

O cuidado com as emoções

Edgar C. Diefenthaler
Alfredo Cataldo Neto
Nina Rosa Furtado
Paulo Roberto Zimmermann
Maria Rita Monteiro Coelho

Resumo: Este artigo objetiva considerar as vivências complexas dos cuidadores, aqueles que têm responsabilidade sobre a vida de outros seres que sofrem, com base na observação do cotidiano profissional e do comportamento em relação às práticas corporais de estudantes de medicina, residentes, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, encarregados da limpeza e funcionários, responsáveis pela administração do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Discorre sobre o fato de as pessoas que cuidam de outras, preparando-se para lidar com seus sofrimentos, deixarem de lado o próprio sofrer, manifestando dificuldade em reconhecer suas dores, fato que também reflete em seus próprios familiares. Profissionais envolvidos com a saúde têm dificuldades inerentes a qualquer indivíduo, pessoais e profissionais, e apresentam particularidades próprias, devido às características especialmente desgastantes do treinamento, desenvolvimento e responsabilidades crescentes, as quais constituem o compromisso sobre o que é realmente importante no ser humano: a vida e a morte.

Palavras-chave: Emoções. Onipotência. Corporalidade. Qualidade de vida. Profissionais da saúde.



Edgar C. Diefenthaler

Psiquiatra, professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Alfredo Cataldo Neto

Psiquiatra, professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da PUCRS

*Estando doente devo pensar o contrário
Do que penso quando estou são
(Senão não estaria doente).
Devo sentir o contrário do que sinto
Quando sou eu na saúde,
Devo mentir à minha natureza
De criatura que sente de certa maneira...*
Fernando Pessoa

Por muitos motivos, as emoções dos estudantes, residentes, médicos e demais profissionais de saúde não são devidamente consideradas. Os cuidadores esquecem de si próprios; não cuidam daqueles que tratam muitas pessoas. Em seu imaginário são e estão em segurança máxima; jamais irão adoecer ou estar “do outro lado”: não serão pacientes, ameaçados pela dor, doença, morte.

Nina Rosa Furtado

Psiquiatra, professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da PUCRS

Paulo Roberto Zimmermann

Psiquiatra, professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da PUCRS

Maria Rita Monteiro Coelho

Psicóloga do Centro de Interação e Desenvolvimento da Assistência/Pesquisa/Ensino (Cidape) e coordenadora da integração de pessoas do Hospital São Lucas, da PUCRS

Como a saúde é o bem maior do ser humano, sem a qual nada mais tem valor, aquele que tem a competência de preservá-la se torna detentor de grande poder, daí a sensação de onipotência dos profissionais de saúde. Porém, frente à realidade das perdas e fracassos em manter a saúde dos demais, incluindo a sua própria e a de seus familiares, advém o intenso sentimento de insuficiência e impotência, com possíveis nefastas conseqüências. Faz-se necessário, portanto, *ter competência para reconhecer os limites de sua competência*¹.

O hospital é um ambiente insalubre e violento por natureza, campo da batalha maior, onde se chega perto da realidade mais dura do ser humano: o encontro com a morte. Por isso, é ambiente de permanente tensão. O hospital é o contexto de um paradoxo: o local onde se busca e se resgata a saúde é, ao mesmo tempo, insalubre. Lidar com essa violência sem adoecer exige um mínimo de conhecimento de si próprio, para que o indivíduo possa se proteger dessa loucura que abate a todos os seus freqüentadores¹.

O compromisso de resgatar o próprio bem-estar não é considerado por aqueles que promovem a saúde. O prazer do exercício profissional também depende da atualização e geração de conhecimentos por meio do estudo e pesquisa. O querer saber tem em seu âmago a força, a constância e a manutenção da curiosidade. Essa capacidade pode estar involucrada e comprometida pela ansiedade do cotidiano, até atingir a patologia. Faz parte da definição de saúde, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o desenvolvimento de aptidões, interesses, conhecimento e criatividade. Tais fatores transcendem a dimensão profissional, pois são fundamentais para que a personalidade do indivíduo possa crescer e ampliar seu universo.

