

## Estratégias dos profissionais de saúde para cuidar dos que cuidam

Gabriel J. Chitto Gauer  
Renato Soleiman Franco  
Hericka Zogbi  
Pedro Augusto Marini  
Edgar Chagas Diefenthaler  
Alfredo Cataldo Neto

**Resumo:** O artigo apresenta as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para cuidarem de si mesmos. Descreve o *burnout* e tentativas de proporcionar tipos de apoio como: psicoterapias, grupoterapia, exercícios laborais, técnicas de psicopedagogia crítico-reflexiva, bem como terapias de ensino aprendizagem, como os grupos de formação livre, grupos Balint e os grupos de reflexão. Traz ainda vinhetas clínicas que ilustram a importância de adotar essas técnicas.

**Palavras-chave:** Terapias em grupo. Identificação de sentimentos. Profissional de saúde. Cuidador. Doença. Estresse.



**Gabriel J. Chitto Gauer**

Psiquiatra, professor da pós-graduação em Psicologia e em Gerontologia Biomédica e coordenador do Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Bioética da PUCRS



**Renato Soleiman Franco**

Residente do programa de residência médica em Psiquiatria do Hospital São Lucas, da PUCRS

De acordo com artigo publicado este ano na *Revista da Associação Médica Brasileira*, a estafa profissional pode ser observada em todas as profissões, principalmente naquelas que envolvem altos níveis de estresse, tais como controladores de tráfego aéreo, bombeiros e, particularmente, profissionais da área de saúde<sup>1</sup>. Para os últimos, tal fato deve-se tanto às características inerentes à profissão – convívio intenso com pacientes, vigor das interações emocionais e falta de tempo livre para lazer e férias – quanto às mudanças pelas quais vêm passando nos últimos 20 anos, que incluem progressivo declínio da autonomia profissional, diminuição do *status* social da profissão e aumento das pressões sofridas.

Remen adverte que como o profissional de saúde está exposto à dor, doença e morte por todo o tempo, essas situações passam a integrar sua vida, deixando de ter caráter simplesmente simbólico para tornar-se realidades cotidianas<sup>2,3</sup>.

Pesquisa do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica (Napreme), ligado ao Departamento de Psiquiatria da



**Hericka Zogbi**

Psicóloga, doutoranda em Psicologia na PUCRS



**Pedro Augusto Marini**

Graduando em Psicologia pela PUCRS, auxiliar de pesquisa



**Edgar Chagas Diefenthaler**

Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da PUCRS



**Alfredo Cataldo Neto**

Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina e do programa de pós-graduação (mestrado) em Ciências Criminais da Faculdade de Direito da PUCRS

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), evidenciou que os diagnósticos mais freqüentes dos usuários que procuram o serviço são os transtornos depressivos e ansiosos. Um dado muito importante revelou que 22,3% dos usuários atendidos referiram ideação suicida. De acordo com a literatura, o primeiro ano de treinamento é mais estressante, sobretudo para as mulheres. A maior parte dos sintomas apresentados é do espectro depressivo-ansioso, que se reflete em transtornos de adaptação. No entanto, a gravidade pode ser avaliada tendo-se como critério o grande número de casos em que tendências suicidas foram referidas<sup>4</sup>. A pesquisa enfatiza a necessidade e a importância de se “*prover serviços formais, estruturados e confidenciais, de assistência à saúde mental para médicos residentes e pós-graduandos da área de saúde*”<sup>4</sup>.

Mesmo que o residente seja um profissional menos experiente, apenas iniciando a carreira médica, isso não o impede de ser exposto a regimes de trabalho muitas vezes insalubres, criticados há anos. Em 1984, por exemplo, uma jovem de 18 anos, atendida por residentes em Nova Iorque, faleceu. Seu pai requereu investigação sobre o caso, cujas conclusões apontaram falhas no sistema de residência médica, condenando a educação médica americana. As recomendações feitas na investigação foram citadas como providências necessárias para qualificar o atendimento: o assessoramento dos residentes por médicos experientes e a limitação das horas consecutivas de trabalho<sup>5</sup>. Fica claro que profissionais em formação necessitam de apoio, se possível por serviços formais, estruturados e confidenciais de assistência à saúde mental<sup>4</sup>.

