente permanece em silêncio]. Me fale, então, um pouco sobre sua vida adulta [Chora e parece não ter recursos para verbalizar a dor que transparece em seu olhar. Enxuga as lágrimas na manga da camisa.]

“Eu casei muito cedo, com dezenove anos. Tive momentos bons e ruins nesse casamento. Tivemos dez filhos, sendo que oito ainda estão vivos e moram em São Paulo”.

“Sempre fomos muito unidos e, agora, estou sozinho, viúvo e sem saúde. Fiquei doente dessa doença há vinte anos, estava, então, com cinquenta e quatro anos”.

“Piorei muito dessa doença quando minha mulher morreu. Só Deus para saber da minha dor”.

“O melhor desse casamento foi o nascimento dos meus filhos”.

“Hoje, moro sozinho, mas tenho muitos amigos que sempre me ajudam e me fazem companhia. Minha casa é simples, mas tenho tudo em ordem e muito limpo”.

E - O Sr. se recorda de algum acontecimento, ou de alguma coisa que possa ter levado o Sr. a adoecer?

“Não consigo me lembrar”.

[Fica em silêncio como se estivesse tentando recordar de algum fato ou situação que pudesse ter provocado a eclosão da RCUI.....]

“Eu acho que não sei dizer o que foi. São tantas coisas difíceis que acontecem na vida da gente que fica difícil a gente saber o que foi”.

“Depois dessa doença, tudo piorou. Fiquei muito tempo passando mal e tomando remédios que não ajudavam em nada”.

”Há cinco anos, piorei demais; comecei a ter uma diarreia com muito sangue que eu nem parava mais em pé e aí foi difícil para me levar para o Hospital, tinham que me carregar. Aquele sangue todo foi muito ruim, foi um horror”.

“Só aqui na UNICAMP é que fizeram os exames e descobriram que o que eu tinha era essa doença”.

“Agora estou bem melhor, a doença está mais controlada com os remédios que eu tomo”.

[Ao falar sobre a doença, o paciente parece ficar constrangido, passa a mão várias vezes na cabeça e no rosto, nota-se que está inquieto, ansioso, pouco à vontade e parece que gostaria de terminar logo o assunto. Impaciente, faz menção de se levantar, mas me olha, sorri e prossegue.]

“A Sra. me desculpe, mas é que não sou de muitas palavras, sou do impulso, sempre fui assim impaciente, tudo tinha que acontecer no mesmo minuto era muito irritado, é como se diz “aquele que tem o pavio curto” não tinha tolerância para nada. Para dizer a verdade eu acho que eu nem tinha o tal do pavio. [sorri] Tudo tinha que acontecer rápido”.

“Hoje já estou velho e não tenho mais desses repentinos de nervoso e de explosão com os outros porque já vi que piora tudo, até a doença volta”.

“Hoje, que estou mais velho e cansado, consigo ser mais tolerante com as coisas e também consigo ser mais amoroso com meus filhos e netos, não que eu não fosse, mas é que, quando se é mais jovem, a gente não valoriza as coisas como elas são na realidade”.

“A riqueza é uma grande bobagem. Não se leva nada da vida”.

“A maior riqueza que eu perdi foi a morte dos meus pais, da minha esposa e da minha filha”.

[Chora e fica em silêncio alguns minutos. Enxuga as lágrimas na manga da camisa e volta a falar.]

“A ganância é ruim e eu sempre digo isso aos meus filhos porque eles trabalham muito para ganhar, mas o dinheiro é bom, só que também se não souber usar é a perdição do homem”.

E - Como está sua vida, agora?

“Não me leve a mal, peço à Sra. que não repare no que vou dizer, mas quando eu fiquei viúvo, depois de um tempo, tentei encontrar outra companheira, mas não deu certo. As mulheres estão muito livres, parece que são as donas do mundo e só querem dinheiro. Agora, já estou muito velho para casar. Acho que estamos no fim dos tempos”.

“Depois, com essa doença, quem é que vai querer ficar comigo? A minha mulher era boa e entendia a minha situação, não me cobrava nada, aceitava tudo, era carinhosa e me ajudou muito a suportar a doença”.

“Quando ela morreu, é que eu fiquei muito mal e a doença voltou com aquele sangramento todo. Hoje, pensando melhor, acho que eu queria era morrer com ela”.

“Sei que não vou encontrar alguém que goste de mim. Hoje o amor é dinheiro. As mulheres já não são as mesmas”.

E - Em que situação o Sr. acha que a doença atrapalhou mais na sua vida?

“Foi mais no trabalho. Sempre trabalhei muito e parar de trabalhar foi muito ruim. Agora estou aposentado e faço o que é possível, o corpo já não tem mais aquela força”.

“Essa doença vem por causa do nervoso que a gente não controla, pode ter certeza e pode escrever isso. Hoje, já entendi que o melhor é aceitar as coisas e entregar tudo a Deus, porque senão a gente adoece, sofre e não consegue resolver sozinho. É só Deus mesmo”.

“Ajudei a Sra.?”

E - Sim, muito obrigada por sua colaboração.

[Levanta-se, ajeita a roupa e diz:]

“Por nada. Então, eu já vou indo. Desculpe qualquer coisa”.

P4 - Paciente do Sexo masculino. Sessenta e três anos de idade.

De aparência forte, de compleição alta, aparentando mais idade do que realmente possui. Bem trajado, simpático. Fala pausadamente, respeitando sempre qualquer movimento que eu faça para anotar o seu relato. Ficou mais tranquilo quando lhe comuniquei que as sessões não seriam gravadas.

“Fico mais calmo e melhor em saber que vou poder contar os meus segredos”.

“Sempre morei na roça, desde cedo fui trabalhar na lavoura”.

“Meu pai faleceu quando eu tinha sete anos. Ele estava então com quarenta e três anos, sentiu fortes dores e foi levado às pressas ao Hospital, mas após sofrer uma cirurgia que eu não sei dizer qual foi, veio a falecer”.

“Com o falecimento do meu pai, a vida lá em casa ficou muito difícil porque minha mãe nunca tinha trabalhado fora de casa e se viu com sete filhos para criar, sendo que o mais velho estava com quatorze anos. Resolveu então trabalhar como lavadeira. Lavava e passava roupa o dia todo. Eu não agüentava olhar aquele sofrimento. Minha mãe chorava muito”.

[O paciente cobre o rosto e chora.]

“Com doze anos, resolvi, com meu irmão, trabalhar nas chácaras vizinhas nas plantações de tomate e de hortaliças”.

“Passamos muitas dificuldades e resolvemos então tentar algo melhor, e aí fomos para a mata para retirar cortiça para enviar para as indústrias”.

“Foi um tempo muito duro, muito sofrido. Nos dois, meu irmão e eu, no meio daquele mato, sem ter o que comer, comíamos frutas desconhecidas, que podiam ser até venenosas. Matávamos tatu, paca, capivara para poder comer alguma coisa mais forte. Eu ficava muito mal. Chorava muito porque sempre gostei muito de animais, era insuportável”.

E - Como vocês dormiam?

“A gente dormia ali mesmo na mata, no chão e, nesse período, fui picado pelo barbeiro, e tenho o Mal de Chagas.

E - Quando teve início essa doença, a RCUI ?

“Acho que desde essa época eu já tinha essa doença sem saber que era ela. Acredito que, devido a essa alimentação, meu intestino ficava muito preso. Cheguei a tomar vários medicamentos, mas não adiantava. Eu passava mal com a barriga toda distendida, e no desespero acabei por usar a mangueira de regar as plantas para lavar o meu intestino, e eu hoje penso naquela água suja, sem preparo, talvez até contaminada. Mas era o único jeito de ficar aliviado”.

[Fica em silêncio, pega um lenço no bolso e passa no rosto. Fica com o semblante crispado como se fosse chorar, mas as lágrimas não saem, apenas consegue me olhar e volta a falar].

“Dois tios meus, irmãos da minha mãe, também padeciam do intestino, era preso como o meu. Um deles faleceu de necrose intestinal devido ao excesso de pedras, como é mesmo que é o nome disso?”