A observação privilegiada de estudantes de medicina, residentes, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, encarregados da limpeza e funcionários, responsáveis pela administração do Hospital São Lucas da PUCRS,

propicia constatar muitas dessas dificuldades, que vão além da técnica e da vida hospitalar.

Entendendo as emoções

Depressão e ansiedade devem ser observadas de forma longitudinal, para facilitar a identificação das vulnerabilidades a elas associadas. Quando se consegue reconhecê-las desde o início de sua manifestação, torna-se possível cuidá-las por meio de suporte adicional, capaz de evitar complicações futuras². Embora essa constatação seja amplamente reconhecida na prática profissional da medicina, psiquiatria e psicologia, os estudantes que ingressam nas faculdades de medicina não são tratados segundo esses postulados. São apresentados à medicina por um corpo morto. Professores da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia revelam que, geralmente, não é dada sequer uma modesta ajuda para superar o impacto dessa dramática experiência emocional aos que estão iniciando a formação³. O mesmo vale para a formação dos demais profissionais de saúde e aqueles que lhes dão suporte.

Estudos sistemáticos da saúde do estudante de medicina, residente, médico e demais profissionais do *setting* hospitalar mostram que os escores prevalentes de distúrbios mentais são comparáveis aos da população em geral, mas que as taxas de suicídio são mais altas em médicos e estudantes de medicina, assim como a taxa de abuso e dependência de drogas é alta entre os estudantes de medicina, médicos e enfermeiros^{4,5} – os quais, quando sofrem dor emocional, isolam-se exatamente no momento em que mais necessitam de um amigo ou psi-

coterapeuta. Tais conclusões mostram a importância da formação de comitês de bem-estar nas escolas médicas e hospitalares, para prevenir prejuízos^{6,7}, pois, como *na escola médica remediar é mais enfatizado do que prevenir, alguns estudantes e profissionais inutilmente sucumbem em profunda patologia emocional*⁴.

As dificuldades continuadas na educação e treinamento médico foram enfocadas em estudo⁸ que demonstra: oito de vinte características pessoais mudam de maneira altamente significativa à medida que os estudantes de medicina passam de calouros a doutorandos. Crescem as necessidades de divertimento, a impulsividade e agressão, enquanto decrescem necessidades de empreendimento, tolerância, organização e entendimento. Essas últimas alterações preocupam, já que a necessidade de entendimento está diretamente correlacionada com a capacidade clínica, o que leva à conclusão de que o decréscimo da curiosidade intelectual e da persistência não é produto desejável para nenhum processo educacional.

Estudo prospectivo de quatro anos, com estudantes de medicina, demonstrou que 12% da turma analisada evidenciava depressão considerável pelas medidas da escala Beck Depression Inventory (BDI) durante os primeiros três anos; a média do BDI aumentava do primeiro para o segundo ano; e 20% de todos os estudantes admitiam uma ideia suicida⁸. Um estudo longitudinal da depressão⁹ mostrou que as condições emocionais dos alunos que entram na escola médica não diferem daquelas da população em geral – inclusive no que tange aos escores de depressão maiores nas mulheres;

entretanto, durante o curso médico, o aumento e a persistência dos níveis de angústia são crônicos e contínuos, mais do que episódicos.

O uso de álcool e drogas por estudantes de medicina tem aumentado nos últimos anos do curso, especialmente o de tranqüilizantes (benzodiazepínicos). Ao contrário de outras drogas, o uso de tranqüilizantes passa a ocorrer após o início da faculdade e, mesmo que os estudantes não aprovelem seu uso, a facilidade de obtenção de receitas e do próprio medicamento, aliada aos estressores de final de curso (com exame de Residência a ser prestado em meio a plantões que comprometem o ritmo de sono), são fatores que explicariam o aumento do uso de drogas. Os resultados de estudo comparativo entre nove escolas médicas paulistas mostram a necessidade de se compreender melhor os diferentes fatores envolvidos na resposta e na adaptação ao estresse, inerentes ao curso de medicina, para poder ajudar na prevenção do uso de drogas e álcool pelos futuros médicos^{10,7}.

