

Sobre o médico, os profissionais da saúde e o cuidador

Décio Gilberto Natrielli Filho¹, Décio Gilberto Natrielli^{II}

Comitê Multidisciplinar de Psicologia Médica da Associação Paulista de Medicina (APM)

No dia 8 de outubro de 2011, realizamos a última jornada de Psicologia Médica deste ano, onde enfocamos o tema sobre o cuidador, numa tentativa de aproximar esta atividade, cada vez mais necessária e especializada, daqueles que a indicam para o acompanhamento de diversos tipos de pacientes. Mais ainda, a ideia era ampliar o conceito de cuidador definido em manuais sobre o assunto, abordando aspectos da atividade médica, psicológica, de enfermagem, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que poderiam se intersectar com o papel de cuidador.

Sem dúvida, os profissionais citados são aqueles com que temos mais contato. Portanto, poderíamos também citar outras especialidades médicas ou de fisioterapia, as quais mantêm íntimo contato com os pacientes, seus familiares e aqueles que foram escolhidos como cuidadores. Nesta carta, enfocaremos o trabalho médico considerando a formação dos autores.

A interface profissional-cuidador, na forma como foi abordada no evento, procurava ampliar o limite e a “zona de transição” entre aquele com um diploma de formação acadêmica e aquele que se especializa nos cuidados com os doentes. Segundo o Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde,¹ o cuidador “é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação”.

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. Continuam mais adiante explicando que “esta pessoa, geralmente leiga, assume funções para as quais, na grande maioria das vezes, não está preparada. É importante que a equipe tenha sensibilidade ao lidar com os cuidadores”. (...) “O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto, o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação

de soro e colocação de sondas etc.” Temos certeza que o início da frase acima descrita sobre o cuidador é o princípio que guia a prática de qualquer profissional da saúde, já que, com o seu diploma em mãos, todo iniciante em sua profissão, ainda com aquele inexperiente *furor curandis*, sente-se uma pessoa com “qualidades especiais” que motivaram sua escolha, além de sentimentos positivos e direcionados à humanidade, com a intenção de se doar, aliviar a dor, melhorar a qualidade de vida, ser solidário e ativo em seus ideais.

Cabe aqui citarmos Barbieri e Sarti,² as quais explicam que “*furor curandis* foi o nome dado por Freud (1915, 1937) ao desejo do analista em curar. Este excesso de cuidado – bem intencionado – pode se tornar abusivo, interferindo e impossibilitando o trabalho analítico, por pressupor uma valorização no narcisismo daquele que oferece ajuda. Mais do que um aspecto da técnica psicanalítica, Freud apontava para uma dificuldade humana em lidar com as questões despertadas pela presença do outro, que podiam se manifestar no analista sob esta forma de resistência. Este aspecto se encontra exacerbado no trabalho com idosos, sem que, no entanto, isto seja entendido como prejudicial”.

Concordamos com o artigo “Médico onipotente tanatolítico: um *status* a ser analisado”, de Marta e cols.,³ em que os autores falam também da “ilusão de onipotência” que alguns médicos, mesmo precocemente em suas formações, desenvolvem e “almejam conquistar o *status* de um ser onipotente e tanatolítico, poderoso, que dará conta de tudo, que irá curar todas as doenças, impedir que as pessoas venham a morrer, salvar todas as vidas”. Finalizam afirmando que “o médico deve se envolver apenas o necessário com o paciente e seus familiares para se proteger da contaminação da situação, a fim de se manter hígido e com capacidade de atuação para promover um morrer cercado de afeto, sem abreviação de vida (eutanásia) ou prolongamento artificial dela (distanásia)”.

Apesar de claro, o enunciado do papel de cuidador, muitas vezes, em nossa prática clínica diária, escutamos alguns

¹Médico psiquiatra, especialista pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Associação Brasileira de Psiquiatria.
^{II}Médico psiquiatra e presidente do Comitê Multidisciplinar de Psicologia Médica da Associação Paulista de Medicina.

pacientes relatarem sobre suas experiências com alguns profissionais médicos que os acompanharam (ou cuidaram de algum familiar) durante um período de doença. Ouvimos, portanto, relatos de “doação”, abnegação, “envolvimento além da medicina”, altruísmo e humildade. Diante de tantas críticas que a profissão médica vem recebendo, esses relatos ainda apontam para a importância que é dada para nossa atividade e pensamos que cada profissional deve estar adequadamente “trabalhado”, ou “resolvido” consigo mesmo (do linguajar psicanalítico: analisado), para entender e reconhecer seus limites, afirmando assim a sua capacidade de expansão do campo de atuação como médico, de envolvimento com o doente e seus familiares, sem prejuízo pessoal, familiar ou de trabalho. Cada indivíduo deve ter seus limites bem estabelecidos, como uma “defesa” para não adoecer juntamente com a situação envolvendo seus pacientes. Se o adoecimento acontecer, indica-se a busca de ajuda especializada para assim atingir um novo nível de adaptação e reconhecimento dos seus limites.