E - Fecalomas.

“É isso”.

“Depois, naquela solidão toda, eu fiz o maior erro da minha vida que foi me casar aos dezoito anos sem ter conhecimento do que era a vida. Foi um transtorno. Como eu sempre gostei de ajudar as pessoas, então, permiti que um cunhado e a sogra morassem conosco. O cunhado era muito doente e sofria de “ausências” ou “desmaios” e acabou por falecer depois de quatro anos. Minha sogra, então, a partir daí, ficou muito doente e também veio a falecer”.

E - Vocês tiveram filhos?

“Sim. Dessa união nasceram três filhos, uma menina e dois meninos que estão vivos. O primeiro filho, que era um menino, morreu na hora do parto, porque éramos dois ignorantes que não demos conta que a minha mulher estava em trabalho de parto, para nós

era uma cólica que ia passar, nem sabíamos o que era o nascimento de uma criança, [chora]então, quando chegamos no Hospital, já era tarde demais”.

“Depois, viemos para São Paulo, para melhorar a vida porque em casa faltava tudo. Precisava dar estudo aos filhos e então o casamento acabou, depois de doze anos juntos. As dificuldades eram muitas e só brigávamos. Eu vivia ansioso, preocupado, tinha medo da situação e não conseguia dormir”.

“No início da separação, pensei que não suportaria ficar longe dos meus filhos, então, eu só chorava e andava pelas ruas sem rumo e cada vez que eu comia “cachorro-quente” eu me lembrava que eles gostavam e aí era o fim, eu desabava”.

“Até hoje eu não como mais cachorro-quente”.

“Nesse período, a solidão tomou conta de mim e, então, eu conheci uma viúva com três filhos e me juntei a ela. Eu gostava muito daquelas crianças, eu as tratava como se fossem meus filhos”.

“Quando minha primeira esposa faleceu, então, meus filhos vieram a saber dessa união e o relacionamento acabou, e também porque os meus filhos resolveram morar no interior e eu acabei vindo com eles”.

“Ainda me dou bem com os outros três que ajudei a criar e formar, sinto muita falta deles, tenho saudades, sofri muito essa separação”.

“Esse segundo relacionamento foi bom, mas me deu também tristeza, porque ela não queria mais ter filhos. Aconteceu então que ela engravidou. Fiz o possível para que essa criança nascesse, mas ela buscou uma clínica e abortou. Foi uma dor muito grande para mim, não me conformo até hoje”.

“Com o fim desse relacionamento, eu fiquei por um bom tempo sozinho. Encontrei, então, uma senhora que estava casada, mas separada do marido ainda não oficialmente e que tinha uma filha. Ficamos juntos e deu certo. Ela, então, pediu o divórcio e fomos morar juntos. Registrei essa menina em meu nome e adotamos um menino que, hoje, está com doze anos”.

E - No que esse terceiro relacionamento difere dos outros dois?

“Essa terceira esposa é mais dedicada, atenciosa, carinhosa, mas muito exigente em relação à limpeza da casa. Eu gosto muito dela, mas me aborreço de tanto ver ela limpar o que para mim já está mais do que limpo. Ela só tem um defeito: fuma muito e exagera quando está nervosa, aí então não para, vira uma chaminé, um atrás do outro”.

“Eu também fumava, mas larguei este hábito há vinte anos devido à minha saúde”.

“Essa minha esposa ainda é jovem, tem quarenta e três anos, mas tem um cisto no ovário que não a deixa engravidar e eu ainda gostaria de ter outro filho. Os filhos são uma benção de Deus”.

[O paciente começa a chorar e me diz:]

“Na Sra. eu confio e então vou lhe contar um segredo que me acompanha desde a infância, desde os nove anos de idade, e que até hoje eu não contei a ninguém e que mudou completamente a minha vida, foi um milagre de Deus.”

[Não farei menção ao segredo que me foi relatado, pois o prometi sigilo absoluto.]

“Se eu não tivesse passado por essa experiência, acho que não teria tido forças para suportar tudo o que veio depois na minha vida. Hoje, eu entrego tudo nas mãos de Deus, porque Ele me deu prova de sua existência naquele momento”.

E - O Sr. pode me falar um pouco sobre como está sua RCUI, hoje?

“Hoje, ela está sob controle, sei que ela não tem cura, mas eu tomo sulfassalazina há dez anos. Tomo também remédio para a hipertensão”.

“Antes, eu tinha muito medo da morte, principalmente quando tive os primeiros sintomas mais graves dessa doença, quando, então, eu tive um sangramento tão forte que eu pensei que ia morrer mesmo, mas, hoje, não tenho mais porque se Deus me deu a vida Ele tem todo o direito de tirá-la”.

E - Qual foi a situação mais difícil, que o Sr. acredita o tenha levado a adoecer de RCUI, além das dificuldades ambientais por que passou?

“A dificuldade é muito ruim, principalmente na questão do dinheiro. Quando estava ainda casado com a primeira esposa, cheguei a descarregar um caminhão de lenha numa

padaria em troca de um pão com manteiga, pois já não comia há alguns dias e, aí a fome e a fraqueza nas pernas eram insustentáveis. Acho que essa dificuldade em toda a minha vida me levou a ter essa doença”.

“Hoje moro longe de toda a minha família. É melhor, porque eu vivo bem com esta minha companheira e sempre que discutimos é devido a problema dos outros”.

“Gosto muito de Engenharia Civil e gostaria muito de ter estudado, por isso não medi esforços para dar estudo aos meus filhos”.

“Já construí três casas, sou muito caprichoso, gosto de tudo muito bonito e bem feito. Construir estradas é o meu sonho, porque é ganhar o mundo, o infinito”.

“Hoje sou membro do Ministério dos Gideons, onde prego a palavra de Deus e distribuo a Bíblia graciosamente. A vida é um grande mistério, existem situações que não há como explicar. Busco Deus para não buscar a bebida”.

“Já freqüentei reuniões espíritas, mas é tudo tão misterioso que prefiro escutar a voz do meu coração”.

“Acho que já falei demais, vou embora, já tomei muito o seu tempo. Se me permite, gostaria de lhe dar um abraço, não como uma psicóloga que está fazendo pesquisa sobre essa doença, mas como uma amiga que me permitiu revelar um segredo que me acompanhava e que, não fosse você, talvez eu morresse com ele”.

[Me abraça emocionado, e me emociona também.]

“Posso voltar a falar com você? Gostaria muito, pois ainda tenho muito para contar”.

“Essa doença já me fez sofrer muito. É preciso ter uma “força de leão” para ter a coragem de trabalhar quando ela começa, é doído demais, só Deus mesmo para ajudar a suportar”.

P5 - Paciente do Sexo masculino. Cinquenta e oito anos de idade.

Ali, diante de mim estava um “monumento”, alto, forte, culto, olhar penetrante e bondoso, muito bem trajado, que se locomovia com dificuldade, apoiado em uma bengala.

Aparentemente sofrendo muito, com muita necessidade de falar.

Extremamente observador, simpático, olha diretamente nos olhos como quem mergulha dentro do seu interlocutor.

“Não sei por onde começar, porque são tantos dissabores que fica até difícil para mim enumerá-los”.

“Hoje estou aqui porque os sintomas da RCUI pioraram e precisei de ajuda. Essa doença teve início há um ano e meio, trinta e sete dias após eu ter me submetido à uma cirurgia cardíaca. Foi o pior sangramento que já tive em toda a minha vida”.

E - O Sr. acredita que esse procedimento cirúrgico ocasionou a doença?

“Também, mas não foi apenas isso. Acredito que, somados a ela, foram múltiplos eventos familiares e profissionais”.

“Fiz psicanálise durante dez anos e enfrento as situações do modo como elas se apresentam, prefiro encarar de frente a ter que fugir. Dói muito, mas é de uma vez só. Tudo tem o seu preço”.