A atitude e respostas de outros médicos em relação aos colegas na condição de pacientes são muito significativas nesses relatos de experiências de doenças. O caso de Rabin, um endocrinologista com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica, é emblemático. No início da doença, procurou escondê-la dos colegas, receoso de que sua carreira pudesse vir a ser destruída. Com o agravamento da enfermidade, muitos se distanciaram. Para obter diagnóstico definitivo, Rabin procurou

um importante especialista em esclerose lateral amiotrófica. Sobre o contato, expressou: *fiquei desiludido com a maneira impessoal de se comunicar com os pacientes. Não demonstrou, em momento nenhum, interesse por mim como pessoa que estava sofrendo. Não me fez nenhuma pergunta sobre meu trabalho. Não me aconselhou nada a respeito do que tinha que fazer ou do que considerava importante psicologicamente para facilitar o enfrentamento das minhas reações, a fim de me adaptar*<sup>6</sup>.

Além da sobrecarga emocional, os profissionais são muitas vezes obrigados a lidar com situações diretas de agressão. Várias pesquisas feitas com médicos que trabalham no atendimento de emergência atestam isso. Segundo uma delas, realizada nos serviços de emergência de 127 hospitais universitários norte-americanos, 41 estabelecimentos (32% do total) relataram uma ou mais ameaças verbais por dia, por parte dos pacientes à equipe de saúde. Além disso, 23 estabelecimentos, que correspondem a 18% da amostra, relataram no mínimo uma ameaça envolvendo o uso de algum tipo de arma a cada mês<sup>7</sup>.

Em estudo realizado no Reino Unido para investigar a prevalência de comportamentos agressivos de pacientes contra médicos, foram entrevistados 100 médicos recém-formados pertencentes aos serviços de emergências e acidentes. Foi constatado que 96 deles sofreram agressão verbal, 50 receberam ameaças, 32 relataram que pacientes tentaram agredi-los fisicamente e 18 foram vítimas de agressão física. Apenas 11 médicos da amostra haviam

recebido algum treinamento no manejo de pacientes agressivos, embora 88 deles acreditassem que isso teria sido útil<sup>8</sup>.

O comportamento violento de pacientes em um hospital geral pode acabar impedindo-os de receber tratamento médico adequado ou, mesmo, tornar-se obstáculo para que os profissionais possam salvar suas vidas, além de colocar a equipe médica e os demais pacientes em risco<sup>9</sup>. Com grande frequência, o comportamento violento nas emergências é fator determinante de internações psiquiátricas ou solicitação de auxílio do psiquiatra por colegas de outras especialidades. Pode-se supor que, assim como os médicos, outros profissionais de saúde, tais como enfermeiros e equipe de enfermagem, que trabalham juntos no mesmo local, sejam vítimas e sofram o mesmo tipo de violência.

Um tema constante na literatura é a saúde em geral e a vulnerabilidade psicológica dos estudantes e profissionais de saúde. No Brasil, por exemplo, os trabalhos de Nogueira Martins<sup>10</sup> investigam a morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica e as fontes de estresse dos médicos residentes. Clever, citada por Martins<sup>10</sup>, vai ao cerne da questão ao lembrar que muitos médicos não têm o seu próprio médico, o que atribui à *síndrome da invulnerabilidade médica*. Segundo a autora, tal síndrome se caracteriza pela *convicção de que os problemas pessoais e familiares, as complicações e as doenças que afetam outras pessoas, não podem afetar o médico*. Dinamicamente, essa síndrome pode ser encarada como tentativa de camuflar um frágil senso de identidade e

a fantasia onipotente – como forma de recuperar um sentimento de glória, perdido por algum abalo no próprio senso de identidade, podendo ser motivado por morte ou doença na infância do futuro médico<sup>10</sup>.