O contato – intenso e próximo – com a doença, com a dor – orgânica, mental e moral – e, especialmente, com a morte, traz muita ansiedade, podendo resultar em excessiva preocupação a respeito da saúde física e reforçar o medo da própria morte¹¹. Esses fatores acabam por determinar intolerância às incertezas clínicas, humor deprimido, diminuição da sensibilidade frente ao sofrimento dos pacientes e até condutas relacionadas com a fobia à morte¹². Esse comportamento fóbico se manifesta intensamente na área do pensamento e aquisição de conhecimentos e criatividade, resultando em inibição e dificuldades de apren-

dizado de novos conhecimentos e procedimentos, de informações recentes, atualização técnica, pesquisa e experimentos científicos que compõem o exercício da medicina¹³.

Experiências negativas no desenrolar do curso de medicina e da vida profissional da equipe médica podem ser evitadas se houver a possibilidade de reconhecer também suas potencialidades positivas, além das dificuldades e, com isso, chegar às contribuições que poderão ser aplicadas¹⁴. Sabe-se que a sublimação¹⁵ é a transformação dos impulsos instintivos, base do pensamento científico e das grandes criações culturais: a religião e a arte¹⁶. As produções culturais do homem resultam da capacidade do ego de encontrar formas simbólicas de pensar, o que permite a observação e reflexão sobre o mundo interno e o mundo externo, agente fundamental da criatividade científica¹⁷: *a fantasia do cientista toma o caminho do pensamento com estrita observância do teste da realidade, pois visa uma ação sobre a realidade com o propósito de transformá-la*, nos diz Victor Manuel Andrade¹⁸.

Diefenthaler considera que a fobia na conduta e no pensamento é uma das manifestações de ansiedade que podem não ser percebidas e apresentam forte tendência a ficarem escondidas e mascaradas até pelo próprio sujeito, para si mesmo¹⁹. A fobia no comportamento se expressa pelo temor ao contato. A inibição fóbica pode estar ligada a um funcionamento obsessivo, no qual é defensivamente procurado o isolamento afetivo. O pensamento deve ser afastado das conexões com o afeto. O temido é a intimidade, afetiva e corporal. O receio ao contato é, por vezes, encoberto por atitudes de nojo

das secreções e odores corporais, o que termina servindo para racionalizações ou desculpas concretas, como uma simples e até lógica repulsa. Borram-se os limites entre as precauções necessárias ao contato humano e a conduta de evitação fóbica, patológica. O temor exagerado ao contágio e de contrair infecções, aids, hepatite B ou C, por exemplo, são expressões dessa atitude evitativa. Com isso, toda e qualquer aproximação com o doente, a doença e a morte, incluindo também os professores e demais profissionais hospitalares, fica comprometida. Tal comportamento estende-se, às vezes, até o terreno das relações pessoais¹⁹.

Quando preocupações e demandas vindas do mundo interno são intensas, a capacidade de focar a atenção, desenvolver o aprendizado e a criatividade ficam comprometidas. Essas preocupações geram ansiedades que se expressam de diversas formas, como alterações no humor, com depressão, desânimo, desinteresse. Ou, particularizando, no caso dos estudantes de medicina, residentes, médicos e paramédicos, aparece uma reação contrária, uma atitude hipomaníaca de desprezo pela formação, professores, pacientes e pelo próprio desempenho profissional. Se intensas, essas flutuações ou até alterações do humor são reconhecidas – tanto pelo próprio aluno como por seus colegas e professores – e isso pode levar a uma busca de ajuda. As expressões mais sutis talvez não tenham a mesma sorte, passando despercebidas, com o risco de graves conseqüências. Podem comprometer o desenvolvimento profissional, escolhas e todo o futuro da carreira, além dos prejuízos ao amor próprio e do próprio crescimento da pessoa¹⁹.

Quando excessivas, as preocupações com o mundo externo também atingem o aprendizado e o desempenho médico. A competição profissional com outros colegas, a necessidade de se destacar, o tipo de especialidade, as avaliações, as incertezas com relação ao futuro. À medida que tudo isso se intensifica, não permite o movimento de restrição do foco da atenção do mundo externo para as reflexões do mundo interno. A atenção tende à vigilância às demandas externas e pouca tenacidade com relação às internas.