“Como estava lhe contando, sofri várias cirurgias, sendo esta última a cardíaca. É uma cirurgia que faz você pensar na morte. Vi vários companheiros de quarto num sofrimento atroz. Procurei ajudá-los dentro das minhas limitações, com palavras. Me fez muito bem estar ali, esquecer de mim para dar conforto ao outro”.

“Aprendi a valorizar os “segundos de vida” no caminhar de um ser humano”.

“Imagine a emoção que eu senti, quando tivemos alta, e as respectivas esposas de meus companheiros de quarto me homenagearam com uma placa contendo palavras de agradecimento. Chorei muito, sou muito emotivo, não consigo segurar o que sinto, embora, na maior parte das situações da minha vida, procurei controlar o máximo possível, e hoje acredito que isso tenha me feito muito mal”.

[Fica com os olhos marejados, fazendo um esforço para não chorar diante de mim.]

E - Fale-me um pouco da sua vida, de sua infância, juventude e idade adulta. Como tem sido este percurso pessoal e profissional?

“Fui uma criança frágil. Fui acometido por várias doenças, acho que já tive de tudo. Sempre fui muito doente. Aos nove anos, tive difteria, e ela quase me levou; depois, aos vinte e um anos, tive um problema renal grave que também não me levou porque Deus não quis me receber de volta; aos 46 anos, sofri uma intoxicação por inalação de gás que foi terrível, precisei ficar internado para desintoxicar; depois, foi uma hérnia de hiato, espasmo esofágico e varizes no esôfago; diabetes, trombo-flebite na perna esquerda, por isso me apoio nessa bengala, e agora para completar tudo isso a RCUI”.

“Não tenho medo da morte, quando chegar a minha hora tenho a certeza de que vou partir tranquilo”.

“Sempre fui colocado à parte por meu pai. Ele nunca suportou o fato de eu ser diferente e a preferência de minha mãe por mim. Tinha um ciúme doentio. Meu pai me reprimiu em tudo, e quando se separou de minha mãe me proibiu de visitá-la. Eu sofri muito, sentia saudades, queria vê-la, mas ele foi inflexível. Senti o mundo desabar. Quem sempre me ajudou a suportar essa dor foi uma irmã do meu pai..., a bondade em pessoa, afetiva, amorosa, não fosse ela acho que não estaria mais aqui”.

“Meu pai foi alto funcionário de governo, era um homem influente, sempre rodeado por pessoas que alimentavam seu Ego em troca de favores. Quando se aposentou, ficou sozinho, as pessoas se afastaram, pois não tinham amizade, era puro interesse”.

“Apesar de tudo, ele não aprendeu a lição, continua duro, arrogante, cético”.

“Quando cursei Direito na USP, não podia chegar com nenhuma nota baixa. Tinha que estudar muito, meu pai fazia uma pressão insuportável, não sei como consegui me formar sem sucumbir a tudo isso. Eu vivia numa tensão, numa ansiedade que não me deixava dormir direito”.

“Minha mãe é uma pessoa muito especial, positiva, sempre atenciosa, alto astral. Toda a família da minha mãe é assim, são pessoas bonitas, altas, cultas, positivas, ao

contrário da família do meu pai que são pessoas mais baixas, não tão bonitas e extremamente negativas”.

“Na família da minha mãe, são todos muito unidos, já na do meu pai são todos desagregados, e eu me tornei a “ovelha negra” porque sempre fui solidário com todos e essa minha forma de ser, essa solidariedade é insuportável até hoje para o meu pai, não me tolera”.

“Procuro ajudar as pessoas e sempre fui assim, desde que me conheço por gente, sou desprendido, e essa última característica sempre incomodou meu pai que gosta de dinheiro, posição social, enfim, fica difícil para ele mudar esse jeito agora, pois já está com oitenta e cinco anos e eu acho que não soube aproveitar a vida. Era aquela ganância e muito dinheiro guardado”.

“O dinheiro foi feito para proporcionar conforto e para proporcionar oportunidades de viajar, estudar, conhecer e meu pai não fez nada disso. Não acredita em nada, não tem fé, e eu já não falo mais porque não tem ressonância, é perda de tempo”.

“Vou lhe contar que todos esses dissabores me abalaram, mas, o que mais me levou a adoecer mesmo de RCUI, foi quando tive que brigar com o promotor no tribunal. Na verdade, quando meus pais se separaram, a pensão da minha mãe não correspondia à realidade; meu pai foi sempre muito seguro, não tem generosidade e observar isso me faz muito mal. Imagine eu, que sou todo desprendido, ter que brigar por dinheiro, foi um horror”.

“Além disso, tive também um problema financeiro grave. Provocado pela traição de um colega de escritório, que me passou para trás. Foi de uma desonestidade que me surpreendeu, fiquei no chão, podia esperar tudo menos aquela atitude. Fiquei muito desgostoso porque, afinal, não levamos nada daqui, essa ganância toda é uma tristeza”.

“Fiquei afastado do escritório porque esse fato ocorrido me levou ao infarto e à cirurgia cardíaca. Um estresse muito grande”.

“Fiz psicanálise para poder conviver com o meu pai, nossa relação sempre foi conturbada”.

“Hoje, o que sinto por ele é compaixão, porque acho que, de certa forma, ele deve sofrer muito. Pareço mais velho do que ele, me sinto um ancião, com dificuldade para caminhar, os cabelos grisalhos, enfim, sou o resultado de tudo isso que lhe contei”.

“Nesses anos todos, o que tem me ajudado é a espiritualidade. Sem esse suporte não teria sobrevivido a tantos reveses”.

E - Como é seu relacionamento com sua esposa e com os seus filhos?

“Meu casamento é bom, me dou bem com minha esposa e com meus filhos. Minha esposa é uma mulher determinada, corajosa e tem muita paciência comigo”.

“Vou lhe contar algo que correu com minha esposa e que foi a maior prova de que Deus existe e que comanda tudo. É a vontade Dele que prevalece. Minha esposa teve um câncer benigno na axila, chegou a marcar a cirurgia, mas no dia, na hora em que ia ser anestesiada, ela teve um acesso de tosse que impediu o procedimento, uma vez que não havia como entubá-la. Foi, então solicitado um otorrino para verificar o que estava ocorrendo. Saímos do Hospital e procuramos uma médica, cirurgiã plástica, que frequenta nossas reuniões espirituais, e com sua ajuda e com medicamentos por ela ministrados o tumor sumiu. Não houve a necessidade do procedimento cirúrgico. Foi um milagre.”

“Se você não me mandar embora eu vou ficar aqui falando horas sobre meus problemas, minhas angústias e tudo o mais”.

“É melhor que eu me vá, pois a hora passa e minha esposa deve estar aflita à minha espera e temos que levar meu filho para a escola”.

“Não sei se pude ajudar, mas se você escrever um livro sobre essa matéria eu gostaria de ter a honra de prefaciá-lo”.

Segundo encontro---- Duas semanas depois.

Nos encontramos duas semanas após, a pedido do paciente.

Estava mais bem disposto, sorridente, com a fisionomia mais tranqüila, perfumado e muito bem trajado.

Nos dirigimos para uma sala de atendimento e demos início à nossa entrevista. Essa foi completamente diferente da anterior, mais descontraída e mais alegre, pois o paciente conseguia sorrir nas situações mais difíceis. Foi um reencontro muito agradável.

“Estou bem melhor agora. Naquele dia eu estava muito mal”.

“Preciso lhe contar que estou fazendo uma dieta alimentar fabulosa. Parece que o meu intestino regularizou. Ela consta de arroz integral, pasta de grão-de-bico com salsinha e cebolinha, ricota no pão integral, carne praticamente nenhuma, só peito de frango sem pele, limão e proteína de soja. No lugar da água tomo chá de erva-cidreira”.

“Voltando à traição da minha colega de escritório, se você não se incomoda que eu fale, porque isso me incomoda e eu preciso por para fora, eu lhe digo que foi uma injustiça que me colocou dias sem dormir, só pensando como um ser humano é capaz de ser assim, uma ingratidão muito grande, pois quando permiti que ela viesse trabalhar no escritório foi para ajudá-la, pois eu não precisava de ninguém, sempre trabalhei sozinho, e ela estava em situação financeira difícil, tive pena e quis ajudar”.