Podemos discutir os motivos da escolha das profissões na área de saúde. A decisão pode decorrer de mecanismos de defesa inconscientes, envolver mecanismos sublimatórios que, se analisados, podem revelar conflitos manifestados no cotidiano da profissão. Outros mecanismos menos evoluídos, como a negação, projeção, racionalização, devem ser mais bem trabalhados, visando esclarecer e conscientizar o estudante e o profissional.

Frente às dificuldades da profissão, alguns médicos desenvolvem adaptações que se tornam prejudiciais. De acordo com Nogueira Martins, essas adaptações são marcadas por algumas características comportamentais: construção de couraça impenetrável às emoções, evidenciando-se a frieza no contato com os pacientes e as pessoas de modo geral; afastamento da vida familiar em detrimento da profissional (plantões, agenda e visitas); isolamento social, no qual há o afastamento do mundo “não-médico”; negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão; incapacidade para lidar com frustrações, tristezas e vicissitudes das tarefas profissionais; descuido com a própria saúde. O autor também afirma que muitos profissionais podem parecer bondosos e solícitos, mas na realidade podem estar abrigando uma face competitiva e arrogante de quem não consegue se desvencilhar de sua onipotência, o que o impede de pedir ajuda<sup>5</sup>.

A escolha da profissão pode ser determinada por um frágil senso de identidade e, como vimos, pela necessidade de reparar situações passadas. Em sua fantasia, o futuro médico imagina que poderá mudar pessoas, curar doenças, evitar mortes, reconstruindo, assim, sua própria história, agora com um poder que não tinha na infância. Essa necessidade de nutrir o amor próprio por intermédio de um sentimento de onipotência e busca da admiração dos outros é chamada de narcisismo. A fragilidade que muitas vezes se oculta por trás dos estereótipos sociais do médico (somada ao intenso grau de estresse profissional ao qual está sujeito) revela-se na alta prevalência de problemas conjugais, depressão, abuso de álcool e drogas e suicídio entre estudantes de medicina e médicos formados. Uma vez vencidos todos os obstáculos para chegar a um curso de medicina, o estudante vê-se diante de enormes exigências e novos desafios – os quais se multiplicam na vida profissional.

Atualmente, também a remuneração do profissional da área de saúde, bem como sua aposentadoria, têm-se tornado fator de preocupação. Escassez de planos de carreira, remunerações cada vez menores e planos previdenciários insatisfatórios trazem ao profissional um futuro instável e preocupante. Finalizada esta primeira parte, que trata de alguns aspectos teóricos relacionados ao tema, passamos a expor algumas situações práticas hipotéticas.

### Vinhetas clínicas

Uma das principais dificuldades dos profissionais de saúde e, em especial, dos médicos, é o

processo de morte – tema que os mobiliza quando têm de conversar sobre o assunto com o paciente ou seus familiares. Mesmo profissionais da área de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, ao serem chamados para atender pacientes terminais ficam mobilizados frente a essa realidade da vida que todos querem negar. Com frequência, surge no primeiro momento a sensação de impotência, de não ter o que fazer. Contudo, essa sensação será dissipada posteriormente, quando o profissional percebe a importância de algo tão simples como “estar junto”, compreendendo os aspectos da aceitação e a forma individual do paciente lidar com a doença, conforme descrito na vinheta 1.

**Vinheta 1:** Senhora idosa, com câncer. Um enfermeiro, amigo da filha, se surpreende ao visitá-la. Esperava encontrar alguém sofrendo, triste e emagrecida. Encontra uma senhora vaidosa, lendo uma revista e que demonstra uma capacidade psicológica para aceitar sua finitude, sabedora de sua situação de saúde. Dessa forma, tranqüiliza, inclusive, a equipe que a cuidava.

Os pacientes perguntam bem menos do que os profissionais de saúde imaginam e, comumente, não querem respostas, mas sim serem ouvidos, no intuito de poderem descarregar e pensar. O profissional, muitas vezes, mostra-se ansioso em informar, projetando na relação terapeuta-paciente suas próprias dificuldades, preocupando-se muito mais em falar do que ouvir.

