



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM PSICOLOGIA CLÍNICA
HOSPITALAR

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CUIDANDO DA EQUIPE DE SAÚDE NO
CONTEXTO HOSPITALAR

Projeto de intervenção apresentado para fins de conclusão do curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica Hospitalar da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), pela aluna Catarina Bezerra de Medeiros Vanzella.

Recife, 2016

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CUIDANDO DA EQUIPE DE SAÚDE NO
CONTEXTO HOSPITALAR**

Aluna: Catarina Bezerra de Medeiros Vanzella

Psicóloga do Instituto de Diagnóstico e Tratamento Oncológico e estudante da Pós-graduação em Psicologia Clínica Hospitalar da Faculdade Pernambucana de Saúde

E-mail: catarinavanzella@gmail.com

Orientadora: Aline Agostinho da Silva

Mestre em Psicologia Clínica (UNICAP), psicóloga do Instituto de Medicina Integral Professor Antônio Figueira (IMIP) e da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR)

E-mail: aline_psi@hotmail.com

Coorientadora: Thálita Menezes

Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica (UNICAP), psicóloga do Instituto de Medicina Integral Professor Antônio Figueira (IMIP), docente da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

e-mail: thalitamenezes25@yahoo.com.br

Recife, 2016

SUMÁRIO

RESUMO	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. JUSTIFICATIVA	9
3. OBJETIVOS	10
3.1. GERAL	10
3.2. ESPECIFICOS	10
4. MÉTODO	11
4.1. DESENHO DO ESTUDO	11
4.2. LOCAL DO ESTUDO	11
4.3. PERÍODO DO ESTUDO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	11
5. COMPREENDENDO O PROFISSIONAL DE SAÚDE	12
5.1. O PROFISSIONAL DE SAÚDE ATUANDO NO HOSPITAL	12
5.2. A ESCOLHA DE SE TORNAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE	13
5.3. ENCARANDO A DOR DO PACIENTE	15
5.4. SENTIMENTOS QUE PODEM SURGIR NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	17
6. PLANEJAMENTO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
6.1. DIAGNÓSTICO	20
6.2. PLANO DE AÇÃO	20
6.3. EXECUÇÃO	22
6.3.1. PÚBLICO-ALVO	22
6.3.2. CARGA HORÁRIA	22
6.3.3. SISTEMATIZAÇÃO DAS OFICINAS	22
6.3.4. LOCAL	23
6.3.5. ORÇAMENTO	23
6.4. AVALIAÇÃO E RESULTADOS	23
7. DISCUSSÃO	24
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
9. REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE	

RESUMO

O cuidado faz parte da vida humana, das relações pessoais e está presente nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer. É reconhecido que os seres humanos para se desenvolverem tanto de ordem físico-social quanto mental necessitam de cuidado. Cuidar é estabelecer relações e participar ativamente delas. O profissional de saúde é aquele que cuida e simultaneamente demanda cuidado. Mas, como este profissional pode cuidar do outro se ele mesmo não está sendo cuidado? A partir daí percebe-se a necessidade de criar espaços voltados para estes trabalhadores da área da saúde. A iniciativa de realizar este trabalho se deu após a observação do comportamento destes profissionais em suas atividades dentro de um hospital, assim como os seus sentimentos diante do sofrimento do outro neste contexto. Então, construir uma proposta de intervenção, através de oficina, sobre cuidado (auto/alo) para profissionais inseridos no ambiente hospitalar é o objetivo deste trabalho, no intuito de abrir um espaço para cuidar da equipe de saúde. A ideia é poder voltar o olhar para o profissional cuidador que pode perder-se na sua dinâmica laboral, trazendo riscos à própria saúde. O referido trabalho foi desenvolvido e elaborado a partir de pesquisas bibliográficas, a fim de obter uma melhor compreensão do tema em questão para que possa ser proposta uma intervenção. Tal proposta foi pensada pela percepção de escassez de trabalhos realizados com equipes de saúde visando o autocuidado, e por acreditar que o psicólogo não pode se eximir do desenvolvimento de práticas de cuidado ao cuidador, uma vez que as ações de quem cuida são refletidas diretamente na produção de saúde do hospital, sendo este profissional o mais capacitado, por sua formação, para realizar este tipo de intervenção. Assim, fica evidente a relevância dessa proposta de intervenção, visto que o apoio aos profissionais de saúde é essencial para o seu desenvolvimento saudável, bem como para a melhoria do tratamento e dos cuidados dispensados ao paciente.

Palavras-chaves: Cuidado; Proposta de intervenção; Profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Quando se fala em cuidado na área da saúde, geralmente atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, que seria o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento¹. Ayres¹ também traz a ideia do cuidado como um construto filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

O cuidado é referenciado desde os tempos remotos, onde os filósofos, ainda que não tivessem tal objetivo, traziam a história do cuidado de si. Para Foucault, a ideia de *ocupar-se consigo* é bem antiga na cultura grega, afirmando que toda a glória decorrente dos grandes feitos de um homem de nada valiam se fosse à custa do sacrifício de ocupar-se consigo mesmo. Este ocupar-se de si tinha a conotação de um privilégio, uma dádiva, ganha a forma de um cuidado de si. A arte de viver sob o cuidado de si desenvolve-se sob o signo do platonismo, como um aperfeiçoamento da alma com auxílio da razão para que se possa levar a melhor vida. Já entre os epicuristas, filósofos que pregam a procura dos prazeres moderados para atingir um estado de tranquilidade e libertação do medo, pregava-se o cuidado de si como um recurso à filosofia para garantir “a saúde da alma”. Epicteto define o ser humano como “o ser a quem foi confiado o cuidado de si”¹. Assim, esse cuidar de si constitui-se, simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos, embora orientados para uma prática de responsabilidades individuais. Não mais um prazer ou uma prerrogativa, não cuidar-se é sucumbir.

O cuidado faz parte da vida humana, das relações pessoais e está presente nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer. O ser humano necessita de cuidado para a sua sobrevivência desde os primeiros dias de vida, sendo direito do mesmo cuidar-se e ser cuidado. É reconhecido que os seres humanos para se desenvolverem tanto de ordem físico-social quanto mental necessitam de cuidado, em maior grau na infância e em fases tardias como na velhice quando evidenciam dependência na execução de suas atividades diárias^{2,3}.