“O que me diria sobre tudo isso? Sei que não tenho o direito de lhe fazer uma pergunta dessas, mesmo porque, pelo seu modo de ser, já posso imaginar o que está pensando, foi uma ingratidão muito grande, não é mesmo?”

E - Sem dúvida.

“Hoje eu não vou me demorar porque já voltei a trabalhar e estou com muitos casos para resolver. Estou feliz porque o trabalho me ajuda a superar os conflitos internos, não penso tanto neles”.

“Fico-lhe grato por me escutar com paciência e só vou lhe contar mais uma coisa. Eu tenho uma foto que foi tirada na minha formatura e que eu gostaria de emoldurar e pendurar na parede de casa para que, quando eu partir deste mundo, meus filhos e meus netos possam se lembrar de mim. Só que eu infernizei minha esposa porque eu não conseguia encontrar a foto e a culpei por guardar em lugares escondidos. Ela ficou muito triste porque me assegurou que eu é que tinha guardado a foto. Foi uma semana difícil lá em casa, porque eu ficava cobrando o aparecimento da foto”.

[Faz uma pequena pausa e retoma, é como se necessitasse recordar a situação. Fica meio constrangido e me diz:]

“Você pode imaginar como eu fiquei quando encontrei a foto na minha pasta? Sou muito organizado, perfeccionista, tenho tudo em pastas onde guardo minhas coisas. Só minha mulher mesmo com toda aquela paciência para me agüentar, e pensar que fiquei cobrando o tempo todo dela, fazendo com que perdesse tempo procurando algo que estava comigo”.

“Depois, procurei compreender porque eu estava fazendo tanta questão de ser lembrado por meus familiares, afinal, não é uma simples foto que, talvez até retirem da parede, que vai lhes trazer a recordação, não é mesmo?”

“Afinal, são as nossas atitudes é que ficam, e, mesmo sabendo disso, resolvi que tinha que pendurá-la. Na verdade, já não sei ainda tenho essa pretensão”.

“Como você pode observar, eu acabo falando demais. Mas agora eu me vou”.

[Despediu-se com um abraço e foi embora.]

P6 - Paciente do Sexo Feminino. Sessenta e um anos de idade.

Paciente tímida com o olhar baixo, sem jeito, simples em seu modo de ser e de se trajar, veio acompanhada de uma vizinha, que permaneceu ao seu lado durante a entrevista, que trouxe a filha pequena, porque tem medo de sair sozinha e os filhos também ficam preocupados quando ela o faz.

“Oh, Dra., eu sou muito nervosa, estou mal, já não dou conta dessa doença”.

[Cobre o rosto com as mãos e chora. A vizinha tenta acalmá-la e me diz que é sempre assim. Relata que a paciente trabalha muito e que está cansada.]

“Dra., quando eu estou nervosa eu tenho que correr para o banheiro. Meu marido acha que eu estou de manha. Fico com raiva, ando arretada com ele. Ele me judia muito, foi sempre assim. Eu, às vezes, acho que não vou agüentar isso por mais tempo”.

“A Sra. vê, eu deixo tudo limpo lá em casa e ele não fala comigo e ainda faz aquela desordem. Fica o tempo todo na frente daquela TV e eu quero falar com ele e não posso e aí eu fico angustiada, nervosa e até falo sozinha . A Sra. acha que isso é vida?”

[A vizinha, sempre muito sorridente, diz que sempre convida a paciente para ficar um pouco em sua companhia para se distrair um pouco, mas que ela se recusa por ter serviço em casa por fazer.]

“Tudo me deixa nervosa. Já passei muito apuro nesta vida e agora essa coisa de toda hora correr no banheiro de novo quando já tinha melhorado. Mas é o nervoso mesmo. É aquele marido, dra, não agüento mais”.

[A vizinha intervém novamente e relata que sempre aconselha a paciente a não dar crédito ao que o marido faz com ela, lhe sugere que saia um pouco para distrair a cabeça, mas ela não consegue se libertar da casa.]

“Pois é Dra, eu sei de tudo isso que ela está falando, eu sei que tenho que distrair a cabeça, mas tenho que deixar tudo muito limpo antes de sair, eu trabalho muito, e, aí, quando acabo de limpar já estou cansada e não dá mais para sair, fico sem forças”.

“Sabe, eu entrego para Deus para poder suportar”.

“Em casa deixo tudo pronto para o meu marido e, hoje, como eu vinha para cá, eu deixei tudo arrumado, levantei mais cedo para não deixar faltando nada. O meu marido é um ingrato, só faz por me deixar nervosa, não me acompanha em nada, eu peço e ele faz de conta que não escuta, e, aí, sozinha eu não vou, até paro de comer, perco a fome, fico fraca e se ficar muito nervosa com aquela raiva toda dele, é aquela coisa, tenho que correr para o banheiro, e sinto muita dor”.

[Chora de novo. A vizinha segura na sua mão e pede para ela ficar mais calma.]

“Quando me falta paciência, eu chamo o meu marido de Meu Senhor e de Patrão, e peço para ele por o prato dele na pia para lavar, porque nem isso ele faz, deixa tudo para mim mesmo vendo que estou mal”.

“Eu gostaria é de sair e não fazer nada, queria ficar fora de casa e não voltar mais. Tenho medo, mas já não agüento ficar ao lado desse homem que só me deixa com muita raiva dele, me aborrece e me dá trabalho”.

“Eu só choro. Imagine a dra que ele vai ao baile dançar, com 76 anos que ele está, é demais, não agüento ver isso”.

E - Porque a Sra. não vai com ele?

“E a Dra. acha que ele me convida? E mesmo que me convidasse eu não gosto de dançar”.

“Meu genro é ótimo, faz tudo por mim. Gosta de me ajudar em tudo, um amor de pessoa, ele é que me dá forças para continuar”.

“Essa doença é muito ruim. Minha barriga dói muito e eu fico até transfigurada e, ai, vou ao banheiro e quando vejo aquele líquido todo e aquilo tudo saindo de mim fico mal, fico muito triste, é só chorar, já não agüento mais nada. Como é que vou sair sozinha desse jeito? Não dá para ir na casa de ninguém”.

“O que me deixa mais triste é saber que essa doença não tem cura. O médico me disse que é da minha cabeça. A Sra. acha que é mesmo? A Sra. acha que dá para arrumar essa cabeça? Mas eu sou assim e acho que não tem jeito mesmo, acho que não vou mudar, já estou velha para isso”.

“Fiquei um ano sem sentir nada, foi muito bom, mas foi graças à minha fé em Deus e aos médicos daqui do Hospital que descobriram que era essa doença.”

“Quando eu fico nervosa minha barriga fica cheia de ar, fico com dor e ai não durmo à noite e se eu levanto é para correr para o banheiro. Eu deixo a porta aberta porque senão não dá tempo de segurar, tem que ir depressa”.

“Sabe, Dra., não repara no que eu vou lhe dizer, mas eu tenho é muita raiva do meu marido. Ele lê a Bíblia, mas não entende nada. Quando eu vou falar alguma coisa da palavra de Deus é que eu vejo que ele não compreende o que está escrito ali”.

“Quando eu era criança fui muito judiada. Eu estava na escola e queria continuar estudando, mas a professora era muito brava e punha a gente de joelhos, de castigo e, ai,

eu não agüentei e sai da escola, não voltei mais. Hoje eu sei que eu errei, o estudo me faz muita falta.”

“Às vezes, gostaria de estudar alguma coisa mas ando muito esquecida, esqueço tudo. Será que é dessa doença? Sabe, acho que essa doença estraga a gente por dentro e acaba até atacando a cabeça”.

“Desde criança que tenho o intestino ruim, precisava fazer muita força para por para fora”.