**Vinheta 2:** Paciente atendida por equipe multidisciplinar para neoplasia não queria saber de seu diagnóstico. Dizia que se viesse a saber que

estava muito doente ficaria louca e morreria. Um membro de uma equipe auxiliar, menos avisado, ao examinar a paciente lhe disse o diagnóstico: um câncer maligno. Posteriormente, a paciente apresentou-se psicótica, passou a negar os alimentos e faleceu pouco tempo depois do ocorrido.

Faz-se necessário um trabalho conjunto de equipe em que se possa discutir a abordagem utilizada. Equipes desintegradas acabam confundindo o paciente e prejudicando o atendimento.

**Vinheta 3:** Paciente masculino, 40 anos, casado, anestesista, dependente de longa data de droga opiácea, benzodiazepínicos e anfetaminas. Está hospitalizado em regime fechado há um mês, para submeter-se a tratamento de desintoxicação e abstinência às drogas, das quais era profundamente dependente. O paciente vem manifestando vontade de ter alta, a despeito da indicação da equipe médica de que permaneça hospitalizado por tempo indeterminado. Há tempos vinha exercendo sua profissão sob efeito de várias drogas, pondo em risco, além da própria vida, também a dos pacientes aos quais prestava atendimento – a isso, acresça-se o fato de que seu trabalho facilita o acesso às drogas, das quais é dependente.

Além de problemas individuais, a sobrecarga ocupacional dos profissionais de saúde – como médicos e pessoal de enfermagem, que muitas vezes mantêm-se acordados por várias horas – faz com que procurem nas drogas um alívio emocional e uma forma de permanecerem mais tempo acordados. O fácil acesso faz com que o

uso abusivo se perpetue e fique cada vez mais freqüente – esse tipo de problema acomete com maior freqüência os profissionais que trabalham em unidades de tratamento intensivo e os anestesistas, conforme evidencia a vinheta 3.

### ***Burnout* em profissionais de saúde**

O termo *burnout*, de origem inglesa, designa algo que deixou de funcionar por exaustão de energia. Foi publicamente utilizado pela primeira vez por Maslach, no Congresso Anual da Associação Americana de Psicologia, em 1997. De forma mais abrangente, pode-se dizer que descreve uma síndrome com características associadas aos fatores exaustão e esgotamento, as quais representam, por sua vez, resposta aos estressores laborais crônicos, que acometem pessoas que trabalham com seres humanos.

Conforme Maslach e Jackson, Giglio e colaboradores informam que essa mesma síndrome manifesta-se a partir de sintomas específicos, tais como despersonalização, sentimentos de negatividade relativos à realização profissional e esgotamento emocional<sup>1</sup>. De acordo com Kohan e Masmanian, postula-se a noção de que o *burnout* é um estado de extremo esgotamento de recursos, resultante de exposição crônica ao estresse laboral. Sua ocorrência vincula-se a processos de exaustão emocional, despersonalização, sentimentos de reduzida realização profissional, diminuição das funções individuais, mal-estar físico, depressão, ansiedade, dificuldade nas relações interpessoais, aumento no uso de drogas, déficit na performance do trabalho, aumento do absenteísmo

e da rotação de funcionários, bem como a intenção de desistir ou a diminuição do comprometimento organizacional. A probabilidade de *burnout* aumenta quando há um estresse significativo e prolongado, incluindo os recursos inadequados para enfrentá-lo e a sobrecarga de trabalho, como ocorre com os profissionais de saúde brasileiros.