A preocupação e responsabilidade com o outro, no sentido de cuidar, advém da subjetividade do envolvimento afetivo estabelecido entre os seres. O cuidado é caracterizado como um momento de inter-relação de ações/attitudes/práticas/condutas vivenciadas e sentidas individual ou coletivamente. A prática do cuidado de si sofre influências sociais, ambientais, culturais e da formação profissional do indivíduo. A autora afirma que o sujeito revela quem é

pelo modo como demonstra o cuidado consigo e com o outro, podendo prejudicar-se e se desestruturar caso não exista o autocuidado².

Cuidar é estabelecer relações e participar ativamente delas. É uma forma de o ser humano se estruturar, de entrar em sintonia consigo e com o mundo e pressupõe uma relação de amor consigo e com o outro. Cuidar é uma atitude que facilita o desenvolvimento evolutivo da existência humana, pois o ser humano se dedica a um sistema de trocas com atenção e empenho. Representa ainda, um envolvimento afetivo que leva a descoberta do significado das próprias feridas e o conseqüente reconhecimento daquilo que em si precisa ser cuidado. Assim, o cuidado aproxima o indivíduo de sua essência e de seus pares. Abrange mais que um momento específico de atenção e de zelo, implica preocupar-se com quem ou com o que está sendo cuidado^{2,3}.

O termo cuidado designa ainda a ideia de um conjunto de ocupações, um labor. Esta vinculação com o labor, com essa atividade relacionada às necessidades vitais, estabeleceu precocemente uma correlação muito estreita entre o cuidado de si e a Medicina. Ou seja, o conjunto de atividades que constitui o labor implicado no cuidado de si como: exercícios, dietas, regimes de sono e vigília, por exemplo, serão formulados principalmente por médicos¹.

O profissional de saúde é aquele que cuida e simultaneamente demanda cuidado, é uma pessoa que passou por algumas modificações durante a sua formação como resultado do treinamento especializado do conhecimento e da experiência. Este profissional cuidador, trabalhando no contexto hospitalar, constata de imediato que a dor e a morte estão presentes em seu cotidiano. O lidar com a doença vem mudando com os avanços científicos e tecnológicos da medicina, onde a morte passa a ser vista como falha ou fracasso e não mais como fazendo parte do ciclo vital, o que pode acarretar sentimento de frustração nestes profissionais cuidadores. Por isso, é necessário um preparo emocional do profissional que irá, conseqüentemente, se expor e se colocar como ferramenta de trabalho neste ambiente - o hospital^{4,5,6}. Mas muitas vezes a expressão de sentimentos não é autorizada aos mesmos, o que pode levá-los ao adoecimento desenvolvendo grande variedade de sintomas funcionais, psíquicos, emocionais e comportamentais, entre eles temos: irritabilidade, sentimento de impotência, frustração, tristeza, angústia, fadiga intensa, exaustão, cefaleia, distúrbios do sono, depressão, postura crítica e pressa em realizar as atividades; sendo ainda considerados grupo de alto risco para desenvolvimento da síndrome de *burnout*^{4,7}, que será descrita nos capítulos seguintes.

Assim, para oferecer cuidado ao outro, o profissional de saúde também precisa ser cuidado. O significado de cuidar/cuidado parte do interior do ser, a partir dos seus valores e crenças, considerando as experiências vivenciadas em cada circunstância da vida. Portanto, a maneira de se cuidar e cuidar do outro é singular. Sendo assim, cada profissional de saúde precisa estar

atento às suas necessidades, desejos, sentimentos e a sua expressão, daí a importância de se buscar o autoconhecimento, pois o cuidado de si dependerá de atitudes próprias do sujeito que também irão influenciar a sua prática profissional^{2,3}.

No ambiente hospitalar os profissionais vivem sob constante tensão, sendo esperado que estejam sempre bem, dispostos e que atuem de modo resolutivo. Historicamente, a forma como foi se constituindo o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde no hospital foi atravessado pelo modelo biomédico, onde os profissionais atuavam de maneira independente e pouco interativa. Uma das características essenciais que fundamenta esse modelo é a compreensão de que a doença seria o resultado de algum tipo de vírus, bactéria ou microorganismo que invade o corpo. Esta concepção está baseada na lógica cartesiana, que entende corpo e mente como duas entidades independentes uma da outra⁸.

Com o avanço da medicina e o aumento do conhecimento acerca das patologias, o modelo biomédico vai tornando-se obsoleto, passando a não ser mais suficiente para o cuidado eficiente do paciente e os profissionais precisaram ampliar o seu olhar para o outro, o ser que ele cuida; assim como, integrar-se às demais áreas de saúde neste cuidado, dando origem ao modelo biopsicossocial. Neste contexto, as práticas de cuidado não se restringem a resolutividade do problema (doença), mas trazem também a ideia do acolhimento e da formação do vínculo do profissional cuidador com o ser que ele cuida, indo além do atendimento às necessidades biológicas alcançando a compreensão de necessidade expressa no processo relacional que aproxima o cuidador do sujeito cuidado^{9,10}.

No entanto, a necessidade de buscar uma maior compreensão do outro, atendendo-o de forma holística, proposta do modelo biopsicossocial, fez com que os profissionais estabelecessem um maior vínculo com os seus pacientes, envolvendo-se na relação de cuidado. Tal modelo, não só trouxe uma prática de melhor qualidade à saúde, mas também a possibilidade do profissional deparar-se com o sujeito que sofre e sua vulnerabilidade, própria do ser humano. Sendo assim, o envolvimento afetivo é imprescindível para que o profissional possa perceber o outro e assimilar as diferenças com compreensão, havendo a possibilidade de considerar suas próprias emoções como um campo fértil para o conhecimento da dinâmica do adoecimento do seu paciente¹¹.

Portanto, trabalhando num contexto hospitalar o profissional cuidador está diante do sofrimento humano, o que pode trazer-lhe um alto nível de estresse, desgaste físico e emocional, podendo ainda afetar o seu desempenho. Para manter o equilíbrio e trabalhar diante de condições tão desafiantes é preciso esforço. Então, como o profissional cuidador pode cuidar do outro se ele mesmo não está sendo cuidado? Até que ponto as emoções daquele que cuida, se não forem identificadas e atendidas, podem influenciar a sua atuação profissional, sua interação

com o paciente, a família e os seus colegas de trabalho? A partir daí percebe-se a necessidade de criar espaços voltados para estes profissionais para que possam se cuidar e serem cuidados⁸.