“Quando eu me casei fiquei muito triste porque nós não tínhamos recursos e minha mãe só pôde me dar um lençol. Esse foi o meu enxoval. Já as minhas irmãs tiveram mais sorte do que eu quando se casaram”.

“Casamos e fomos morar no Amazonas e aí eu sofri demais, faltava tudo, a roupa das crianças era minha família que mandava, porque a gente passava muita necessidade. Eu tinha muito medo de tudo aquilo”.

E - A Sra. trabalhava também ou era só o seu marido?

“Eu trabalhei na casa de uma família, mas não dava certo deixar as crianças em casa sozinhas, e quando meu marido ficava com elas não dava atenção, aí tive que parar de trabalhar porque as crianças estavam sofrendo com a minha falta em casa”.

“Tivemos que vir para São Paulo, porque o meu marido teve câncer de pele e, em Manaus, eles acharam que era melhor ele tratar com os médicos daqui. Foi difícil, mas, ao mesmo tempo, foi bom, porque lá, no Amazonas, foram três anos e oito meses de um pesadelo que a Sra. não pode nem imaginar”.

“Lá, eu fiquei muito doente, fiquei cheia de vermes, joguei para fora dois muito grandes que pareciam lagartas com cabeça preta. Fiquei com muito medo quando vi aqueles bichos se mexendo e pensar que eles estavam dentro de mim. Chorei muito de desespero, fiquei com medo de morrer”.

“Essa doença já está comigo há uns trinta anos, mas eu não sabia o nome dela.”

[Faz uma pausa, faz carinho na filha da vizinha, sorri para ela, mas, em seguida, volta a chorar. Depois de alguns minutos em silêncio, volta a falar.]

“Sabe, dra, eu tenho um irmão que está com câncer e um outro irmão meu morreu de uma doença que nós ficamos sem saber o que era: deu uma febre muito alta e em poucas dias ele se foi. Ele foi logo depois que o meu pai morreu”.

“Com a morte do meu pai, todos nós ficamos mal, eu também fiquei muito doente . Não é fácil perder os pais é muito sofrimento”.

E - Me fale um pouco sobre seus filhos.

“Dra, meus filhos são muito bons, são três preciosidades, me ajudam e me dão tudo o que preciso”.

“A minha filha que casou já me deu um neto, o Guilherme e estou feliz por Deus ter me dado essa alegria. Será que com essa doença eu vou ter a mesma felicidade de ver os outros netos? Será que não morro antes disso? É uma angústia que não passa. Me diga uma coisa: a cabeça tem jeito de arrumar? Não sei ser diferente e acho que desse jeito não vai ter cura”.

“Me deixa contar uma coisa para Sra., eu nunca andei de mãos dadas com o meu marido, eu não suporto, acho ruim e ele reclama. Acho que nunca gostei muito dele, casei porque não podia ficar sem casar, mas tive sempre muita dificuldade de me relacionar com ele, a Sra. me entende, não gosto de intimidades”.

E - Porque não tenta mudar esse mal-estar sendo um pouco mais atenciosa e carinhosa com ele? É difícil também para o homem ter uma mulher distante, que não lhe dá um pouco de carinho. A Sra. concorda comigo ou não?

“Não concordo não. Não dou a mão, não dou carinho não, ele já acostumou assim e assim vai ficar. Tenho muita raiva dele, não consigo beijar de jeito nenhum, não consigo perdoar esse homem por tudo que eu já passei perto dele”.

“Sempre fui assim, não gosto dessas coisas. Em casa, sempre eu é que tenho que resolver tudo já que ele não resolve coisa nenhuma e ainda acha que eu tenho que dar atenção. Deus é que me livre disso. Não dou carinho não”.

“Quando eu tenho aquela raiva dele, a minha barriga fica quente, parece que tem uma febre dentro, pega fogo e, aí, começa a doer parece que vai romper alguma coisa e se eu não corro para o banheiro tenho aquela sensação de morte”.

“Eu vou pensar no que a Sra. me falou. Vou dar um pouco de atenção, mas é só, nada de mão dada e muito menos de beijo, nem pensar”.

E - A Sra. que tem fé e acredita em Deus não acha que Ele poderia ficar contente em saber que a Sra., apesar de todo o sofrimento, consegue perdoar seu marido?

“Se isso vai ajudar na cura dessa doença, se Deus me dá a graça de ficar curada por eu conseguir perdoar, eu vou tentar, mas já lhe digo que não vai ser fácil, preciso de um tempo. É que comigo tem que ser do meu jeito, tudo certinho, tudo limpinho e no lugar, senão eu não gosto, e, aí, eu fico de cara amarrada mesmo. Eu acho que a Sra. devia é falar com ele para ele mudar, porque aquilo não tem jeito não, é cabeça dura”.

“Dra., já estou mais leve falando com a Sra., não me leve a mal no que eu falei e espero ter ajudado um pouco no seu estudo”.

“Antes de me despedir, gostaria de falar ainda uma coisa para a Sra., dá tempo de falar?”

E - Sim, pode falar.

“Bem, não sei o que a Sra. vai pensar, mas eu acho os médicos daqui muito atenciosos, muito humanos, mas eu gostaria que conversassem mais com a gente. Às vezes, a gente precisa falar, mas eles não tem tempo para escutar. Às vezes, saio com o coração apertado com tudo lá dentro, queria por para fora, mas tem que ser assim, senão não dá para eles atender toda essa gente”.

[Nos despedimos com um abraço. Olhou-me nos olhos, o que raramente ocorreu durante a entrevista, por timidez, e chorou. Saiu com a sua acompanhante em direção à sala do médico, que a aguardava, para lhe fornecer a receita do medicamento.]

P7 - Paciente do sexo masculino. Cinquenta e um anos de idade.

Magro, sorridente, ansioso, gesticula bastante com as mãos, fala seguidamente sem intervalo para uma pausa e já abre a pasta sobre a mesa para me mostrar o resultado dos exames que trouxe para que o médico avaliasse. Refere que perdeu muito peso com essa doença RCUI. Traz um semblante triste de quem foi maltratado pela vida.

“A Dra. que me atendeu me falou de seu estudo e se haveria possibilidade de falar com a Sra. Estou à sua disposição, a Sra. já deve ter percebido que eu sou uma pessoa que gosta de falar. Como Sra. quer que eu comece?”

E - Gostaria que me falasse um pouco sobre a RCUI, em que momento a doença surgiu, quais foram os primeiros sintomas e também gostaria de saber um pouco sobre sua vida.

“Essa doença apareceu em 2003. Foi um horror, senti muita dor no abdome, comecei a sangrar muito e senti uma queimação forte na região do epigastro. Acho que foi por causa da tristeza que passei com a perda da minha mãe, chorei muito quando ela morreu e sinto muita falta dela até hoje. Ela sofreu muito, era diabética e teve que amputar uma perna. Depois disso durou só três meses, não resistiu, foi a zero”.

“Eu hoje estou desativado, não posso trabalhar porque essa doença é muito ruim, a gente tem que ir ao banheiro toda hora e, às vezes, não tem banheiro por perto e é o fim. Fui mestre de obras durante muito tempo”.

“Sempre tive saúde, comia de tudo e nada me fazia mal e agora tenho que cortar tudo. A alimentação é tudo, porque, se eu exagero, a doença volta com tudo, é muito ruim, passo muito mal”.

“Hoje, na consulta, os médicos me disseram que queriam me operar, mas estou com medo. Eu insisti bastante com os remédios, mas não está resolvendo, não tem mais jeito, não tem cura, vou ter que operar mesmo”.

“É diarreia direto, vivo no banheiro, só melhora quando eu tomo o Meticorten. Se eu não tomo, vou umas dez ou quinze vezes ao banheiro por dia, não dá para segurar. Às

vezes, vem a vontade, mas faço muita força e não sai nada e aí, fico com muita dor, é triste demais”.

“Foram perdas seguidas, primeiro foi a minha mãe, depois minha irmã. Essa irmã eu gostava muito dela, foi duro”.

E - Me fale um pouco sobre sua mãe.

