

Desafios para a psicologia no cuidado com o cuidador

*Maria Estelita Gil
Letícia Domingues Bertuzzi*

Resumo: Este artigo aponta a necessidade de prover cuidado psicológico aos enfermos/pacientes em estado terminal, bem como a seus cuidadores familiares e às equipes que lhes assistem. Elenca conjuntos de medidas que podem minorar o sofrimento dos envolvidos nessa situação extrema, descrevendo casos clínicos para exemplificar esses procedimentos.

Palavras-chave: Cuidado. Cuidadores familiares. Dinâmica intrapsíquica. Sentimentos.



Maria Estelita Gil
Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), professora da Faculdade de Psicologia da PUCRS e coordenadora do Serviço de Psicologia Clínica do Hospital São Lucas/PUCRS

Bioética 2006 14 (1): 49-59

A dinâmica intrapsíquica do adoecer

A internação hospitalar acarreta, freqüentemente, mudanças na dinâmica familiar, pressupondo flexibilidade na reestruturação das atividades diárias. Sentimentos de impotência, culpa e raiva podem suscitar tensões e desavenças entre os membros que assistem ao enfermo. A internação pode ser aguardada ou não pelos familiares e amigos. Normalmente, esses momentos de espera e indefinição tornam-se carregados de ansiedades e medos, pois a doença traz em si um aspecto significativo na dinâmica psíquica: a dissolução da fantasia de imortalidade e o desmoronamento da onipotência do homem com relação ao controle de seu estado de saúde.

Conforme Kübler-Ross¹, quando alguém, rancoroso, deseja a morte de uma pessoa próxima, provavelmente ficará bastante traumatizado se isso acontecer, sentindo-se culpado mesmo que não exista nenhuma ligação entre seu desejo de destruição e os fatos. Poderá sentir-se responsável (em parte ou inteiramente) pela doença ou morte. Em geral, ao amadurecer, as pessoas se dão conta de que não são “onipotentes”, que seus desejos, em si mesmos, não têm força para tornar algo concreto, especialmente quando tal fenômeno é temporalmente improvável. Contudo, a crença subjacente nesse poder absoluto permanece latente, sendo ativada em situações variadas.



Letícia Domingues Bertuzzi

Formanda em Psicologia pela PUCRS e estagiária de Psicologia Clínica do Hospital São Lucas

Culpa, ansiedade e vergonha são sentimentos que se aproximam da raiva. Todos são socialmente conotados de maneira negativa, estando associados à ausência de qualidades morais do indivíduo. Por isso, existe tendência a ocultar tais emoções em relação a alguém, especialmente aos enfermos. Entretanto, essas emoções se revelam por outros modos¹. Frente a isso, ocorrem as mais diversas reações, dependendo da estrutura de personalidade de cada indivíduo. Quando um familiar necessita internação hospitalar, seus cuidadores, caso existam, passam a viver com a mesma intensidade o sofrimento daquele que padece. Muitos aspectos derivados da prática de observância diária da realidade desses cuidadores, imersos no ambiente hospitalar, permitem perceber o modo como lidam com as incertezas da doença, o prognóstico e como reagem ante a possibilidade da morte².

Entendendo as reações do cuidador

Muitos cuidadores abdicam de suas próprias necessidades e tarefas para acompanhar o enfermo, caso precise de auxílio ou atenção. Nessas circunstâncias observa-se no enfermo a perda gradual da identidade, da autonomia de “ir e vir”, da iniciativa para realizar ações básicas do cotidiano como, por exemplo, tomar banho, escovar os dentes, entre outras, relacionadas ao trato e à higiene pessoal. Acompanhar essa espécie de confinamento provoca estresse entre os familiares, favorecendo a eclosão do sofrimento psíquico, que tende a macerar a vitalidade dos que se dispõem a cuidar. Assim, acompanhar e cuidar de familiares enfermos internados em instituições hospitalares pode causar efeitos iatrogênicos se também não houver o acompanhamento desses cuidadores leigos por um profissional de saúde: *o cuidador também precisa ser cuidado. Precisa de alguém que lhe dê suporte, que lhe ofereça proteção e apoio, facilitando seu desempenho, compartilhando, de algum modo, sua tarefa*³.