2. JUSTIFICATIVA

Há um maior quantitativo de referências teóricas sobre pesquisas e estudos voltados às práticas “Psi” desenvolvidas em hospitais junto a pacientes e seus familiares, não obstante há poucas referências sobre trabalhos realizados com equipes de saúde, afirma Amaral⁸.

O dia-a-dia dos profissionais cuidadores no hospital está permeado por vivências ligadas à dor, sofrimento, frustração, desesperança e perdas. Muitas vezes tais vivências acarretam sofrimento e desgaste emocional no próprio profissional podendo interferir e prejudicar o seu trabalho. Conseqüentemente, pode surgir uma desmotivação diante das suas atividades laborais, levando-o ao adoecimento e desenvolvimento de algumas síndromes como a conhecida Síndrome de *Burnout* descrita por Maria Júlia Kovács⁴, onde esta e outras serão mencionadas mais detalhadamente nos capítulos posteriores. Assim, percebe-se que estes profissionais, em seu ambiente de trabalho, deparam-se com o sofrimento e a fragilidade humana⁸, dando-se conta da sua própria vulnerabilidade.

A iniciativa de realizar este trabalho se deu após a observação, durante sete anos, do comportamento dos profissionais de saúde em suas atividades dentro de um hospital, assim como os seus sentimentos diante do sofrimento do outro neste contexto.

Foi observado que muitos profissionais, de variadas profissões, preocupavam-se com os sentimentos que lhes desencadeavam ao cuidar do seu paciente. Em algumas situações demonstraram um misto de sentimentos, sentiam-se importantes e necessários para ajudar o seu paciente a buscar uma melhora da saúde, mas ao mesmo tempo surgia um sentimento de vulnerabilidade e medo de sofrer a dor do outro e não suportar tal sentimento. Observou-se ainda alguns questionamentos, como por exemplo: “o que eu faço para não me apegar ao paciente?” (conseqüentemente por medo de sofrer), “devo fazer um vínculo com o paciente ou não, apenas realizar o meu trabalho?” (no caso, realizar apenas o seu trabalho de forma mecânica, tentando evitar o sofrimento). Assim como, comentários do tipo: “com o advento da humanização a gente termina se envolvendo demais”.

Esses questionamentos e comentários nos mostram como os profissionais cuidadores ainda precisam de um maior preparo para atuar num ambiente que traz à tona tantos sentimentos como o hospital; tornando-se, o autocuidado, imprescindível nesse contexto. Diante do exposto, percebe-se dificuldades nestes profissionais com relação ao cuidado de si, ficando evidente a necessidade de realizar trabalhos que possam criar espaços voltados para tal público, tendo em vista que estudos referentes a este tipo de trabalho ainda encontram-se escassos.

3. OBJETIVOS:

3.1 GERAL:

Construir uma proposta de intervenção, através de oficina, sobre cuidado humano (auto/alo) para profissionais que trabalhem em ambiente hospitalar, com o objetivo de abrir um espaço para cuidar da equipe de saúde.

3.2 ESPECÍFICOS:

- 3.2.1. Estruturar modelo de oficina voltado para os profissionais de saúde para que seja facilitada a expressão dos sentimentos e a reflexão sobre o cuidado humano (auto/alo).
- 3.2.2. Identificar a compreensão dos profissionais de saúde sobre o cuidado humano (auto/alo);
- 3.2.3. Proporcionar um espaço de fala para a elaboração dos sentimentos relacionados à temática;
- 3.2.4. Promover crescimento pessoal, profissional e capacidade de resiliência nos profissionais de saúde;

4. MÉTODO

4.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um trabalho desenvolvido e elaborado a partir de pesquisas bibliográficas, onde foram utilizados os descritores: cuidado, cuidando do cuidador, sentimentos da equipe de saúde, síndrome de *Burnout*, fadiga por compaixão; a fim de obter uma melhor compreensão do tema em questão para que possa ser proposta uma intervenção, visando trabalhar o cuidado com equipes inseridas no ambiente hospitalar.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

Para a pesquisa bibliográfica foram pesquisados artigos, textos, teses, monografias e livros nas bibliotecas virtuais: scielo, google acadêmico, pepsic.

4.3. PERÍODO DO ESTUDO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- O estudo foi realizado no período de agosto de 2015 a abril de 2016

Período	Atividade realizada	Tipo de documento encontrado	Quantidade de documentos encontrados
Agosto, Setembro e Outubro / 2015	- Pesquisa em sites de busca; - Leitura do material pesquisado.	Textos, artigos e monografia.	13
Novembro e Dezembro / 2015	- Pesquisa em sites de busca; - Busca de bibliografia; - Leitura do material pesquisado; - Início da produção deste trabalho.	Textos, artigos, teses e livros.	7
Janeiro / 2016	- Leitura do material pesquisado; - Produção deste trabalho.	-	-
Fevereiro, Março e Abril / 2016	- Produção; - Estruturação; - Finalização deste trabalho	-	-

5. COMPREENDENDO O PROFISSIONAL DE SAÚDE

5.1. O Profissional de saúde atuando no hospital

Considerando o cuidar como uma ação fundamental para a promoção e recuperação da saúde, a atuação do profissional cuidador no ambiente hospitalar torna-se essencial. Cuidar do ser humano constitui-se a essência do trabalho deste profissional. O cuidado integra o papel da equipe de saúde, possibilitando o movimento de ações pela manutenção da vida¹².

Ao inserir-se no contexto hospitalar o profissional de saúde necessita desenvolver: conhecimentos técnico-científicos, habilidades no relacionamento interpessoal e responsabilidades. Devem estar aptos a prestar atendimento humanizado, compreendendo e apoiando o paciente em suas necessidades no decorrer do processo de adoecimento deste¹². Também fazendo parte deste trabalho o cuidado com a família ou outros acompanhantes.

Além das condições e do tenso ambiente de trabalho a que ficam submetidos os profissionais de saúde no hospital, as relações neste local também podem ser bastante complexas. Trabalhar em equipe requer atenção especial dos integrantes e alguns fatores podem ser obstáculo no desenvolvimento relacional desta, como falhas na comunicação, dificuldades de relacionamento, dentre outros; podendo inibi-la para o desempenho positivo das atividades. Assim, o comportamento profissional revela as emoções dos sujeitos que compõem uma equipe. Com o cotidiano no ambiente onde se encontra dor, sofrimento e morte, percebe-se a produção de defesas psíquicas e possíveis conflitos entre os membros da equipe de saúde^{8,10}.