“Minha mãe era muito rigorosa, carinhosa, conversava muito com a gente, conversava firme, mas também quando a gente aprontava muito, ela pegava na cinta e batia mesmo. Eu não achei que foi ruim, porque o povo hoje está muito liberal. Acho que a severidade faz parte do bem estar da gente. Minha mãe deixava a gente livre para fazer as coisas, e a gente não fazia nada de errado porque tinha medo e sabia que ia levar. No meu tempo, não tinha essas bagunças de hoje, não tinha droga como hoje, acho que até tinha, mas era escondido. Hoje os pais fumam na cara dos filhos.”

“Quando vejo esses pais irresponsáveis eu me revolto, porque as crianças são inocentes e já passam por isso. É o fim dos tempos”.

“Eu me lembro que, com seis anos, eu tinha responsabilidades e, hoje, com quinze anos, o pessoal não tem cabeça. Eu me sentia um adulto cheio de responsabilidades e podia brincar pouco”.

“Hoje tudo é muito fácil, a criança recebe tudo pronto, não desenvolve a cabeça, desenvolve só para lado errado, é o exemplo dos pais, dos colegas e da TV que só destrói”.

“Quando se mora na cidade, fica difícil segurar o filho em casa, ele quer sair com os amigos e se a gente não deixa ele se revolta e fica pior, aí é só briga, é muito ruim”.

“Quando eu estava na escola, eu era muito bom na matemática, mas nas outras coisas eu não ia bem e a professora ficava brava comigo. Ela não entendia que cada um nasce diferente do outro e que cada um tem uma tendência maior para algumas coisas. Eu chegava em casa desanimado, angustiado, porque era uma tortura aquela professora gritando, brava daquele jeito, afinal, ela estava lá para ensinar e não para criticar a gente”.

“Na juventude, fumei muito, aquele fumo de corda, não sei se a Sra conhece, meu pai enrolava o cigarro e dava para a gente. Mas eu comecei a tossir muito, então resolvi parar com o fumo, e a tosse acabou, graças a Deus”.

“Bebia também umas cervejas, pinga, cachaça mesmo, mas, hoje, com essa doença, já não bebo nada. Eu não percebia o quanto me fazia mal, achava que era normal passar mal depois da bebida, às vezes vomitava e ficava com tontura”.

“Minha esposa fuma muito, e eu fico bravo com ela, mas ela não larga, já não agüento o cheiro e é aquela fumaça toda”.

“Minha esposa é muito severa com os nossos filhos, se preocupa com tudo, controla tudo lá em casa, fica com a parte das contas para pagar. Está sempre controlando o dinheiro para que não falte, porque já não é muito e ela preza muito o nosso nome, não quer que fique sujo por qualquer coisa, então eu deixo tudo nas mãos dela”.

E - O Sr. também é severo com os filhos?

“Não, eu já sou mais suave, menos severo com os meus filhos, eu sento e aconselho. Eles, às vezes, reclamam da mãe, mas cada um é de um jeito, cada um é do seu modo”.

“Sabe, Dra., a religião é muito importante. Antes, quando a gente ia para a escola, rezava antes de começar a aula. Hoje é tudo diferente, as crianças já entram brigando, atirando coisas umas nas outras, não respeitam o professor, falam alto, só fazem bagunça. Falta o respeito, falta a fé, falta a oração”.

“Eu sempre passo para os meus filhos que quem não tem religião não tem nada. Com Ele lá em cima já é difícil [ergue os braços], imagine sem Ele”.

E - Me fale um pouco sobre seus filhos.

“Meu filho mais velho está com vinte e seis anos e trabalha no setor de embalagens numa firma importante. Já namora e fala em se casar. Eu só aconselho para que, depois, não passe dificuldades como eu e minha mulher passamos. Esse filho estudou até o segundo grau. Ele é bom, trabalhador e muito responsável. Eu gosto muito dele”.

“Minha filha tem dezesseis anos e ainda está estudando, não trabalha. Só estuda. Também gosto muito dela apesar de ser um pouco teimosa, às vezes dá um pouco de

trabalho, porque quer sair à noite e não gostaríamos que voltasse tarde, aí é aquela discussão”.

E - O Sr. convive bem com sua esposa?

“Quando eu me casei, eu brigava muito com a minha mulher, eu ficava com muita raiva dela. Agora, eu saio de perto, vou andar um pouco na rua, porque percebi que discutir “por nada” não dá. Aborrece muito”.

“Minha mulher é muito exigente, gosta de tudo arrumado, deixa tudo muito limpo, cobra demais, é muito ansiosa, se preocupa com tudo, e, agora, está preocupada com a minha operação, e, apesar do meu nervoso, eu procuro ajudá-la, mas não tem jeito. Ela começa a fumar, a fumar, sei lá, [fica um pouco em silêncio, pensativo] preciso desenvolver a paciência”.

“Eu sou de natureza nervosa, fico muito irritado com as coisas que acontecem e perco o controle muito fácil, vem na cabeça e eu não controlo mesmo, aí, já viu, já aconteceu e eu fico mal, péssimo comigo e a doença volta. Ela é de nervoso mesmo”.

“A raiva é que traz a doença, ela é prejudicial e essa doença, RCUI, é raiva pura, tem que ter controle senão começa tudo de novo. Sabe, eu acho que o nervoso é o causador de todos os males e de todos os problemas. A ansiedade, a Sra. vê que eu sou muito ansioso, não paro de falar seguido, também não leva a nada, a gente quer tudo para ontem e não é assim, é como Deus determina..... Quem resolve tudo é Aquele lá em cima” [ergue novamente os braços e fica emocionado com os olhos marejados.]

“O que se tem que passar vai passar, não tem conversa nem acordo, já está tudo traçado, é a gente que pensa que pode tudo, é só ilusão, a gente não pode nada sem Ele”.

“Já trabalhei muito em serviço pesado e hoje já não agüento, mas é pior ficar sem fazer nada”.

“Enquanto eu puder não vou parar porque acaba o sentido da vida. Fica tudo parado, o sujeito fica um inútil, só ocupando espaço, tem que trabalhar. Eu, hoje, passo o que eu sei para os outros, para dar campo de trabalho a eles, é preciso ajudar, não se pode prejudicar ninguém”.

“Se meu filho casar e me der um neto e se eu estiver vivo para ver, vai ser uma alegria. A criança traz alegria e o adolescente traz muita tristeza e preocupação”.

“Preciso renovar a minha Carta de Motorista, mas não vou fazer isso agora porque o dinheiro está curto e como vou ter que operar não vou poder dirigir por um tempo, vou ter que ficar quieto”.

“Sabe, no final do ano eu abusei na comida porque a gente vai sempre na casa de um e de outro e tem que comer para não ficar chato e aí eu tive uma crise muito feia, acho que foi a pior delas porque eu só comi o que não devia”.

“No dia 24/05/2005, eu vou ter que fazer aquele exame horrível, a colo....., acho que é colonoscopia, está certo?”

E – Sim.

“Exame chato esse, tem que ficar sem comer, tem que tomar aquela laranjada enjoada, é complicado, só de pensar nesse exame já fico ansioso, já sinto até a dor de novo. Deus me ajuda”.

“Espero ter colaborado com a Sra. Já vou indo porque já está no horário e acho que a Sra. também tem que atender outra pessoa.”

[Esse paciente foi bastante cooperativo e se colocou à minha disposição, caso houvesse necessidade de retornar. Me perguntou se além da pesquisa eu também estava atendendo os pacientes com essa doença, pois gostaria de poder fazer umas sessões de terapia.]

“Sabe, Dra., não se pode ficar triste por tudo, a gente tem que ficar alegre porque Jesus já se sacrificou por nós sem reclamar.”

P8 - Paciente do sexo masculino. Sessenta e um anos de idade.

Magro, alto, ansioso, questionou sobre a pesquisa, sorridente, entrecortou os assuntos, várias vezes, durante a entrevista, voltando a eles como se não os houvesse completado. Figura simples, muito limpo, simpático e bastante cooperativo.