Estudo realizado com estudantes da área de saúde aponta para um complexo quadro de fatores que podem vir a constituir indicadores da síndrome de *Burnout*, ainda no processo de formação profissional<sup>11</sup>. Evidentemente, faz-se preciso considerar que muitos dos fatores associados às três dimensões referem-se a contingências da vida estudantil. No entanto, é possível pensar que alguns desses estressores já se relacionam à prática do aluno como profissional de saúde. Nesse ponto convergem os estudos sobre *burnout*, tanto com trabalhadores na área da saúde quanto com estudantes<sup>12</sup>. Acometidos por doenças físicas e psíquicas, os profissionais de saúde, além de sofrerem, podem fazer com que aqueles que dependem de seus cuidados não recebam a devida atenção, cometendo erros, muitas vezes não percebidos pela equipe ou paciente<sup>13</sup>.

Na literatura, há dados que apontam que de 8% a 10% da população médica constituem grupo de risco em relação à maior vulnerabilidade emocional. Esses distúrbios devem ser avaliados e tratados para que não se tenha uma adaptação patológica. A vulnerabilidade pode estar presente tanto em residentes e alunos de graduação como em médicos mais experientes. Entre as morbidades associadas, está o suicídio,

fenômeno cuja taxa entre médicos é três a quatro vezes maior do que na população geral – ressalte-se que a psiquiatria, oftalmologia e anestesiologia são as especialidades que apresentam as maiores taxas de incidência de suicídio nos Estados Unidos da América (EUA).

Outra morbidade com aumento de prevalência entre os médicos é o alcoolismo e uso de drogas. O uso abusivo de drogas chega a ser até 60% mais freqüente do que em não-médicos. Dados da década de 60 – na Inglaterra, Alemanha, Holanda, França e EUA – indicavam que, de todos os dependentes químicos, 30% eram profissionais de saúde, metade dos quais médicos<sup>14</sup>.

Estudo desenvolvido em hospital pediátrico revela que, cuidando de quem cuida, poderemos obter melhoria nos processos terapêuticos, pois uma clientela submetida a uma equipe que possa usar de forma mais espontânea e criativa seus conhecimentos específicos tende a apresentar atitude mais colaborativa e participante em seu próprio tratamento, com aumento da capacidade de autocuidados e crescimento em qualidade de vida<sup>15</sup>.

### Cuidando de cuidadores

Em um município da Paraíba, os cuidados aos cuidadores foram propostos a partir de oficina, visando orientar os profissionais das equipes de saúde e família (ESF) por meio de uma psicopedagogia crítico-reflexiva<sup>16</sup>. Para eles, as oficinas de sensibilização foram estratégias relevantes para viabilizar tanto a implementação de novo modelo de atenção à saúde mental – que

vem se desenhando por intermédio da atenção básica – como para promover o crescimento das ESF no que diz respeito à atuação, enquanto equipe, na aproximação com a comunidade e fortalecimento dos vínculos afetivos, sociais e culturais. Essas equipes necessitam preparar-se para enfrentar novos desafios, desenvolvendo o potencial criativo, exercitando não só o conhecimento técnico para abordar problemas de saúde/doença, mas, sobretudo, para valorizar sua prática coletiva, destacando a interface de cada um como sujeito e ator social.

O trabalho com as equipes a partir da psicopedagogia crítico-reflexiva possibilita a seus integrantes aprender a construir vínculos solidários mais fortes, quer no trabalho quer na própria família. Apoiando-se nas redes solidárias, cada profissional tem maior oportunidade de perceber-se como coadjuvante na construção de um processo político social mais amplo e enriquecedor, no qual a saúde, o seu campo de atuação, articula-se organicamente com outros campos: cultura, educação, economia, trabalho, lazer e religiosidade<sup>16</sup>.

Essa experiência demonstra que no relacionamento dos profissionais de saúde estão envolvidos aspectos psíquicos importantes e que o bem-estar da categoria envolve sua reação à doença, aos cuidados que deve exercer e a ajuda prestada em seu benefício. Tanto o serviço onde trabalha como o próprio assistente devem estar atentos para os sinais de sobrecarga e prontos para agir. Cuidar de quem cuida envolve questões éticas, profissionais e de relação de emprego que devem coexistir e, juntas, ajudar no desempenho das funções.