Segundo Agerami-Camon, essa postura dos profissionais cuidadores diante da dor e da doença dos pacientes trata-se de uma “calosidade profissional”⁸, propondo que o longo período de prática nas situações de sofrimento provoca defesas próprias que podem levar os profissionais à indiferença e muitas vezes ao descaso com a real situação da pessoa doente. Isso pode ocorrer ocasionado pela vivência do cotidiano de sofrimento humano, provocando incertezas, temores e medos, pois o paciente acaba refletindo no profissional a sua própria vulnerabilidade e mortalidade⁸.

Essas defesas produzidas pelos profissionais cuidadores podem ser percebidas na “dessensibilização”⁸ dos mesmos frente à dor do outro, gerando no paciente uma sensação de falta de cuidado ou de um cuidado insatisfatório. Consequentemente, essas vivências podem produzir um tensionamento, gerando desgaste emocional entre aquele que cuida e aquele que é cuidado.

Assim, a forma como o ambiente hospitalar está estruturado, pode potencializar a vivência de sentimentos na equipe de saúde dos mais variados e a inexistência de espaços de cuidado ao

profissional cuidador terminam intensificando mais esses sentimentos. Entendo que abrir espaço para esta demanda facilitará aos profissionais a expressão dos sentimentos, trazendo alívio e a sensação de estar sendo ouvido e compreendido, melhorando o seu desempenho e bem-estar no ambiente de trabalho.

5.2. A escolha de se tornar um profissional de saúde

Em toda e qualquer preparação que visa à formação do profissional de saúde no sentido de embasá-lo, tanto teoricamente como em níveis emocionais, aborda-se a dificuldade de se trabalhar com os casos extremados de sofrimento, pois esses casos provocam um envolvimento emocional exaurido nos atendimentos, principalmente nos aspectos projetivos que a morte e o morrer podem trazer à tona. E não apenas o sofrimento de dor dos pacientes torna-se dilacerante, mas também a reflexão sobre a nossa própria finitude e sobre a questão da morte na condição humana^{6,13,14}. Embora o profissional esteja teoricamente preparado para atuar diante desses casos, poderá apresentar, como já descrito anteriormente, níveis de sofrimento insuportáveis, tanto o sofrimento emocional explícito como o sofrimento que se transforma em manifestações somáticas. Com isso, fica mais uma vez evidente a necessidade de preparar esse trabalhador que irá lidar com o outro que sofre, considerando não só os aspectos da sintomatologia da patologia do paciente, mas também as razões que fizeram esse profissional cuidador escolher esse tipo de atividade.

Muitas pessoas decidem pelos caminhos da saúde para uma tentativa de reparação aos cuidados que, de alguma forma, foram negados a familiares ou pessoas próximas. Assim, o profissional poderá decidir trabalhar com pacientes igualmente portadores da patologia desse familiar, por ter julgado que não proporcionou os cuidados e atenção que se faziam necessários. Nesses casos, o que a pessoa busca não é o alívio à dor desse paciente, mas sim uma tentativa de reparação emocional ao sofrimento daquele familiar, que em seu imaginário não teve a atenção e os cuidados de sua parte. Seria um cuidado ao paciente acreditando que também pode encontrar algum alívio na culpa que sente em relação aos cuidados ao seu familiar adoecido, que hipoteticamente não foram suficientes¹³.

Esse tipo de caso fará com que esse profissional cuidador não atinja os objetivos de sua intervenção, pois o que se terá será não um atendimento a um paciente em sofrimento e sim uma tentativa de reconciliação com sua própria culpa diante de outro paciente, no caso o seu próprio familiar¹³. Com isso, é importante que o profissional cuidador possa reconhecer quais são os seus limites, como também quais barreiras se mostram intransponíveis e quais terão condições de superação. Não se tratando de avaliar qual tipo de atendimento é mais contundente e difícil, pois o que se tem na realidade é a questão de limites pessoais e o conhecimento desses limites é

condição indispensável para a efetivação de qualquer atividade que implique no atendimento de pessoas com problemas emocionais ceifando sua condição de vida.

Por outro lado, sabe-se que muitos profissionais da área da saúde, ao decidir por caminhos de atendimento junto ao outro que está em sofrimento, fazem-no movidos por questões humanitárias e, muitas vezes, com um ideal romântico de acolhimento à dor desse paciente. No entanto, o encontro com a realidade mostra-se totalmente diferente dessa idealização e muitos trabalhos simplesmente não se desenvolvem pela falta tanto de compreensão dessa realidade como principalmente da capacidade desses profissionais em mudar o rumo de seus trajetos.

Tudo isso pode se agravar na realidade hospitalar, principalmente pelo modo tangencial como a morte se faz presente, e também pela maneira como a dor escancara toda a sordidez da realidade humana^{8,10,13}. Assim, enfrentar a morte e a dor do outro requer um preparo emocional por parte dos profissionais para que possa dar suporte a tais enfrentamentos. São tantos e tão diversificados os obstáculos e percalços encontrados ao longo do caminho, que a superação é contínua e não apresenta nem mesmo condições de previsibilidade¹³. Isso implica dizer que o profissional pode ter que rever suas estratégias de atendimento a todo instante e em circunstâncias que muitas vezes considerava ser de seu domínio.

O convívio na condição de profissional cuidador com pacientes que estão em seus momentos mais agudos de desespero pode fazer surgir uma fragilidade emocional de maneira indescritível. Este profissional pode passar a sentir que o seu desempenho profissional está sendo afetado de forma negativa, o que vai influenciar também o seu estado emocional. O profissional abatido em sua atividade junto ao paciente desesperado que sofre, são imagens que nos mostram a necessidade cada vez mais de uma preparação que considere os diferentes detalhes necessários para esse tipo de atividade^{10,13}.

Esse profissional terá de deixar de lado questões pessoais que possam estar atormentando a sua própria vida para que seu desempenho profissional não seja comprometido. E ainda, que os problemas pessoais, profissionais, econômicos etc., precisam ficar à margem de sua atuação profissional para não prejudicar sua postura de acolhimento junto ao paciente, assim como, tendo em vista a sua própria condição humana, o profissional também terá de lidar com os seus problemas pessoais¹³. Com certeza há coerência no pensamento de Camon, porém será que os profissionais estão atentos à necessidade de separar as suas questões e problemas pessoais do seu trabalho para poderem realizá-lo de maneira tranquila? E como deixar de lado tais questões para estar inteiro em suas atividades laborais? Assim, diante disso e do que foi apresentado no decorrer deste trabalho, onde foi mencionada a necessidade de que se possam criar espaços para que os profissionais cuidadores se deem conta das suas próprias questões emocionais e com isso poderem olhar para si dentro dessa dinâmica visando o autocuidado, o objetivo geral aqui é

justamente propor uma intervenção numa tentativa de melhorar a qualidade de vida no ambiente de trabalho deste profissional, conseqüentemente o seu desempenho e sua satisfação no mesmo.