O cuidador se depara (e identifica) com as angústias e conflitos de quem é por ele cuidado. Em decorrência, sente-se,

freqüentemente e com demasiado rigor, impelido a dispensar-lhe a máxima atenção possível, mesmo quando reconhece não possuir os recursos necessários e adequados para fazê-lo³. Por conseguinte, isso tende a acrescentar mais angústia às já existentes. Ao se avaliar a situação dos cuidadores, percebe-se sua vulnerabilidade frente ao cuidado durante a hospitalização do enfermo. Esses rompem os laços familiares, culpam-se por atitudes ou pensamentos retrógrados e se exigem sempre mais. Em virtude disso, profissionais da área de saúde, mais precisamente os da psicologia, necessitam analisar os efeitos deletérios dessas ações, apontando novos contornos para tais práticas e sugerindo novos afazeres que possibilitem ao cuidador perceber que a qualidade do cuidado dispensado importa mais ao enfermo que a quantidade.

O que leva os indivíduos a serem cuidadores?

O cuidador pode exercer seu papel como um ato de amor: dos pais para com os filhos, dos filhos para com os pais, das esposas para com os maridos e vice-versa, não desconsiderando relações de parentesco longínquo ou as de amizade. Muitos indivíduos, em função de características idiossincráticas de personalidade, têm a necessidade de cuidar como se fosse um imperativo, já que carecem desse ato para sentirem-se “importantes e úteis”. Outros, em contrapartida, precisam do cuidado para que a cada instante a própria existência seja confirmada, ganhando relevo, significado e finalidade à medida que recebe o olhar do outro. Há também os que realizam o cuidado por afeto, amor, carinho, culpa e, na pior das hipóteses, por não ter escolha.

Winnicott mostra que certas tendências no crescimento da personalidade caracterizam-se pelo fato de nunca chegarem a se completar e de serem verificáveis desde o início da vida⁴. A manifestação de tais tendências no crescimento da personalidade evidencia a demanda de apoio do indivíduo ao ambiente, em qualquer idade de sua vida: o desejo de que alguém o auxilie a sobreviver, a se desenvolver psicologicamente em um ambiente favorável⁵. Essas características são determinantes da qualidade, ou não, do cuidado. Na prática diária das equipes de saúde se pode perceber a extrema importância de identificar esses aspectos nas ações do cuidador, para que melhor se possa auxiliá-lo e orientá-lo.

A perda da crítica consciente no cuidador pode gerar reações ambíguas, que oscilam da doação extremada à raiva dissimulada. É importante ressaltar que isso nem sempre chega à consciência, devido aos sentimentos de culpa que levam o cuidador a tecer inúmeras racionalizações, como: *se eu não fizer, quem vai fazer? Só eu sei cuidar. Não posso me afastar, pois pode acontecer alguma coisa...* Esses enunciados são tão presentes e pontuais que o indivíduo fica refratário à ajuda, esterilizando a possibilidade de “escuta” que pode vir a aliviá-lo dos encargos a que se impõe. É possível observar o movimento que vai da gratidão à resignação em relação ao enfermo, evidenciando um ciclo que oscila entre o cansaço físico e o emocional; a perda de liberdade na administração dos próprios horários; a excessiva responsabilidade; os sentimentos de solidão, impotência e tristeza. Em decorrência de estar exposto a esse conjunto de circunstâncias, o cuidador se sentirá internamente como em cárcere privado. Tal

sentimento pode desencadear irritabilidade, agressividade, tensão, isolamento, ansiedade, a sensação de estar “sem saída”, que, dependendo da intensidade, podem levar ao desenvolvimento de doenças psicossomáticas.

O que leva o cuidador a cuidar

Por que cuidamos uns dos outros? Quando uma doença é diagnosticada, familiares descrevem culpa frente à situação: *por que não pedi que fosse antes ao médico?* Entretanto, esse sentimento em relação ao acamado tem origem prévia à doença, pois, como anteriormente citamos, quem, em algum momento de raiva, não desejou, ainda que inconscientemente, que o outro se desse mal de algum modo? A doença tende a ser interpretada, em certa medida, como reflexo desse desejo reprimido.