Todos nós apresentamos necessidades de avaliação e comparação interna com modelos ou figuras idealizadas, desde o nascimento à morte, com mudanças tanto qualitativas como quantitativas, durante diferentes períodos de nossas vidas. Essas necessidades, normalmente flutuantes, tornam-se mais intensas e urgentes durante fases de transição no desenvolvimento e sob particulares estressores¹⁹. Quando a insensibilidade de alguns professores ou daqueles que exercem funções de chefia se junta a essas expectativas normais, de formação, treinamento e desempenho, a vulnerabilidade dos estudantes e profissionais alcança um grau que pode engendrar adaptações patológicas: o uso de drogas, a depressão e até o suicídio^{4,5}, como anteriormente dito.

Na vida adulta, muitos padrões de escolha, ou pseudo-escolha, são mantidos sem serem questionados e sequer conscientizados. Dessa forma, decisões profissionais – especialidade a ser seguida, por exemplo – deixam de ser escolhas genuínas¹⁹. A comum comparação e competição com os professores, chefias, colegas,

bem como com os pais e irmãos, ao longo de toda a vida, podem tornar-se dramáticas.

O temor de ficar muito aquém ou, até, de ir muito além, pode desviar os passos naturais de uma carreira profissional, comprometer aspectos importantes da vida. Existe, nessas circunstâncias, a necessidade de o sujeito desprender-se desses “outros” que vivem dentro dele e aceder ao genuíno e autêntico “em si mesmo”, para que possa lograr a individualidade que entrinha a possibilidade de desenvolvimento e real satisfação consigo próprio – inerente condição para uma vida sentida e vivenciada como própria^{19,20}. Toda esta situação (mesmo que os seus sintomas sejam sutis) necessita ser investigada, diagnosticada e tratada de forma a permitir liberdade maior em decisões e projetos pessoais.

Formas de cuidar

O ser humano, em geral, tem uma atitude reflexa de afastamento de toda dor e sofrimento. Esse tipo de fenômeno muito ajudou nossos ancestrais a defender-se de perigos potenciais ou reais, a preservar suas vidas e integridade. Memória evoca fatos, mas nem sempre sentimentos. É o sofrimento dessas vivências que nos protege e permite dar continuidade às nossas vidas.

O médico, o estudante de medicina e outros profissionais da área de saúde fazem um movimento inverso: devem se aproximar em busca de detalhes da dor, do sofrimento e da morte. Portanto, “reprogramar” o reflexo que leva ao afastamento da dor e do sofrimento é tarefa complexa. Permite lidar com as ansiedades

naturais e comuns àqueles que compõem a prática médica e preservar o espaço de clareza e raciocínio, essenciais ao atendimento.

No intuito de ajudar o estudante nesse período de transformação, indo além do ensino, o currículo da Faculdade de Medicina da PUCRS foi reformulado, há três décadas, para integrar as disciplinas Psiquiatria e Medicina Interna.

Na Propedêutica Médica o aluno tem seu primeiro contato com o paciente. O trabalho conjunto consiste na análise de entrevistas, inicialmente simuladas, nas quais os colegas colocam-se também no papel do doente e discutem, entre si, as emoções vivenciadas, para depois entrevistarem os pacientes. Busca-se dar espaço para um treinamento aprofundado da compreensão do enfermo, da pessoa em sua totalidade, além do conjunto de sinais e sintomas característicos da enfermidade. Esse espaço permite que pensamentos sejam expressos, assim como vários sentimentos. Ansiedade, depressão, medo e vontade de fugir, compartilhados e discutidos em grupo com professores da Medicina Interna e da Psiquiatria, tornam o momento mais leve e proveitoso.

Na Medicina do Adulto e do Idoso os alunos, pela primeira vez, assumem a responsabilidade pelo atendimento de um paciente internado. Novamente, intensos sentimentos surgem frente a graves situações a que estão expostos. Semanalmente, um psiquiatra reúne-se com a equipe para a discussão de casos. São enfocados aspectos biológicos, emocionais e sociais dos pacientes, para melhor manejo das freqüentes vivências vinculadas a situações complexas e multidisciplinares.