5.3. Encarando a dor do paciente

O profissional cuidador presenciará em seu dia a dia a dor do paciente, que é inerente ao seu trabalho no ambiente hospitalar. Dor significa algum sentimento que machuca, fere; seria um sinal de alerta que notifica a presença de perigo ou ameaça à integridade dor ser. É uma experiência individual, um sofrimento íntimo e sua intensidade pode variar em decorrência de diversos fatores, como raça, sexo, idade, suporte social e cultura, e que muitas vezes não depende apenas do tipo de estímulo que a cause. O mesmo estímulo pode causar variados padrões de resposta dolorosa em diferentes pessoas, mesmo que constitucionalmente semelhantes^{15,16}.

O dicionário Aurélio da Língua Portuguesa define a dor como:

*Dor s.f. Sensação desagradável, variável em intensidade e em extensão de localização, produzida pela estimulação de terminações nervosas especializadas em sua recepção. 2. Sofrimento moral, mágoa, pesar, aflição. 3. Dó, compaixão, condolência. **Dor cansada**, dor surda. **Dor ciática**. A que se manifesta ao longo do trajeto do nervo ciático. **Dor fulgurante**. Designação comum a certas dores intensas e rápidas. **Dor surda**. Dor que nem é forte, nem aguda, dor cansada. **Dor tenebrante**. Designação comum a certas dores que dão a impressão de que se está produzindo uma perfuração¹⁵.*

Na definição da International Association for the Estudy of Pain:

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação basicamente subjetiva, variando sua apreciação de indivíduo para indivíduo^{13,16}.

Ultimamente, alguns hospitais acadêmicos passaram a se dedicar a temática da dor, criando grupos de estudo, onde muitas publicações abordam a questão, visando um melhor atendimento ao paciente com dor. O embate da objetividade médica com a subjetividade apresentada pelo paciente, que o distanciava dos enquadres de compreensões patológicas, obrigou os pesquisadores a se debruçarem sobre os depoimentos desses pacientes para uma nova abrangência de compreensão dos sofrimentos apresentados. Então, a medicina se viu diante da necessidade de compreensão dos aspectos subjetivos do paciente, uma vez que sua objetividade não estava sendo capaz de responder a tais questões^{5,13}.

Essa necessidade de se ter uma compreensão de maneira mais digna e humana levou a objetividade médica a perceber a importância de se fundir diante não apenas da subjetividade do paciente, mas também, da subjetividade dos profissionais da saúde envolvidos nessas práticas. Trata-se de um binômio indivisível a condição emocional do paciente e o desenvolvimento e até mesmo surgimento de suas patologias. Na visão de Camon¹³, não se pode ter alguém com sofrimentos emocionais significativos e que igualmente não apresente sérias anomalias físicas. Assim, tem-se um imbricamento entre a objetividade do conhecimento e do saber médico e a subjetividade do profissional da saúde e do paciente. E desses aspectos surge também a nova concepção de se abranger a compreensão da dor em que todos esses aspectos de objetividade e subjetividade sejam contemplados^{5,13}.

Além das definições do campo da fisiologia médica, pode-se encontrar outras definições de dor em que a subjetividade é a tônica principal. Estando ainda diante de um enfeixamento bastante complexo que é a peculiaridade de cada pessoa e sua historicidade diante da dor e do sofrimento. A dor só é sentida e vivida em sua dimensão por quem a sente. Assim, ninguém pode avaliar a dimensão da dor do outro. Pode-se inferir a dimensão de um determinado quadro de sofrimento, mas a verdadeira extensão de dor que uma pessoa possa sentir jamais poderá ser transmitida e percebida em sua plenitude. Assim como, uma pessoa não conseguirá reviver a extensão de uma experiência dolorosa passada.

Não poderia deixar de mencionar o conceito de Dor Total, definido pela médica inglesa Cicely Saunders^{5,16,17}, criadora da filosofia do hospice e fundadora do St. Christopher's Hospice, no ano de 1967, em Londres; primeiro hospice que integrava pesquisa, ensino e assistência em cuidados paliativos, reunindo cuidados domiciliares, apoio às famílias no decorrer da doença e seguimento pós-morte do paciente com ajuda especializada no luto. Dor total introduz o conceito de que o sofrimento não é apenas físico, mas um complexo afetivo que envolve os aspectos psíquicos, sociais e espirituais do ser humano^{16,17}. Ou seja, essa denominação define que uma pessoa sofre não apenas pelos danos e lesões físicas que possui, mas ainda pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que o convívio com a perspectiva de morte pode provocar. Uma pessoa portadora de uma doença severa degenerativa, por exemplo, seguramente desencadeará sofrimentos muito além da compreensão trazida pela fisiologia médica. Não tendo mais possibilidade de cura, o paciente estará propenso a ser alguém com dor total¹⁶. Camon¹³ completa esse pensamento afirmando que embora em sua origem o conceito de dor total tenha surgido para conceituar os pacientes em situação terminal, pode-se igualmente inserir tal compreensão para outros casos que, mesmo ainda tendo possibilidade de cura, possuem sofrimentos muito além daqueles definidos pela fisiologia médica.

Assim, essas dores tão frequentes no cotidiano de trabalho do profissional cuidador exigem novos esboços de compreensão e reflexão. Pois se esse profissional quiser entender a complexidade da dor do seu paciente, não será apenas através dos conceitos da fisiologia médica, será necessário se debruçar sobre a alma desse paciente, sobre suas questões emocionais, para que possa alcançar a dimensão de seu sofrimento. As questões que envolvem o verdadeiro dimensionamento do sofrimento humano só podem ser alcançadas no encontro de uma alma que acolhe a outra alma sofredora e isso é algo que não se pode abrir mão se o profissional quiser de fato se aproximar da dor humana de modo verdadeiramente humano¹³.