Para que haja uma conduta adequada nas relações e a liberdade seja exercida de maneira devida, precisamos ocupar-nos e cuidarmos de nós. Não numa perspectiva de egoísmo ou interesse individual, mas como aperfeiçoamento pessoal, superação dos apetites, desejos e paixões que possam dominar-nos. Ou seja, cuidar de si significa, antes de tudo, não ser escravo dos outros, dos que nos governam, bem como de nós próprios e de nossas próprias paixões<sup>17</sup>.

Um primeiro programa a ser adotado deve visar a prevenção, explicitando sobre a vulnerabilidade da saúde de quem cuida e sua influência na vida do cuidador e do cuidado. Faz-se necessária a conscientização das virtudes e fraquezas de cada um, que durante os cuidados são postas à prova a cada momento, a cada ato de cuidar. Dessa maneira, se almeja maior capacitação – não só técnica, mas psíquica – para exercer os cuidados. Os setores de ajuda aos profissionais precisam ter fácil acesso e ser os mais livres possíveis de atribuições hierárquicas. Para tanto, talvez devam ser conduzidos por equipe que não pertença ao serviço ou àquele grupo.

De equipes multiprofissionais de apoio a discussões de casos e diluição de responsabilidades auxiliam o processo de ajuda a quem cuida. A simples discussão de casos (de maneira eticamente correta) é benéfica ao profissional, pois o possibilita ver que sua dificuldade é experimentada por outros, além de ser oportunidade para externar seus sentimentos e ser ajudado na resolução de problemas. Grupos de discussões clínicas orientam o profissional, dão mais segurança em seus procedimentos e proporcionam

ao paciente tratamento mais apurado.

O uso de psicoterapias, terapia ocupacional, grupo-terapia e/ou exercícios laborais, além de integrarem a equipe, auxiliam na identificação e resolução das dificuldades. Ensinar o profissional a reconhecer sinais que alertem para sua sobrecarga e indicar os que possam ajudá-lo é de grande valia.

Dentro das modalidades terapêuticas de grupo estão os grupos de ensino-aprendizagem, que têm como principal ideologia “aprender a aprender”, agindo de forma mais formativa do que simplesmente informativa. Nesse contexto, são conhecidos os grupos de treino, os grupos “F” (formação livre), os grupos Balint e os grupos de reflexão.

Em sua experiência, Zimmerman coloca os grupos de reflexão como passíveis de serem modificadores de conduta e atitude e indica sua aplicação a estudantes de medicina, médicos residentes de diversas especialidades, equipes multidisciplinares e, também, como parte de variadas formas de educação continuada.

Os grupos trabalham com quatro funções básicas do ego: percepção, pensamento, conhecimento e comunicação<sup>18</sup>. Ao invés de dar respostas diretas, o papel do coordenador, nesses grupos, é promover a reflexão, fazer com que seus integrantes repensem as experiências emocionais da prática cotidiana.

Alguns fatores dinâmicos presentes no processo reflexivo são a recomposição do grupo familiar, propiciando que os participantes

entendam e respeitem as próprias dificuldades, bem como as dos outros; as novas identificações e compartilhamento de novo código de valores; a percepção das cargas projetivas, reconhecendo-se, diferenciando-se e colocando-se no lugar dos outros; a verificação de problemas constantes de comunicação e o auxílio no desenvolvimento da identidade médica de alguns outros atributos da profissão<sup>18</sup>.

Psicanalista nascido em 1886, na Hungria, Michael Balint desenvolveu uma técnica de grupo orientada para a relação médico-paciente. Para ele, a formação psicológica do médico propicia a oportunidade de desenvolver atitudes mais sensíveis aos aspectos inconscientes dos pacientes. A partir dos grupos, pode surgir para o médico a compreensão de si mesmo como objeto de relação, que pode suportar ou não as demandas dos pacientes<sup>19</sup>.

As dificuldades dos integrantes são analisadas em grupo e a identificação de aspectos semelhantes faz com que os motivos de determinados comportamentos ou emoções sejam discutidos e refletidos coletivamente, causando efetivas mudanças nos participantes, bem como alívio do sofrimento e sobrecarga.