Desta forma, os professores, em crescimento conjunto, percebem quais alunos estão mais bem preparados para conviver com as ansiedades naturais que integram o exercício da medicina. A percepção do que se passa consigo mesmo facilitará os estudantes a aceitar e lidar com os sentimentos que naturalmente surgem no permanente contato entre o médico e a pessoa que sofre. Aprenderão a reconhecer e entender suas dificuldades e buscar ajuda quando necessária. Alguns alunos, por características próprias, patológicas ou não, têm maiores dificuldades. Professores da Psiquiatria ficam à disposição da Direção da Faculdade para receber tais alunos e orientá-los.

Recentemente, a Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários instituiu o Centro de Atendimento Psicossocial (CAP), constituído por equipe multidisciplinar, da qual faz parte um psiquiatra. O novo serviço integra-se com os demais serviços e unidades que compõem a universidade. Tem por objetivo atender dificuldades de alunos e professores, tanto as encontradas no processo ensino-aprendizado como as de ordem pedagógica, cognitiva, emocional e social. O cuidado com o aluno em formação é amplo, com a participação da Psiquiatria, nas situações que surgem naturalmente ou naquelas especiais ou individuais, patológicas ou não, em um espaço que o acolhe e oferece confiança.

A dinâmica dos conflitos e o crescimento da instituição

Com relação aos profissionais que trabalham no Hospital São Lucas, os mesmos recebem acompanhamento desde o momento em que

entregam o currículo; da admissão até o desligamento. O setor responsável por esse cuidado é o Centro de Interação e Desenvolvimento da Assistência/Pesquisa/Ensino (Cidape), no qual o Serviço de Psicologia conta com duas psicólogas e três estagiários de Psicologia Organizacional.

Os profissionais que procuram ajuda, espontaneamente ou por recomendação de sua chefia direta, recebem atendimento individual devido a algum tipo de desconforto, dificuldade relacional com seu grupo de trabalho ou, ainda, por dificuldades afetivas pessoais.

Os motivos mais frequentes alegados nos atendimentos individuais são: cansaço evidente por estresse até sintomas psíquicos graves, com risco de suicídio. A entrevista, mais a observação direta ou indireta do comportamento do funcionário no trabalho, aspectos trazidos por sua chefia imediata, são os principais recursos utilizados para conhecer-se a dinâmica afetiva do paciente e estabelecer algumas hipóteses diagnósticas.

A avaliação com os profissionais que procuram a Psicologia do Trabalho caracteriza-se por uma entrevista exploratória que, segundo Dalgalarondo, é considerada fundamental no diagnóstico e tratamento em saúde mental²¹. Quando bem conduzida, deve produzir no paciente sensação de confiança e esperança no alívio do sofrimento.

Percebemos, nos diversos casos atendidos, que o olhar e a comunicação não-verbal são importantes e representam o centro vetor do quadro, que inclui toda a carga emocional de ver e ser

visto; do gesto, da postura, das vestimentas, do modo de sorrir e de expressar sofrimento: *a primeira impressão tem seu valor próprio e dificilmente poderá ser recapturada em ocasiões posteriores*²². Com frequência, essa impressão é correta, mesmo que *a posteriori* modifique-se, quando se agregam detalhes, idéias e informações fornecidas pelo paciente²².

O maior pedido de ajuda é o de “ser ouvido”. Os profissionais que cuidam dos outros funcionários procuram falar pouco e ouvir pacientemente. A escuta é um processo ativo. Com o cuidado de não aliviar e não reforçar tensão ou retraimento emocional. Busca-se avaliar a real motivação para o tratamento, o nível e a disposição de investimento que a pessoa quer ou consegue ter neste momento.

Geralmente, antes de procurar o Cidape um longo caminho foi percorrido. Raramente esses profissionais de saúde, cuidadores, demonstram reconhecer, de imediato, o primeiro sinal de desconforto psíquico. Os comportamentos individuais são acompanhados da negação dos sintomas, de forma geral.

Por lidarem com situações limítrofes, como a morte, há nos profissionais de saúde a tendência em manifestar excessiva ansiedade a respeito de sua saúde. Desenvolvem certa onipotência no cuidado com os outros, visando conviver com a dor e sofrimento, no dia-a-dia de trabalho.