O profissional ao cuidar do paciente que sofre, deparando-se com suas dores, enfrenta uma tarefa que potencialmente proporciona grande desgaste e exaustão psíquica. E isso pode se intensificar quando a presença da dor e do sofrimento fica escancarada na fisionomia e nos comportamentos do paciente. Muitos podem desenvolver sentimento de culpa por achar que não está sendo suficientemente eficaz no cuidado. Outros podem não perceber a importância da própria presença para aquele que sofre, distanciando-se. Para melhor compreensão, esses sentimentos que podem ser desencadeados no profissional cuidador serão mencionados no item seguinte.

5.4. Sentimentos que podem surgir nos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde ao escolherem a sua profissão, estarão lidando com aspectos relacionados à morte e ao morrer, com sua forma pessoal de lidar com dor e perdas. Além disso, a maneira de lidar com essas questões dependerá da sua formação profissional, assim como da sua história de vida e da cultura em que estão inseridos^{4,6,14}.

Com os avanços científicos e tecnológicos da medicina, a forma como os profissionais de saúde vêm lidando com as doenças e com a morte, vem mudando muito. A morte pode trazer a ideia de fracasso do corpo, do sistema de atenção médica, da sociedade, das relações com Deus. Muitas vezes, estes profissionais deparam-se com o conflito entre salvar o paciente, evitando ou adiando a sua morte; ou cuidar dele, estando relacionado com o alívio e o controle dos sintomas³. Se o profissional consegue compreender o verdadeiro sentido do cuidar, irá perceber que em qualquer etapa do processo de adoecimento o cuidado é sempre possível, independente da cura ou não do paciente^{5,6,11}.

Vida e morte estão entre os diversos conflitos que ocorrem dentro do ambiente hospitalar. Priorizando salvar o paciente a todo custo, a morte ou uma doença incurável pode trazer sentimento de frustração aos profissionais; além de remeter aos mesmos a vivência da sua própria finitude, tornando-se algo doloroso^{4,5}. Então, tais situações por que passam os profissionais cuidadores em seu ambiente de trabalho, pode acarretar em uma sobrecarga

afetiva, que se manifesta através de sintomas físicos e psicológicos, gerando o adoecimento do profissional, como a Síndrome de *Burnout*¹¹.

Os primeiros artigos que deram origem às discussões sobre síndrome de *burnout* foram publicados por Bradley e Freudemberger, citados em Peres^{17,18}, os quais usaram a expressão *staff burn-out* para destacar medidas organizacionais de proteção aos profissionais esgotados em decorrência do empenho em suas atividades. A síndrome de *burnout* seria, então, resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pelo trabalho caracterizada pelo contato direto com pessoas em prestação de serviços. Essa caracterização da síndrome envolvia esgotamento emocional, perda do entusiasmo, percepção de sobrecarga emocional e escassez de recursos pessoais. A partir daí, estes autores interessaram-se pela compreensão de estratégias cognitivas denominadas despersonalização¹⁷, situação em que os profissionais de saúde evitam o envolvimento com o paciente enfermo, utilizando a “desumanização em defesa própria”.

A despersonalização por parte do profissional pode emergir como endurecimento e insensibilidade manifestada por atitude fria e distante para com os que recebem seus cuidados; tal indiferença também se percebe no comportamento junto aos colegas de trabalho. Assim, a redução da realização pessoal seria compreendida como tendência a apresentar sintomas como autoavaliação negativa, diminuição dos sentimentos de competência, frustração, inadequação e infelicidade consigo e com o trabalho^{17,18}.

No Brasil, esse quadro começou a chamar a atenção no final da década de 1980, quando a Revista Brasileira de Medicina publicou o primeiro artigo específico sobre a síndrome de *burnout*¹⁷, aumentando o número de publicações em revistas científicas até então. Uma das autoras que descreve a Síndrome de *Burnout* aqui no Brasil é Maria Júlia Kovács, esta a considera uma síndrome laboral, sendo uma reação a uma tensão emocional crônica de pessoas que tratam diretamente de outros seres humanos. A partir daí, mecanismos de defesa como a negação e o distanciamento podem surgir e o profissional termina por reprimir suas emoções. Sem contato com suas emoções o profissional não conseguirá acessar recursos criativos e espirituais, adoecendo^{4,17,18}.

Em contrapartida, os profissionais cuidadores podem utilizar a empatia e a compaixão como elementos essenciais para a realização eficaz do seu trabalho, sendo a compaixão uma ação altruísta que move o profissional cuidador a aliviar o desconforto alheio e esta ação altruísta envolve uma preocupação empática que é a capacidade de se colocar no lugar do outro. Com isso, o profissional pode ser acometido pela Fadiga por Compaixão que é uma síndrome de exaustão biológica, psicológica e social que acomete indivíduos que liberam energia psíquica, em forma de compaixão a outros seres por um período de tempo, sem se sentirem suficientemente recompensados. Trata-se de uma síndrome que causa exaustão física e

emocional em decorrência do custo empático de lidar com o sofrimento alheio. Seria um esvanecimento crônico do cuidado e da preocupação com o outro devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão. Na maioria das circunstâncias, ações que expressam compaixão e empatia geram custos psicológicos, o que pode levar o profissional ao esgotamento, devido à gradual redução na sua capacidade de suportar a dor e a aflição alheia^{7,19}.

Diante de todas essas situações em que os profissionais cuidadores estão expostos em seu ambiente de trabalho, percebe-se a importância da oferta de cuidado aos mesmos. Por isso, criar espaços para que estes profissionais possam buscar ajuda para desenvolverem sua capacidade de autocuidado no momento em que necessitam, torna-se fundamental. Cuidando de si, o profissional cuidador pode aceitar melhor as suas feridas, favorecer a compreensão da condição humana e exercer melhor a solidariedade; assim, ao cuidar de si, pode compreender melhor o sofrimento de seus pacientes^{3,4,10}.

Sendo assim, cabe ao psicólogo hospitalar voltar o seu olhar também para estes profissionais, visando promover a saúde de uma maneira geral. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar não se refere apenas à atenção direta ao paciente, refere-se também atenção que é dispensada à família e a equipe de saúde, dentro de sua atuação profissional. A atuação deste profissional promove mudanças, atividades curativas e de prevenção.