Segundo Kübler-Ross, quando alguém, em uma família, é acometido de uma enfermidade os demais membros submetem-se a variados estágios de adaptação. Esses períodos, semelhantes aos enfrentados pelos próprios pacientes, caracterizam-se por sentimentos de raiva, barganha, depressão, aceitação¹. Quando o enfermo vive o a fase da raiva, os cuidadores informais e parentes próximos enfrentam, também, a mesma reação emocional. Geralmente, sentem-se frustrados por não conseguir dar assistência ao doente e não ter o poder de curá-lo.

A impotência frente a essa situação, por outro lado, pode gerar sentimentos contratransferenciais de repulsa nos cuidadores, manifesto pelo desejo ou efetivação do abandono do enfermo.

Logo, torna-se essencial proporcionar “escuta” a essas pessoas, pois essa intervenção lhes permite entrar em contato com o conteúdo verbalizado e, dessa maneira, preparar-se melhor para lidar com um fato não desejado e a frustração e sofrimento dele decorrentes. Ademais, se não lhes forem concedidos tais momentos de reflexão, de contato íntimo com os seus pensamentos e receios, podem vir a desenvolver patologias, uma vez que renunciam à própria vida, fundindo-a a do paciente. Essa alienação tende a advir do cansaço físico e emocional, bem como do aprisionamento e excessiva carga de responsabilidades demandadas pelo paciente. O cuidado realizado com equilíbrio emocional em relação à pessoa a quem amamos, mesmo que envolva os desajustes a ele inerentes, traz um sentimento maior: a sensação do dever cumprido.

Estratégias da psicologia: atividades que visam “cuidar” dos cuidadores

Conforme o desejo do cuidador, é importante que a psicologia o apóie, utilizando a escuta dinâmica e a empatia para prestar-lhe um “bom cuidado”. Em consonância com o conceito proposto por Winnicott, Campos afirma: *no holding a mãe cuida de seu filho e tão somente com seu carinho e dedicação alivia suas tensões e mal-estares corporais. Através de sua empatia, coloca-se no lugar do mesmo e procura ‘adivinhar suas necessidades’²⁶*. Destarte, a equipe deve, dialeticamente, tomar consciência do fato de ser cuidadora, de representar essa mãe que compreende “seu filho” e que, além de entender suas necessidades, muitas vezes se antecipa aos seus desejos.

De acordo com Celeri⁷, quando as condições ambientais são adequadas o ego fraco do bebê, apoiado pelo ego materno, se fortalece. Assim, respaldados pela teoria de Winnicott, que alude a nossa eterna relação de interdependência com o meio, o bom *holding* efetuado pela equipe de psicologia pode encorajar o ego enfraquecido dos cuidadores, das seguintes maneiras: a) proporcionando ao grupo o resgate da capacidade de integração de experiências e desenvolvimento egóico; b) favorecendo um reencontro com o *self* e com suas necessidades; c) podendo aprender a se distanciar do enfermo de maneira saudável.

Equipes de saúde

Quando um paciente falece, a equipe de profissionais de saúde deve amparar-se mutuamente, dando apoio aos colegas que se incumbiram de cuidá-lo ou tratá-lo. Falar, chorar, enfim, dar vazão a toda sorte de emoções e sentimentos, num espaço receptivo às manifestações subseqüentes à perda, permite, em certo grau, que a elaboração coletiva do luto se efetive, fortalecendo a coesão grupal e possibilitando que as atividades sejam retomadas com mais vigor. Perder um paciente do qual nos ocupamos durante muito tempo equivale à morte de um “ente querido”. Portanto, a equipe, protegendo os que estiveram em contato com a pessoa que veio a falecer, deve delegar aos colegas em questão os pacientes mais saudáveis na unidade, para que se recomponham.

Além disso, é imprescindível que a contratransferência seja alvo de discussão, quer positiva ou negativa. A positiva, no caso, poderia

apontar para uma identificação por parte do cuidador em relação a aspectos inconscientes do psiquismo do enfermo, fazendo com que o primeiro assumisse uma postura caracterizada por excessiva atenção que, sob análise acurada, significaria justamente o oposto, ou seja, uma negligência disfarçada de bondade. Nesse sentido, a contratransferência seria equiparada a um ponto-cego, que imobilizaria e manipularia o profissional da equipe, pela transferência do paciente, induzindo-o, só para citar um exemplo hipotético, a não realizar determinados procedimentos ou a restringir o uso de medicamentos que pudessem causar reações adversas.