Como largamente comprovado, o apoio aos cuidadores é essencial para seu desenvolvimento saudável, bem como para a melhoria do tratamento e dos cuidados dispensados ao paciente. Esta é uma área onde os profissionais de saúde mental têm, cada vez mais, papel fundamental. No presente trabalho foram esboçadas apenas algumas das possibilidades de apoio aos cuidadores. Considera-se, no entanto, que este é um tema muito importante, que merece aprofundamento.

---

## Resumen

### **Estrategias de los profesionales de salud para cuidar de los que cuidan**

El artículo presenta las dificultades encontradas por los profesionales de salud en el cuidado de sí mismos. Describe el burnout y los intentos de proporcionar este tipo de apoyo: psicoterapias, terapias de grupo, ejercicios laborales, técnicas de psicopedagogía crítico-reflexiva, bien como terapias de enseñanza-aprendizaje, como son los grupos de formación libre; los grupos Balint y los grupos de reflexión. Trae aún las viñetas clínicas que ilustran la importancia de la adopción de dichas técnicas.

**Palabras-clave:** Terapias de grupo. Identificación de sentimientos. Profesional de salud. Cuidador. Enfermedad. Estrés.

---

## Abstract

### **Strategies of health professionals to caring of caretakers**

This article presents the challenges faced by health professionals to caring themselves. It describes the burnout and the efforts to giving this kind of support: psychotherapies, group therapies labor exercises, critical-reflective psycho pedagogy as well as groups freely composed; Balint groups; and reflection groups. It also presents clinical vignettes that show the importance of adopting these techniques.

**Key words:** Group therapies. Identification of feelings. Health professional. Caretaker. Illness. Stress.

## Referências

---

1. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM de, Monteiro TA, et alli. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(2):108-12.
2. Damas KCA, Munari DB, Siqueira KM. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem [publicação eletrônica]* 2004 maio/ago;6(2). Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/>.
3. Remen RN. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus, 1993.
4. Fagnani Neto RF, Obara CS, Macedo PCM, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *Sao Paulo Med J* 2004;122(4):152-7.
5. Martins LAN. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
6. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública* 1999;15(3):647-54.
7. Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF, Berg RL. Emergency department violence in US teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1988;17:1227-33.
8. Wyatt JP, Watt M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *J Accid Emerg Med* 1995;12:40-2.
9. Fink D, Shoyer B, Dubin WR. A study of assaults against psychiatric residents. *Acad Psychiatry* 1991;15:94-9.
10. Martins LAN. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Boletim de Psiquiatria* 1990 Jan 1989/Dez 1990:22-3.
11. Carlotto MS, Nakamura AP, Câmara SG. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico* 2006;37(1):57-62.
12. Benevides-Pereira AMT. O estado da arte do burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy [publicação eletrônica]* 2003 [Acesso em ago 2007];1(1): 4-11. Disponível em: URL: <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Sumario.pdf>.
13. Agosto FM, Peixoto R, Bordin R. Riscos da prática médica. Porto Alegre: Dacasa, 1998.
14. Abranches CD. Cuidando de quem cuida: estudo das situações vivenciadas pelos profissionais de saúde, no lidar com doença crônica e iminência de morte, em um hospital pediátrico terciário/Caring whose care [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1998.
15. Ferreira Filha MO, Vigarani A, Lopes AMC, Dias MD, Rufino E, Lazarte R, Cavalcanti ATM. Cuidando da saúde mental das equipes de saúde da família do município de Cabedelo/PB: relato de experiência. *Consciência [publicação eletrônica]* 2003 [Acesso em 7 ago 2007]. Disponível em: URL: <http://www.consciencia.net/2003/10/19/cabedelo-pb.html>
16. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004;12(6):933-9.
17. Zimerman D. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 9-19.
18. Mello Filho J, organizador. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 152.

## Contato

---

Gabriel j. Chitto - [ggauer@terra.com.br](mailto:ggauer@terra.com.br)