“Eu já posso começar? Posso falar?”.

“O que a Sra. quer saber sobre essa doença? O que já posso lhe dizer é que ela é horrível, só Deus mesmo para ajudar”.

“Posso falar de outras coisas? Tem que ser só sobre a doença?”

E - Pode falar sobre o que o Sr. quiser e também sobre a doença. Fique à vontade.

“Então vou começar falando de uma coisa boa. Faço a Faculdade da Terceira Idade. Faço tudo, informática, nutrição, dança, alongamento, ginástica, viajo nas excursões que eles promovem. Nós vamos a muitos passeios, a exposições de arte. É muito legal. Enquanto eu posso, não vou sair de lá. Minha esposa também faz comigo, mas ela tem problemas com a informática, não consegue, fica paralisada, mas de resto ela me acompanha”.

“Vou falar um pouca da minha vida para a Sra. Quando eu era menor, éramos em doze irmãos e passamos muitas dificuldades, passávamos com uma refeição por dia, era um mingau de milho que a minha mãe fazia”.

“Estudei na escola até o curso primário e depois, aos oito anos, me preparei para o curso de Admissão, mas, dois anos depois, tive que parar porque o dinheiro lá em casa não dava para pagar os meus estudos”.

“Com meus filhos foi diferente, fiz de tudo para que se formassem, mas os dois mais velhos não concluíram a Faculdade. Meu filho foi por falta de recursos em casa, fez só o curso técnico, que foi o que deu para oferecer a ele. Minha filha também não completou os estudos. Enamorou-se de um homem dez anos mais velho do que ela, engravidou e acabou se separando dele”.

“Esse meu neto tem hoje oito anos e passa o dia lá em casa quando volta da escola, porque minha filha trabalha para poder sustentar esse filho”.

“Minha filha já fez de tudo para voltar a morar conosco, mas não queremos, não dá certo, cada um em sua casa é melhor”.

“Dos meus filhos, o mais inteligente é o caçula, que é dez anos mais novo do que eles. Formou-se na Faculdade de Turismo de Jaguariúna e hoje mora em Londres”.

“Ele liga em casa todas as semanas com aquele cartão barato que ele compra lá. Ele, que está longe, se preocupa mais com a gente do que os dois que estão perto”.

[Fica com os olhos marejados e faz um esforço para não chorar.]

“Desculpe, mas esse filho eu gosto muito dele, fico emocionado. Tive uma crise muito feia dessa doença (RCUI,) quando, há seis meses, esse meu filho foi morar em Londres com um amigo e nos disse que era homossexual. Eu não consigo aceitar, mas se é assim, eu não posso fazer nada, gostamos dele do mesmo jeito, com todo carinho. Desculpe.....”

[Chora e fica em silêncio por alguns segundos, que revelam uma dor profunda. Tenta se recompor e volta a se dirigir a mim.]

“O meu filho mais velho tem uma Empresa de Transportes. Ele trabalha com todo o carinho para os clientes, na verdade eles é que fazem o preço do serviço, só que, com isso, meu filho está sempre em apuros com o dinheiro”.

“Esse meu filho sempre me diz que o que a gente tem de mais estima está na nossa casa e é por isso que ele faz tudo com carinho para as pessoas. Ele tira tudo da casa e leva tudo para a outra casa e arruma tudo, entrega com tudo arrumado e no lugar, o cliente não tem trabalho nenhum, recebe tudo pronto”.

“Eu ajudo esse meu filho sempre que posso. Na Empresa, só trabalhamos com gente séria para não ter nenhum problema com os valores. O que é de mais valor colocamos num envelope e entregamos para o dono”.

“Sabe, é engraçado, o meu filho sempre diz que a Empresa dele é um “Grão da Granero”.

“Vou falar um pouco da doença. Se não fosse o Estado eu não poderia comprar os medicamentos. Quando eu fiquei doente, no início, íamos vendendo tudo, terreno, carro, casa, para poder pagar o medicamento que era importado”.

“Hoje, eu digo para a Sra. que o remédio não cura ninguém, é a cabeça que tem que querer sarar”.

“Depois, devagar recuperamos tudo o que vendemos. Graças a Deus”.

“Estou muito animado com a nova pesquisa com células-tronco. Será que vai servir para essa doença? Na minha opinião deve funcionar”.

“Essa doença começou numa época em que eu trabalhava numa oficina com vinte e cinco funcionários. Eu tomava as dores deles e eles começaram a abusar, faltavam muito e eu tinha que dar conta do serviço deles, e com isso, com toda essa ansiedade, fui ficando estressado. Já não ganhava o suficiente, tinha os filhos para criar e, o pior de tudo é que o dono vendeu a oficina e me vendeu junto sem me consultar, fiquei magoado e com uma certa raiva dele. Depois de um tempo, adoeci e acabei montando uma pequena oficina, sozinho, com as ferramentas que eu tinha em casa”.

“No início dessa doença, ninguém sabia o que era, e me diziam que era “ameba”, porque eu tinha cólicas e sangrava muito, então me tratavam com remédios errados e eu fui piorando. Só depois de um ano de sofrimento, é que descobriram aqui na UNICAMP”.

“Se não fosse a boa vontade dos médicos daqui eu já estaria morto”.

“Quando eu cheguei aqui, eu estava muito mal e não tinha leito para poder me internar, aí fiquei algumas horas no PS, até que me arrumaram um leito na Cardiologia e, no dia seguinte é que fui transferido para a gastro”.

“Fui o primeiro paciente a receber sulfa, mas hoje não tomo mais porque, além da alergia, fiquei muito anêmico por causa dela”.

“Quando melhorei, já não tinha mais a oficina e resolvi trabalhar de novo como empregado. Não quis mais saber de chefia”.

“Voltando a falar dessa última crise da doença RCUI, acho que foi mesmo por causa desse meu filho caçula que hoje está com vinte e quatro anos. Sinto saudades dele, mas acho que não volta mais para casa. Ele fala bem o inglês, porque já era professor da língua e por isso foi fácil ir para lá”.

“Será que tem jeito dele voltar a ser homem direito? Na verdade, a gente já desconfiava porque ele nunca namorou nem se interessou por nenhuma mulher”.

“Eu queria ver ele casado, mas não tem jeito, deste filho não vai vir neto. Eu não falo sobre isso com ninguém, é um assunto nosso e a gente tem muito medo que falem mal dele, não dá para reprimir, é aceitar”.

“Eu já estava há três anos sem os sintomas da doença e sem tomar medicação, mas, com essa situação, que para mim foi muito triste, eu dei para beber e a doença voltou com tudo”.

E - E sua esposa? Me fale um pouco sobre ela.

“Minha esposa é holandesa. Levei quatro anos para poder me aproximar dela. Na casa dela, só se falava em holandês e eu tive que arrumar um interprete para falar com eles. Eram em doze irmãos também, como lá em casa. Meu sogro era duro, um Hitler, mas caí nas graças dele e ele não fazia nada sem falar comigo. Até o fim da vida, eu é que sempre fiquei ao lado deles, que faleceram idosos numa casa de repouso”.

“Minha esposa é sistemática, organizada e muito estressada. Costurava uniformes e roupas de festas para uma Escola, que lhe pagava um salário fixo, mas era demais, muita responsabilidade, tinha data para entrega e ela acabava estressando todo mundo lá em casa. Agora já não costura mais. Foi um alívio para todos nós”.

“Eu me cuido e quero sarar. Tenho só sessenta e um anos, com aparência de menos idade e me sinto bem quando não estou com os sintomas dessa doença. Tenho disposição para tudo”.

“Gosto de andar de moto. Hoje eu vim para cá com ela. E sempre que posso levo minha esposa na garupa. Saímos para conhecer lugares perto de casa e que são bonitos. Vamos com chuva e tudo, temos abrigos especiais e essa liberdade de poder sair para o mundo me ajuda a melhorar”.

“Em casa, não falo com ninguém sobre os meus problemas, como estou falando aqui com a Sra. Fico calado. Meu filho mais velho é fechado e eu respeito o silêncio dele”.