Entendemos que ‘ser cuidado’ remete a um contato direto com a própria fragilidade, o que, em certa medida, não é permitido ser expresso no trabalho diário dos cuidadores. Esse confli-

to interior abrange sentimentos opostos, presentes no mundo interno dos profissionais: a onipotência (sentir-se capaz de curar) e a fragilidade (reconhecer suas fraquezas). Bem trabalhadas, mediante acompanhamento psicológico, podem se complementar e constituir a integralidade da experiência humana. Por um lado, os recursos para conviver com o sofrimento e ser um cuidador; por outro, reconhecer-se como pessoa capaz de ter empatia com seu paciente, estabelecendo um vínculo verdadeiro e autêntico. Alcançar o equilíbrio e a intensidade desses sentimentos torna-se um desafio aos cuidadores, que, não raro, adoecem emocionalmente.

Identificada a necessidade de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico, é feita a indicação, o contato com o profissional e posterior acompanhamento da evolução. Além dessas modalidades de atendimento, a partir da demanda das chefias, alguns grupos recebem acompanhamento no próprio ambiente de trabalho, na modalidade de grupos operativos, no contexto da proposta da Psicologia Institucional: buscar a saúde e o bem-estar dos profissionais, promovendo o estabelecimento de vínculos saudáveis e dignificantes. Na Psicologia Institucional o interesse está na instituição como totalidade, podendo ocupar-se de uma parte dela, como diz Bleger²³.

O trabalho de grupos, de alguma forma, estabelece contato com o modo de ser da instituição e suas especificidades, visando ao entendimento e adequação de qualquer intervenção, seja individual ou grupal, sob o mesmo. O mais dinâmico de uma instituição não é a ausência

de conflitos, mas a possibilidade de explicitá-los, manejá-los e resolvê-los dentro do limite institucional, isto é, pelo grau em que esses conflitos são reconhecidos e realmente assumidos por seus colaboradores no desenvolvimento de suas tarefas e funções. O conflito é elemento imprescindível ao desenvolvimento, inerente a qualquer manifestação humana. O patológico é não encontrar recursos para resolvê-lo ou dinamizá-lo. É esta busca de possibilidades individuais representadas nos grupos que nos permite clarear soluções para a melhoria dos conflitos e promover as mudanças necessárias para crescermos juntos com a instituição.

Vida e qualidade

Como salientado, melhorar a qualidade de vida de quem cuida implica em mudanças, internas e externas, nos cuidadores, como também nas instituições de saúde. Aqui destacam-se alguns aspectos rotineiros e simples – e por isso mesmo importantes e pouco observados. Faz-se necessário um olhar atento a comportamentos e idéias que se tornam aparentemente naturais e, por isso, pouco questionados.

Os pacientes percebem quando estão sendo tratados por profissionais cansados, mal alimentados, mal humorados. Observam quando estão com excesso de peso, não fazem exercícios. Esses fatores contribuem para a falta de confiança e menor adesão do paciente ao tratamento, e comprometem a capacidade empática do profissional.

Raramente são consideradas pequenas e simples providências, como não trabalhar um determi-

nado turno da semana, além do fim de semana. Fazer um passeio inesperado, ir ao cinema com um filho ou, simplesmente, ficar em casa não são considerados. Procurar um exercício que seja prazeroso, reunir amigos para conversar ou para alguma atividade lúdica, são coisas que acabam sempre por ser postergadas. Desenvolver alguma aptidão artística nunca priorizada. Ou ainda avaliar, honestamente, a necessidade de ganhar cada vez mais dinheiro, visando dar coisas em detrimento do “se dar”, sem perguntar à família quais são suas aspirações e dificuldades. Manter intimidade implica em conversa, troca de emoções, vivências comuns, perdidas pela falta de encontro. Leituras, não só técnicas ou científicas, reforçam a sensibilidade e o conhecimento sobre o ser humano, como também tornam as conversas mais ricas e interessantes, contribuindo para o melhor convívio com os próximos.