Nas contribuições de Karen Horney e Carl Rogers, citados por Cloninger, *apud* 4 encontramos os conceitos de “eu ideal” e do “eu real”. Utilizando essa corrente de pensamento, o profissional médico jamais conseguirá atingir todas as necessidades que serão descritas a seguir, que corresponderiam a um “eu ideal”. O “eu real” é o “nosso centro pessoal, vivo e único”, participando do crescimento psicológico saudável (chamado de autorrealização). No sofrimento, ou na neurose (na linguagem psicanalítica), a pessoa se afasta do “eu real” e adota um eu idealizado que lhe pareça melhor. O profissional adequado às demandas da sua existência contenta-se com suas características próprias e qualidades, as quais não são anuladas pelos seus percalços nem frustrações, normais à prática clínica.⁵ Reafirmamos que todo ideal é uma ilusão, para nós funcionando como uma bússola-guia, sendo que devemos estar cientes de que nunca atingiremos essa excelência. Aquele que não tiver isso bem esclarecido poderá adoecer, já que, diante de tamanha onipotência, seria muito difícil tolerar as frustrações envolvendo a prática da medicina ou de qualquer área da saúde.

Apontamos alguns desses ideais valorizados em nossa atividade:

- 1) Ter a capacidade de captar sentimentos e entender as motivações humanas;
- 2) Ter paciência, tolerância e segurança perante o sofrimento;
- 3) Ter intuição, sensibilidade e inteligência para responder adequadamente às situações de emergência;
- 4) Ter empatia, que é compartilhar emoção em identificação temporária com o paciente;
- 5) Ser capaz de fantasiar e ter seus conflitos conscientes e inconscientes sob controle;
- 6) Ser capaz de tolerar frustrações pelo que não é entendido, pelo que não se pode dizer ou não se sabe;
- 7) Ter capacidade de compreender os fenômenos transferenciais e contra-transferenciais da relação profissional-paciente;
- 8) Não julgar, não competir nem comparar;
- 9) Estar aberto para entender ou decifrar o não expresso ou latente presente em qualquer indivíduo;
- 10) Respeitar a intimidade, que dificilmente é completamente revelada;
- 11) Conservar seu equilíbrio diante de novas circunstâncias,

sabendo adaptar-se a uma situação original, mostrando-se capaz de renunciar ao que não lhe é acessível;

- 12) Viver no presente: valorizar o “aqui-e-agora”; o passado não é uma prisão, mas um tesouro de experiências do qual pode tirar proveito;
- 13) Triunfar sobre as transformações da vida, conquistando-as para o seu prazer;
- 14) Considerar que o seu egoísmo, normal e natural, está limitado por um altruísmo espontâneo;
- 15) Saber suportar o sofrimento, a dor e as incertezas que passa, diante das transformações profissionais, afetivas e existenciais;
- 16) Reconhecer que o indivíduo adequado à realidade é capaz de regredir em situações de estresse intenso ou em momentos de conflitos internos ou externos, sem adoecer ou procurando auxílio para se cuidar.^{5,6}

A mensagem é que todo profissional da área de saúde, em algum momento de sua prática clínica com pacientes, terá contato com cuidadores ou, dependendo da sua escolha, irá extrapolar os limites de sua atuação e o envolvimento (dentro dos princípios da ética) com os pacientes. As considerações do parágrafo anterior servem para o treinamento do médico, terapeuta ou do cuidador, sendo este último aquele que terá uma intensidade maior de contato com a pessoa doente e necessita de um treinamento especializado para aplicar os cuidados e também para reconhecer as necessidades e reações afetivas dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acessado em 2011 (11 out).
2. Barbieri NA, Sarti C. Amor demais: o idoso assujeitado pelo cuidado. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/congresso2010/mesas_redondas/MR47-Natalia-Alves-Barbieri-e-Cynthia-Sarti.pdf. Acessado em 2011 (11 out).
3. Marta GN, Hanna SA, Arruda FF, et al. Médico onipotente tanatolítico: um status a ser analisado. *Diagn Tratamento*. 2011;16(2):95-6.
4. Cloninger SC. Teorias da personalidade. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
5. Natrielli Filho DG, Natrielli DG, Goes RD. Contribuições para a prática da psiquiatria, psicodinâmica e psicologia médica. São Paulo: Leitura Médica; 2008.
6. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Rua Roque Petrella, 153
 Brooklin – São Paulo (SP)
 CEP 04581-050
 Tel. (11) 5542-5145
 E-mail: deciodoc@ig.com.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada
 Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 10 de outubro de 2011
 Data da última modificação: 24 de outubro de 2011
 Data de aceitação: 31 de outubro de 2011