A Psicologia Hospitalar é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as várias correntes da psicologia oferecem para prestar uma assistência de maior qualidade no referido contexto. O psicólogo hospitalar é o profissional que detém estes saberes e técnicas para aplicá-los de forma sistemática e coordenada, sempre com o intuito de melhorar a assistência integral do sujeito hospitalizado, da sua família e da equipe de saúde. Uma das funções deste profissional é justamente exercer a interconsulta, onde ele auxilia outros profissionais a lidarem com suas questões, que é proposta deste trabalho²⁰.

Foi a partir destas observações que Kovács e col⁴, planejaram um projeto de cuidado ao cuidador profissional em um hospital público na cidade de São Paulo. Porém, o trabalho principal foi realizado apenas com a equipe de enfermagem, onde realizaram atividades em grupo intercalando com atendimento individual⁴. Contudo, fica evidente a necessidade de que sejam buscadas alternativas de cuidado que beneficiem os diferentes profissionais cuidadores que trabalhem na área da saúde, principalmente nos hospitais.

6. PLANEJAMENTO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para realizar uma proposta de intervenção, faz-se necessário iniciar um planejamento. Planejar é compatibilizar um conjunto diversificado de ações, de maneira que sua operacionalização possibilite o alcance de um objetivo comum. É preparar e organizar uma ação, decidir o que fazer e acompanhar a sua execução, reformular as decisões tomadas, redirecionar a sua execução, se necessário, e avaliar os resultados ao seu término²¹. Vale ressaltar, que acompanhar a execução das ações é importante para verificar se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não.

Segundo Manual para Operacionalização das Ações Educativas no SUS – SP²¹, o processo de planejamento contempla pelo menos três momentos em permanente interação: preparação, acompanhamento e revisão crítica dos resultados; sendo importante a busca de caminhos para facilitar a realização do que foi previsto.

Em se tratando de um processo ordenado, o planejamento pressupõe algumas etapas básicas como: diagnóstico, plano de ação, execução e avaliação, que serão descritos a seguir.

6.1. Diagnóstico

O diagnóstico é uma leitura da realidade que permite a compreensão e a sistematização dos problemas e necessidades de um determinado público. Deve permitir também o conhecimento das causas (variáveis) e consequências dos problemas, e como estes influenciam e são influenciados. O diagnóstico é o momento da identificação dos problemas, suas causas, consequências e principais características. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados²¹. Portanto, o diagnóstico compreende a coleta de dados, a análise e interpretação destes, a discussão e o estabelecimento de prioridades. Tal proposta de intervenção tem a intenção de ser realizada em hospital geral. Para coleta de dados serão realizadas entrevistas com os responsáveis de cada setor da equipe multidisciplinar para compreensão do ambiente, assim como será observado a dinâmica destes setores, posteriormente tais dados serão analisados e interpretados para que se possa estabelecer uma intervenção adequada ao local. Por fim, será apresentada uma proposta de intervenção aos gestores do hospital, visando um feedback para que se possa iniciar a intervenção.

6.2. Plano de Ação

O plano de ação será montado com base no diagnóstico. Para a intervenção, serão realizadas oficinas de trabalhos grupais facilitadas por uma psicóloga com especialização em psicologia clínica/hospitalar, não sendo esta psicóloga integrante da instituição hospitalar a qual se propõe a realizar tal intervenção, realizando apenas o papel de interconsultora, visto que o fato de não ser integrante da equipe e não tendo vínculo com os integrantes do processo facilita a

neutralidade. Os profissionais que trabalham em hospitais serão os participantes, onde será abordada a relação entre o trabalho e a saúde deste trabalhador. O trabalho será destinado a todos os profissionais de saúde que cuidam diretamente dos pacientes internados ou que estejam realizando tratamentos/procedimentos na instituição hospitalar. As oficinas serão realizadas no próprio hospital em que trabalham os profissionais cuidadores, em quatro momentos, sendo um encontro por semana, com duração de uma hora e meia e poderá ser realizado mais de um grupo, a depender do horário de trabalho destes profissionais, para que todos possam ser contemplados. Serão realizadas aulas expositivas em power point, dinâmica visando expressão dos sentimentos, leitura e discussão de caso, utilização de textos e materiais de papelaria para a realização das atividades propostas. Dependendo dos resultados a partir da avaliação dos participantes e gestores, posteriormente as oficinas poderão ser realizadas de forma sistemática.

A ideia de realizar uma oficina pode ser interessante, uma vez que se apresenta como uma atividade grupal podendo trazer uma boa reflexão sobre o que está acontecendo com o grupo naquele momento⁴.

O papel da facilitadora será o de colocar os profissionais cuidadores como protagonistas da ação. Estes serão provocados ao exercício da reflexão e autoanálise, sendo fundamental que possam olhar para si e para as próprias atitudes para, assim, poderem compreender o que está se passando na sua relação com o grupo. A ideia é retirar estes profissionais do ritmo de trabalho que estão acostumados e que, muitas vezes, agem de maneira automática, para desfocar o olhar dos mesmos diante de algumas situações do cotidiano e provocá-los à criação de outras respostas que não as automatizadas.

Para Amaral, pensar em conjunto as experiências de cada profissional e da mesma forma, procurar no e com o grupo estratégias para dissipar certas tensões que podem surgir em grupo, apresenta-se como uma nova e produtiva experiência⁸.

A intervenção proposta através desse grupo pretende criar um espaço de cuidado ao cuidador no hospital, o que pode gerar mudanças importantes no relacionamento interpessoal entre os membros da equipe, potencializando a vivência do autocuidado, fazendo com que os participantes sintam-se acolhidos e reconhecidos em seu trabalho, podendo tornar-se um instrumento eficaz na produção de novas práticas de cuidado no espaço hospitalar.

A psicóloga, facilitadora deste processo, se responsabilizará pelo trabalho realizado dentro de uma postura ética exigida pela sua categoria, respeitando as normas de funcionamento da instituição a ser realizada a proposta de intervenção. Tal intervenção não tem como finalidade a psicoterapia de grupo, onde se trabalha questões mais latentes do sujeito. Porém, percebendo uma situação que necessite de acompanhamento psicológico, a facilitadora fará o devido encaminhamento individualmente, sendo resguardado o sigilo da situação do participante.

6.3. Execução

6.3.1. Público-alvo

Profissionais de saúde de nível superior e técnico que lidam com os pacientes que estão sendo atendidos e acompanhados pela instituição hospitalar. Os profissionais serão convidados através de uma carta convite.