Na contratransferência negativa é necessário estar atento à interface paciente *versus* equipe, pois aquele que está doente, em razão do medo ou pelos possíveis traços patológicos que compõem a estrutura de sua personalidade, pode rechaçar os que se dispõem a cuidá-lo. Todavia, a leitura dos aspectos psicológicos do paciente, bem como os da equipe, auxiliará no mapeamento e detecção de sinais que retratam o que está ocorrendo, diminuindo ou eliminando a possibilidade de falhas durante o atendimento. O paciente, por conseguinte, não deve ser abandonado ou discriminado por se apresentar “querelante” ou “chato”.

Quando a equipe investiga, discute e identifica os sentimentos contratransferenciais, ela está tornando a ação de cuidar eficaz em toda a sua extensão sem perda da continência e ternura pelo paciente, colocando limites quando necessário e contribuindo para o bem-estar geral dos envolvidos.

Práticas para auxiliar a equipe cuidadora

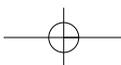
- Realizar seminários que objetivem discussões de casos que despertaram contra-transferência negativa ou preocupação com a doença persistente ou terminalidade do paciente;
- Investigar com a equipe não só questões relacionadas ao diagnóstico, mas procurar saber sobre o prognóstico, as condutas de tratamento, o modo como cada membro irá lidar com a evolução do caso e a possibilidade de perda;
- Observar os colegas mais vulneráveis e auxiliá-los no sentido de ou mudar a equipe ou possibilitar que verbalizem e superem suas angústias;
- Desenvolver, junto aos profissionais de saúde, principalmente os da área de enfermagem, um grupo específico para tratar das dificuldades e vitórias pertinentes aos atendimentos;
- Retroalimentar os funcionários por meio de reforço positivo quando da realização de atendimentos adequados (sem exageros ou negligência);
- Enfatizar as trocas temporárias das equipes médicas e de enfermagem, pois previnem a doença mental não só dos residentes e enfermeiros como também dos seus preceptores, já que atender apenas pacientes terminais pode levar ao adoecimento iminente;
- Verificar se as faltas não justificadas dos funcionários da equipe ocorrem pelo desejo inconsciente de afastar-se temporariamente de alguém à beira da morte.

Práticas para auxiliar os familiares-cuidadores

- Observar a rotina do familiar junto ao enfermo;
- Ficar atento, no sentido de realizar uma “escuta” diagnóstica;
- Avaliar os comentários reveladores dos aspectos citados anteriormente, que podem revelar cansaço, angústia, estresse, raiva, culpa;
- Examinar, principalmente, o tempo dedicado ao descanso e ao distanciamento saudável para a retomada das energias físicas e psíquicas.

A partir dessas observações:

- Solicitar atendimento psicológico individual para o cuidador e seus respectivos familiares, trabalhando não só a dor, o sofrimento e o medo da morte do enfermo, mas também a culpa por achar que não está cuidando o suficiente;
- Evidenciar o conceito de qualidade do cuidado e não quantidade, pois o segundo desgasta e traz conseqüências negativas ao processo de assistência;
- Realizar grupos de apoio em que os familiares possam verbalizar suas angústias e identificar outros que também passam pelos mesmos problemas;
- Criar oficinas terapêuticas para os pais, no caso dos atendimentos pediátricos, enquanto as crianças estão na recreação, para que possam se distrair momentaneamente do cuidado dos filhos;
- Estimular os cuidadores a descobrir talentos durante as interlocuções estabelecidas entre



si, para que novas habilidades venham a somar-se ao repertório de atividades conjuntas, repercutindo num sentimento recíproco de se sentir útil e produtivo;

- Encorajar a visita de madrinhas e padrinhos aos pais-cuidadores para que se sintam apoiados e valorizados no interesse por seus filhos;
- Oferecer uma sala, como possibilidade de folga no cuidado, onde os cuidadores possam descansar, conversar e assistir televisão, entre outros afazeres.

Exemplos de abordagem psicológica

Para tornar mais explícito esse conjunto de práticas relacionadas ao bem-estar dos enfermos, seus cuidadores familiares e equipes profissionais, elencadas anteriormente, selecionamos, a seguir, dois exemplos nos quais são descritas, na forma de relato, a abordagem ao familiar cuidador em consulta psicoterápica, bem como técnicas destinadas a apoiar à equipe.