Muitas outras mudanças de vida podem ser realidade se acreditarmos que merecemos ser bem tratados, especialmente por nós mesmos. Será que alguém que não se cuida sabe cuidar de outro? Devemos desenvolver a competência para reconhecer os limites de nossa competência. O poeta Fernando Pessoa, em sua sabedoria singela, receita que tenhamos uma cadeira predileta frente a uma janela aberta. Deixemos de pensar no que gostamos e queremos, até lermos um pouco de poesia.

Comentários finais

É muito doloroso crescer e aprender. Mas esta dor, e as crises que esses processos trazem, permitem uma gratificação maior: a realização e o

prazer profissional mais genuíno, componente básico da satisfação do indivíduo. A qual, por sua vez, também permitirá a relativa paz interior que resulta da aceitação das frustrações, do reconhecimento dos limites e da transitoriedade inerentes à vida. O não poder aprender, o não poder crescer servem como defesa à dor do conhecimento e crescimento. Mas o não poder aprender e o não poder crescer também doem – a *dor do não poder aprender*²⁴. Essa dor é obra dos tentáculos da patologia subjacente, que se estende de forma sufocante e abrumadora, aumentando o sofrimento por ela imposto.

Como professores e coordenadores, médicos, psicólogos ou técnicos, temos a função primordial de resgatar a curiosidade e o interesse pelo conhecimento em nossos alunos ou colaboradores, para que possam ampliar seu universo mental, libertando-se das amarras que a patologia impõe com a evasão para as pseudoverdades de uma realidade hipotética. Desta forma permitindo que retomem o caminho da busca do conhecimento pelo qual a realidade frustradora

pode ser não só eludida, mas sim modificada; não só suportada, como elaborada.

Vale aqui ressaltar a importância de criar centros para a assistência aos estudantes de medicina, residentes, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e demais trabalhadores de saúde. Esses centros, com os objetivos de contribuir para a redução do estresse do treinamento e desempenho; promover o crescimento profissional e pessoal; prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais; oferecer atendimento psicológico e social e, entre outros, também desenvolver projetos de pesquisa que identifiquem as dificuldades emocionais que ocorrem durante o treinamento médico, são fundamentais ao cuidado de qualidade²⁵. Isso já acontece em muitas universidades brasileiras, certamente, o que representa grande e louvável iniciativa para o aprimoramento da saúde em nosso país, que só pode existir a partir do cuidado com o próprio médico e seus colaboradores e, antes ainda, dos estudantes da ampla área da medicina.

Resumen

El cuidado con las emociones

Este artículo tiene como objetivo la elaboración de consideraciones acerca de las complejas vivencias de los cuidadores - aquellos que tienen la responsabilidad sobre la vida de otros seres humanos que sufren - desde la observación de su cotidiano profesional y de su comportamiento con relación a las prácticas corporales. Se consideró como cuidadores los estudiantes de medicina, los residentes, los médicos, los enfermeros, los trabajadores sociales, los auxiliares de enfermería y los encargados de la limpieza, además de los funcionarios responsables por la administración del Hospital São Lucas de la Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Se presenta la reflexión sobre el hecho de que las personas que cuidan de otras personas, preparándose para lidiar con el sufrimiento ajeno, hacen a un lado su propio sufrimiento, manifestando dificultad en reconocer sus dolores, los que vienen de su mente y de su carne

propias, y que se reflejan en sus familiares. Profesionales involucrados con la salud tienen dificultades inherentes a cualquier individuo, personales y profesionales; pero además de estas, presentan particularidades propias, que se deben a las características especialmente desgastantes del entrenamiento, desarrollo y responsabilidades crecientes, que constituyen el compromiso acerca de lo que es realmente importante en el ser humano: la vida y la muerte.

Palabras-clave: Emociones. Omnipotencia. Corporalidad. Calidad de vida. Profesionales de salud.