“No mês passado, fizemos trinta e oito anos de casados e só o filho que está longe se lembrou de nós, de nos cumprimentar. É aí que a gente vê a diferença entre eles, é na atenção que eles dão”.

“Voltando a falar de novo sobre minha esposa, eu até meio constrangido, mas depois da menopausa não quer mais ter sexo comigo, e eu estou muito triste. Não me separo porque gosto muito dela, mas está difícil ficar sem carinho. Ela não me dá nenhum abraço, nenhum beijo. Está sempre cansada e vai dormir. Ficou deprimida e vai ao psicólogo duas vezes por semana e toma medicamentos. Está com o cabelo todo branco, não se cuida, perdeu toda a feminilidade. Ela é muito brava, mas é uma amor de pessoa e, agora, eu perdi esse carinho. Estou só, eu e Deus.”

“Aquela minha irmã, que eu falei para a Sra que me criou, é um amor, uma sofredora. Perdeu o marido e a filha está envolvida com drogas. Eu sou o confidente dela. Sempre que falo com ela fico ruim, não durmo a noite direito porque não sei como ajudar.”

“Falando dela, me lembro quando era jovem e comecei a fazer uns bicos para ganhar dinheiro, eu era passado para trás, confiava demais nas pessoas. Vendia revistas e, às vezes, as pessoas pegavam para olhar e quando eu dava conta elas tinham levado, e eu tinha que pagar para o dono, e essa minha irmã é que me ajudava. Meu cunhado, então, ficou com dó e me levou para a oficina dele, e me ensinou a ser mecânico. Mas eu não gostava, queria estudar comunicação”.

“Como a Sra. vê, eu falo demais, estou aborrecendo a Sra.? Eu sou muito ansioso, sempre fui assim, falo sem parar”.

E – Não. Fique à vontade para falar o que sente.

“Nossa, eu não dei chance para a Sra. falar, mas eu sou assim. Como fico sempre calado, quando vejo alguém como a Sra., disposto a me escutar, eu falo mesmo”.

“Temos parentes no Paraná e em Santa Catarina. Quando vamos a Florianópolis, meu cunhado, que tem uma casa na praia, é um amor de pessoa. Mora mesmo na praia. O portão da casa já é na areia. Ele tem de tudo, barco, todo o equipamento de esqui, equipamento de pesca e ele deixa a gente à vontade para usar tudo. Já nos convidou para morar com eles, várias vezes, mas não se pode deixar os filhos e os netos aqui”.

“Minha esposa não gosta da família dela. Não gosta de voltar a Holambra. Fomos para lá quando nasceu um sobrinho-neto e eu fiquei chocado de ver que ela nem quis ver a

outra irmã que mora ao lado. Na verdade, ficamos quinze minutos em pé e fomos embora. É muito triste não sentir amor. Quando ela vai ao psicólogo, eu acompanho mas não me meto. Ela quase não fala, é diferente de mim que só falo, como a Sra. está vendo”.

“Casei cedo demais”.

E - Me fale um pouco sobre seus pais.

“Meu pai morreu com noventa e três anos. Quando meus pais se casaram, minha mãe tinha treze anos e meu pai trinta e dois, aos quatorze anos minha mãe já teve o primeiro filho”.

“Não sei lhe dizer se eles eram felizes, mas acredito que minha mãe sofreu muitas privações, era tudo muito difícil”.

“Eu só gostaria de viver até a idade do meu pai para poder sair com a moto pelo mundo e não dar satisfação a ninguém, sair sem ter dia para voltar, fazer o que eu acho bom para mim”.

[Muda de assunto como se não quisesse mais se referir aos pais, talvez por lhe trazer algumas situações que não gostaria de lembrar.]

“Compramos um carro novo para ir a Florianópolis, há seis meses, e ainda não conseguimos, é um comprometimento com os filhos e com os netos. Não dá para sair a toda hora”.

“Quando me casei, falei claro para a minha mulher que não queria ter tantos filhos como os nossos pais. No tempo deles, não tinha TV, não tinha anticoncepcional e foi no que deu. Todos passamos por muitas dificuldades”.

“Tínhamos de reduzir o número de filhos para dar alimento, roupa e estudo. Não podíamos fazer o que nossos pais fizeram, não tínhamos o direito de fazer com que passassem pela necessidade que passamos”.

“Não sei se a Sra. percebeu, mas eu tenho uma dificuldade auditiva, que aconteceu devido ao tempo em que trabalhei numa pedreira e depois na oficina, era barulho o dia todo e não havia o protetor de ouvido”.

“Sempre fui magro, mas com essa doença emagreci mais de quinze quilos”.

E - O Sr. faz alguma dieta alimentar?

“Em casa comemos muita salada e muita fruta. Em primeiro lugar, a alimentação, depois as necessidades. Nada de frituras e de alimentos gordurosos. Fazemos o possível para ter uma dieta saudável. Só como alimentos naturais”.

“Voltando um pouco para a família da minha esposa, eles era tão duros com os filhos que todos saíram de casa brigados com os pais, só a minha esposa é que saiu para casar. Queriam que morássemos com eles, mas eu sempre achei melhor ficarmos na nossa casa e por isso acho que sempre nos demos bem”.

“Meus sogros já faleceram”.

“No final da vida estavam os dois em cadeiras de rodas e, como recebiam dinheiro da Holanda, puderam ficar no Centro Geriátrico de Holambra. Nós visitávamos eles três vezes por semana, religiosamente”.

“Tudo o que se tem que fazer é em vida. Aqueles dois me adoravam, gostavam mais de mim do que da minha esposa. Sempre que ela reclamava de mim eles me defendiam. Para eles, o mais importante era a honestidade e isso é um traço forte do meu caráter, acho que, por isso, eles me davam toda a credibilidade para fazer as coisas deles”.

“Quando eu os conheci, eles não comemoravam nenhuma festa. Então eu implantei a troca de presentes no Natal, na Páscoa e nos Aniversários. Não tinham momentos de prazer, não sabiam o que era a alegria de abrir um presente, de dar um abraço”.

“Hoje, em casa, é uma cooperativa, todo mundo contribui e, graças a Deus, nunca passamos fome. Antes, tínhamos uma caixinha onde todos colocavam dinheiro, mas agora meu filho achou melhor colocar no Banco, porque senão não sobra nada. Enquanto a gente via dinheiro na caixinha, gastava”.

“Anotamos tudo, todas as despesas, temos o controle de tudo, é o sistema europeu da minha mulher. Esse meu filho que está em Londres é igual a mãe, controla tudo e é muito organizado”.

“Gosto de TV, de assistir o jogo, mas, em casa, eu não posso, porque minha esposa não gosta e aí não me permite. Vivo em casa, na companhia de todos, mas me sinto muito

só, incompreendido, sem poder fazer o que eu quero, sem o amor da esposa e com essa doença que me deixa muito mal”.

“Nunca falei sobre o problema da minha esposa com ninguém, guardo para mim, mas é muito triste viver como eu, assim, sem amor”.

“Parei de fumar por um desafio. Todo mundo me pedia um cigarro e eu distribuía e, uma vez, quando esqueci o maço em casa, ninguém me deu sequer um, aí eu resolvi para de fumar, só de raiva e para não me aborrecer mais com essas pessoas”.

“Não durmo sem rezar, principalmente quando tenho algum problema, já a minha esposa não reza e fica acordada a noite toda preocupada. Ela não fala com Deus, eu já falo todo o problema para Ele e durmo, porque sei que Ele vai me ajudar a resolver. Quem tem fé tem tudo. Acho que é por falta de fé que a minha esposa fica cansada, com dor de cabeça, se remoendo nos problemas e se tornando, assim, uma pessoa ausente e desagradável de conviver”.

“Bem já falei até o que não devia. Espero que, de tudo isso, a Sra. tire proveito para o seu estudo. Me desculpe se falei demais. Já vou indo”.

[Nos despedimos com minha promessa de voltarmos a conversar quando retornasse para a consulta médica.]