Abordagem psicológica ao familiar cuidador

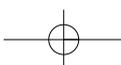
Paciente com câncer de mama. Após um ano de tratamento e significativa melhora do quadro clínico, apresentou metástase, o que revelou para a família a gravidade do caso.

O marido tornou-se o principal cuidador, porque os filhos se dedicavam exclusivamente às ocupações profissionais e moravam no interior – mas sempre se mostraram carinhosos e presentes quando podiam dividir o cuidado com o pai.

A paciente começou a se mostrar irritadiça e seus traços onipotentes se acentuaram. Negou o avanço da doença, não querendo saber a verdade; no entanto, não se omitiu à realização dos tratamentos propostos. Quanto mais o marido a cuidava, mais se tornava despota, exigindo que ele a levasse ao trabalho. Vale mencionar que, a essa altura dos acontecimentos, a paciente já estava impossibilitada de exercer seu ofício. Como resultado, o marido solicitou ajuda psicoterápica, alegando que a esposa era “terminal”.

Na consulta, a primeira intervenção focalizou o uso da palavra “terminal” pelo cuidador familiar, em relação ao que o profissional teceu a seguinte consideração: enquanto existir vida haverá luta, já que somente a morte denota término. A intervenção tranqüilizou o familiar da enferma, a qual passou a ser examinada acerca do que lhe estava incomodando. Esse tipo de intervenção é muito importante, pois o cuidador, ao mesmo tempo em que teme perder o familiar, inconscientemente deseja o desenlace para se “livrar” do acontecimento iminente, iludindo-se de que, assim, sofrerá menos.

Seu relato referia-se a queixas ligadas à submissão, porque temia desagradar à esposa doente. A partir desse dado, trabalhamos gradativamente a impotência e a raiva subjacentes ao seu discurso. Com dois meses de tratamento, aborrecido, comentou que a esposa reclamava de seu sono agitado. Portanto, com o fito de não incomodá-la, foi dormir no quarto ao lado, sem consultá-la previamente. Na semana seguinte, a paciente, no café-da-manhã, disse



que o café estava fraco, decidindo que, a partir daquele momento, não faria mais aquela refeição com ele.

Mediante o exposto, assinalamos que o medo e a raiva latentes de ambos estava causando um afastamento significativo. A atitude de dormir em outro quarto representava um modo ativo/passivo de expressar o descontentamento e a perda. Quando o paciente pôde verbalizar e entender seus sentimentos, percebeu os aspectos neles subjacentes e passou a colocar limites à conduta da esposa. Essa atitude propiciou o retorno espontâneo de um diálogo amoroso, há muito preterido, levando, como conseqüência, o marido a voltar partilhar o mesmo quarto com sua mulher. A esposa nunca mais reclamou do sono do marido, ocorrendo, como índice da harmonização do conflito, a significativa diminuição de sua onipotência e respectiva intransigência.

Em suma, enquanto o enfermo e o cuidador se tornam vítimas ou algozes por uma necessidade maior – doença e possibilidade de morte –, sentimentos muito primitivos, como os encontrados na vida fantasmática dos bebês, são despertados. Então, o paciente, à semelhança dos recém-nascidos que acham o leite materno insuficiente e mordem o seio que é sua fonte de alimento, tende a agredir ou repudiar os que desejam ajudá-lo.

Com efeito, enfermo e cuidador temem a mesma coisa: a patologia e a morte. Os dois receiam ou sentem raiva do abandono iminente. Amíúde, o acamado solicita ao cuidador que não o deixe só nem por um segundo, pois

sente raiva (e inveja) dos que têm boa saúde e daqueles que continuarão vivendo, ao passo que ele morrerá. Por sua vez, o cuidador se amedronta e enraivece porque sente estar, gradativamente, perdendo alguém que ama: aquele que o gerou (no caso de um filho) ou que o escolheu (quando se trata do cônjuge, parceiro ou amigos). A recíproca quase sempre é verdadeira. Sentimentos inconscientes de caráter narcisista estão presentes, aparecendo por intermédio de sintomas que relatamos ao longo do trabalho: paciente passivo, algoz ou vítima; cuidador ativo, algoz ou vítima.