Abstract

Caring about emotions

The present article aims at considering the complex experiences of those who are responsible for the life of other human beings who suffer - the caretakers - based on observing their everyday professional experiences and the corporeal behavior of medicine students, residents, physicians, nurses, social assistants, nursing assistants, hygiene personnel and administrative staff of the Hospital São Lucas of the Pontifícia Universidade Católica of Rio Grande do Sul. It refers to the fact that people who take care of other and have to prepare themselves to deal with their suffering tend to neglect their own suffering, having difficulty to acknowledge their own pains both in their bodies and minds a process that shows impacts on their families. Health care professionals have personal and professional challenges like any other one but they present some peculiarities that originate from exhausting training, growing development and responsibilities that encompass a compromise about what is really important for human beings: life and death.

Key words: Emotions. Omnipotence. Corporeity. Quality of life. Health professionals.

Referências

1. Ribeiro MFR, Forjaz MLF. Cuidando do cuidador. *Rev Bras Psicanál* 2006;40(3):100-11.
2. Stewart SM, Betson C, Lam TH, Marshall IB, Lee PW, Wong CM. Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Med Educ* 1997;31:163-68.
3. Coombs RH, Virshup BB. Enhancing the psychological health of medical students: the student well-being committee. *Med Educ* 1994;28:47-54.
4. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Ass Med Brasil* 1998;44:135-40.
5. Trevisoli Junior DO, Paulin LFRS. Fatores indutores do suicídio de estudantes de medicina: análise preliminar. *Bragança Paulista : Med.-USF*, 1999:77-87.
6. Coombs RH, Virshup BB. Enhancing the psychological health of medical students: the student well-being committee. *Med Educ* 1994;28:47-54.
7. Pasnau RO, Stoessel P. Mental health service for medical students. *Med Educ* 1994;28:33-9.
8. Ornstein PH, Kay J. Enduring difficulties in medical education and training: is there a "cure"? *Ann Psychoanal* 1997;25:155-72.
9. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barret SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med* 1997 Jun;6:542-6.
10. Kerr-Corrêa F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NMVFB. Alcohol and drug use by UNESP medical students. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(2):95-100.
11. Howes OD, Salkovskis PM. Health anxiety in medical students. *Lancet* 1998 May 2;351:1332.
12. Merril J, Lorimor R, Thornby J, Woods A. Caring for terminally ill persons: comparative analysis of attitudes (thanatophobia) of practicing physicians, student nurses, and medical students. *Psychol Rep* 1998 Aug;83:123-8.

13. Frank-Josephson C, Scott JU. Accommodating medical students with learning disabilities. *Acad Med* 1997 Dec;72 (12):1032-3.
14. Takakuwa KM. Coping with a learning disability in medical school. *JAMA* 1998 Jan;279(1):81.
15. Freud S. A interpretação dos sonhos. Rio de Janeiro: Imago, 1989. (Edição standart brasileira; vol. 5).
16. Freud S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Rio de Janeiro: Imago, 1989. (Edição standart brasileira; vol. 12).
17. Freud S. Escritores criativos e devaneio. Rio de Janeiro: Imago, 1989. (Edição standart brasileira; vol. 9).
18. Andrade VM. Criatividade, cultura e estrutura psíquica. *Rev Bras Psicanálise* 1997;31(3):584-5.
19. Diefenthaler EC. Dificuldades emocionais no aprendizado do estudante de medicina. *R Med PUCRS* 2000;10(1):62-9.
20. Diefenthaler EC. Desidentificação: a propósito de um caso clínico. *Rev Psicanálise Soc Psicanalítica* 1996;3(2):65-79.
21. Dalgalarrrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
22. Mayer-GrossW, Slater E, Roth M. *Psiquiatria clínica*. São Paulo: Mestre Jou, 1976.
23. Bleger J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
24. Leonhardt DR. (Re)sonhando a vida: psicopedagogia na idade adulta. *Anais da Décima Sétima Jornada Sul-Riograndense de Psiquiatria Dinâmica*, 1994, Gramado.
25. Martins LAN, Stella RCR, Nogueira HE. A pioneering experience in Brazil: the creatin of a center for assistance and research for medical residents (Napreme) at the Escola Paulista de Medicina, Federal University of São Paulo. *Medica Jour/RPM* 1997;115(6):1570-74.

Contatos

Edgar Chagas Diefenthaler - edgarcd@terra.com.br
Alfredo Cataldo Neto - cataldo@pucls.br