Os pólos são contrastantes e os profissionais da área de psicologia, quando sintonizados nesta atividade, mostram-se mais preparados para realizar essa leitura com a devida profundidade, revelando à equipe cuidadora que dinâmica melhor favorece o enfermo, os familiares e a própria equipe.

Abordagem psicológica à equipe cuidadora

Paciente feminina, 38 anos, em estágio avançado de câncer pélvico. No último mês em que esteve hospitalizada, permaneceu medicada com morfina, estando consciente. Seu marido era o principal cuidador e o casal tinha quatro filhos: de 5, 7, 11 e 13 anos.

Uma estagiária de psicologia mobilizou-se com a situação da paciente, cujo sofrimento era muito acentuado. Além disso, tanto a equipe da oncologia quanto a da psicologia estavam consternadas com o fato de que a paciente deixaria quatro órfãos.

Na fase terminal, a estagiária pediu minha ajuda – uma vez que desempenhava a função de supervisora local do estágio – para a realização de uma entrevista de despedida com os familiares da paciente, incluindo irmão, mãe e filhos. Conduzi, então, a entrevista, estimulando que as crianças verbalizassem o quanto estavam cientes do estado de saúde da mãe. Paulatinamente, cada um foi dando voz às suas percepções e, à medida que informávamos, fazíamos também a leitura do sofrimento expresso por cada membro da família.

Após uma hora e quinze minutos de entrevista, verificamos que as crianças já tinham condições de visitar a mãe. Dirigimo-nos à unidade e, antes de entrar no quarto, preparamos a paciente para o contato com os filhos. Ela estava aos prantos e falou que queria ficar bem para que as crianças não se assustassem. Ajudamos a equipe da enfermagem no preparo da paciente, solicitando o mínimo de manipulação, pois estava tomando banho e a dor aumentava com qualquer movimento. O preparo foi um *timing* para mim, para a paciente e para a família, que estava do lado de fora do quarto. Confesso que foi um tempo necessário para todos, porque seria um momento muito importante para a vida de cada um.

Depois de respirarmos fundo, entramos. Os filhos, espontaneamente, se aproximaram do leito, subiram na “escadinha” e chegaram perto da mãe para conversar e beijá-la. O contato com a paciente durou mais ou menos 15 minutos, contudo, permanecerá “eternizado” para esses familiares. As crianças ora pegavam na minha mão e demonstravam querer ficar

mais, ora pediam para dar tchau e ir embora do quarto. Após algum tempo a própria paciente aludiu estar “cansada” e querer “dormir”. Saímos para o corredor e a filha mais nova pegou na minha mão, falando baixinho: *tia, por que o mano está chorando?* Expliquei que ele estava triste, que era normal sentir-se assim e chorar. Chamei o pai para perto e nos abraçamos coletivamente, quando a menina, então, também começou a chorar.

Comentei que estavam tristes por temer a perda da mãe, mas, em contrapartida, tinham um pai que era “pãe”: pai e mãe. A menina sorriu, achando engraçado e concordou: *é, o papai agora é a nossa mamãe*. Afastei-me um pouco, deixando que vivessem a intimidade alcançada naquela atmosfera. Posteriormente, a avó e o tio os levaram para a escola, enquanto o pai seguiu cuidando da esposa, que sobreviveu por mais dois dias.

Naquele abraço ocorreu, de certa forma, um processo de continência mútua em que a espontaneidade serviu de apoio para todos. A morte da paciente coincidiu com um feriadão e a estagiária não telefonou para a equipe para saber como estava a paciente – ficando chocada ao retornar e deparar-se com a notícia. Em supervisão, foi visto que o fato de a estagiária não ter buscado notícias sobre o estado da paciente tinha relação com a perda recente de uma amiga muito próxima. Ficou claro que esse comportamento refletia a tentativa de defesa contra o sofrimento que sabia ser inevitável.

Nesse caso, havíamos percebido consciente e inconscientemente que tanto a estagiária

quanto a família necessitavam de uma continência maior e, por essa razão, a minha intervenção foi mais ativa. O objetivo, ao conduzir a entrevista diretamente com a família, foi o de proteger a estagiária, que estava vulnerável e, portanto, teria maior dificuldade em enfrentar sozinha a situação. Quando isso acontece faz-se necessário que, na condição de supervisores, nos antecipemos para resguardar o aluno. Cabe ressaltar que a equipe da oncologia reclamou, posteriormente, pelo fato de a estagiária não ter estado presente naquele feriado, dia em que a paciente faleceu, denotando, assim, que também necessitavam de amparo.

Nos ambulatorios, quando atendemos pacientes que recebem diagnósticos de câncer ou de malformação de um feto, é de praxe realizarmos uma interconsulta na qual o preceptor e o psicólogo, juntos, fazem uma entrevista, propiciando que os alunos da medicina e da psicologia observem como se deve proceder. Esse é um modo de realizar um ensino menos teórico, realçando a prática, além de ser uma maneira de proteger os alunos “cuidadores” de casos com patologias mais graves e que envolvem sofrimento maior. Fica evidente, portanto, que o cuidado implica troca e que o “envolver-se” requer um distanciamento saudável.

Considerações finais

O paciente, indiscutivelmente, merece o amparo e a continência de um cuidador familiar; todavia, isso nem sempre ocorre. O enfermo terá sempre, pressupomos, a assistên-

cia da equipe que, na medida do possível, assume cuidados concernentes às famílias.

A partir do entendimento dinâmico, do ponto de vista psicológico o resultado do bom cuidado depende da capacidade egóica de todos os envolvidos (enfermo, cuidador-familiar, cuidador da equipe), assim como de um suporte externo ao ambiente onde a doença vigora e, logo, de alguém que possa cuidá-los de maneira articulada. Tudo isso presume capacidade de *insight*, de reconhecimento das limitações e dos sentimentos atinentes a esta tarefa tão nobre, mas tão difícil.

Acreditamos que cuidar é um ato altruísta, humano, que exige disponibilidade, maturidade, equilíbrio e discernimento, porque do outro lado existe um enfermo, um membro da equipe ou a própria equipe que necessita de suporte técnico ou continência psicológica.

Kant, em sua genialidade, trouxe com muita propriedade o que queremos expressar nessas considerações sobre a ética do cuidado: *age de tal maneira que uses a tua humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio*⁸.

Toda pessoa merece a dignidade, o respeito e a compreensão inerentes à condição humana. Isso se configura na atenção às manifestações patológicas do corpo, bem como no cuidado aos aspectos subjetivos do psiquismo. Por isso, os enfermos, seus cuidadores familiares e os membros das equipes merecem nossa “escuta”, continência física e psíquica de modo incondicional.



Resumen

Desafíos para la psicología en el cuidado con el cuidador

Este artículo señala la necesidad del suministro de cuidado psicológico a los enfermos/pacientes en estado terminal, bien como a sus familiares cuidadores y a los equipos que los asisten. Se relacionan conjuntos de medidas capaces de aminorar el sufrimiento de quienes se encuentran involucrados en esta situación extrema, describiendo casos clínicos como ejemplos de dichos procedimientos.

Palabras-clave: Cuidado. Familiares cuidadores. Dinámica intrapsíquica. Sentimientos.

Abstract

Challenges to psychology of caretakers caring

This article points out the need of giving psychological care to sick people/ patients in terminal state as well as their familiar caretakers and teams that assist them. It shows a set of measures that should diminish suffering of people involved in this extreme situation, with a description of clinical cases to give examples of these procedures.

Key words: Caring. Familiar caretakers. Intrapsychical dynamics. Feelings.

Referências

1. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
2. Rufian AQ, Gómez RB, González MAP, Martínez NP, López NA, Ruiz CG. Los cuidadores especiales en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada. *Index Enferm* 2005 Jun./Jul;14:48-49.
3. Campos EP. Quem cuida do cuidador. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 42.
4. Winnicott D. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: O ambiente e os processos maturacionais: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3.ed. Porto Alegre, 1990. p. 66.
5. Luksys MIA, Kniest GR. A preocupação materno-primária de Winnicott: um estudo de caso com mulheres grávidas em uma unidade do PSF: algumas considerações. *Conceitos* 2005 Jul:61-69.
6. Campos EP. Op. cit. p.16.
7. Celeri EHRV. A teoria do desenvolvimento emocional de D.W. Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise* 1990;24(2):155-70.
8. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70, 1986. p. 69.

Contato

Maria Estelita Gil – mestgil@terra.com.br