6.3.2. Carga horária

A oficina será realizada por etapas, onde será dividida em 4 (quatro) momentos. Cada momento será realizado 1 (uma) vez por semana, por 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos. Perfazendo um total de 6 (seis) horas para finalizar o processo de cada grupo. Como a maioria dos funcionários trabalha em regime de plantão, o mesmo processo deverá ser realizado duas vezes, ou seja, numa mesma semana a oficina se repetirá em dois dias seguidos, numa tentativa de contemplar a maioria dos funcionários.

6.3.3. Sistematização das oficinas

Semana	Atividades propostas para as Oficinas
1º	8:00 as 8:20h – <u>Momento de descontração e apresentação dos participantes e facilitadora</u> 8:20 as 9:30h – <u>realização de atividade em pequenos grupos: “Para você, O que é cuidado?”</u> , com uso de materiais (cartolina, lápis de cor, tesoura, cola e revistas) para produção do trabalho visando a reflexão e expressão dos sentimentos.
2º	8:00 as 9:00h – <u>simulação</u> : os participantes, em pequenos grupos, encenarão algo voltado para o cuidado 9:00 as 9:30h – <u>discussão da atividade no grande grupo</u>
3º	8:00 as 9:00h – <u>discussão de casos clínicos</u> : em pequenos grupos, os participantes receberão exemplos de casos reais ou fictícios de situações que acontecem no ambiente hospitalar 9:00 as 9:30h – <u>discussão da atividade no grande grupo</u>
4º	8:00 as 9:00h – <u>aula expositiva e interativa: “A importância do cuidado”</u> (power point), com interação dos participantes 9:00 as 9:30h – <u>avaliação</u> : como foi todo o processo das oficinas por parte dos participantes e da facilitadora. Nesta etapa os participantes preencherão uma Ficha de Registro do encontro.

6.3.4. Local

As oficinas serão realizadas numa sala disponibilizada pela instituição em condições adequadas como: amplo espaço, boa iluminação, boa ventilação, com porta para que fechada possa evitar ruídos externos; contendo ainda cadeiras para todos os participantes e datashow para a exposição das aulas.

6.3.5. Orçamento

Os custos serão financiados pela instituição a qual será realizado o trabalho com os profissionais de saúde, tendo como valor da hora trabalhada pela especialista de R\$120,00. Cada grupo terá um total de 6 horas para finalizar todo o processo, perfazendo um total de R\$720,00 por grupo trabalhado.

6.4. Avaliação e resultados

Nesta etapa, será verificado se os objetivos propostos foram ou não alcançados. A partir daí será produzido um relatório como avaliação final e será dado um retorno aos participantes deste processo, assim como aos gestores da instituição. Os resultados serão discutidos com os gestores para expor os benefícios e dificuldades de todo o processo, e ainda uma possível discussão para trabalhos futuros, visando melhorias no atendimento hospitalar.

7. DISCUSSÃO

Trabalhar num ambiente hospitalar pode trazer desgaste emocional ao profissional cuidador e esse desgaste pode ser agravado por fatores pessoais, culturais, econômicos, sociais, religiosos e políticos. O cotidiano agitado e sobrecarregado de tarefas em seu ambiente de trabalho muitas vezes faz com que o profissional não consiga ocupar o lugar de observador de si mesmo. Somando-se a isso, pode haver o medo da autocritica e do autoconhecimento, que faz parte de uma cultura comprometida com a perfeição, o sucesso, a hiperatividade e a fantasia de resolução imediata dos problemas³.

Em determinado momento, sem que perceba, o profissional cuidador pode estar agindo no automatismo. É provável que este trabalhador que apresenta fadiga excessiva e ausência de sentido em relação à sua profissão esteja suficientemente anestesiado para não perceber a deformação profissional que o atingiu³. Neste cenário, torna-se importante sensibilizar e conscientizar os profissionais cuidadores quanto à importância do autocuidado.

Para que haja uma conduta adequada nas relações e a liberdade seja exercida de maneira devida, é preciso cuidar de si, não numa perspectiva de egoísmo, mas como aperfeiçoamento pessoal. O ideal é que o profissional possa compartilhar suas dores, dúvidas e anseios, ou mesmo discutir sua experiência profissional, submetendo-a a outros olhares e considerações³. Faz-se necessária a conscientização das virtudes e fraquezas de cada um, que durante o cuidado são evidenciadas a cada momento, a cada ato de cuidar. Assim, é o psicólogo hospitalar que estará atento a este movimento e poderá, por sua especialidade, propor trabalhos que favoreçam e facilitem todo este processo.

Desta forma, compreende-se a necessidade de criação de espaços de cuidado ao cuidador no hospital, o que possibilita mudanças positivas no relacionamento interpessoal dos profissionais, trazendo sentimentos de acolhimento e reconhecimento, podendo tornar-se um instrumento eficaz⁵. Como já foram mencionados, trabalhos realizados por Kovács⁴ e Amaral⁸ foram descritos para mostrar o benefício dos mesmos, porém foram trabalhos realizados apenas com equipes de enfermagem. A presente proposta de intervenção pretende abarcar todos os profissionais de níveis superior e técnico que lidem diretamente com pacientes que realizam tratamentos em ambiente hospitalar, o que torna esta proposta inédita.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia deste trabalho foi propor uma intervenção para cuidar da equipe de saúde que trabalhe num contexto hospitalar. A expectativa desta elaboração, por ora idealizada, é poder voltar o olhar para o profissional cuidador que pode perder-se na sua dinâmica laboral, trazendo riscos à própria saúde.

Tal proposta foi pensada pela percepção de escassez de trabalhos realizados com equipes de saúde visando o autocuidado. E por acreditar que o psicólogo não pode se eximir do desenvolvimento de práticas de cuidado ao cuidador, uma vez que as ações do cuidador refletirão diretamente na produção de saúde do hospital, sendo este profissional o mais capacitado, por sua formação, para realizar este tipo de intervenção. É importante cuidar tanto do paciente quanto do profissional cuidador, pois a relação entre ambos retroalimenta a produção de vida.

Assim, fica evidente a relevância dessa proposta de intervenção, visto que o apoio aos profissionais cuidadores é essencial para o seu desenvolvimento saudável, bem como para a melhoria do tratamento e dos cuidados dispensados ao paciente. Independente da modalidade escolhida, o cuidado a este profissional é uma medida fundamental a ser adotada nos hospitais. Afinal, nas palavras de Kovács⁴, cuida bem quem se sente cuidado, respeitado e acolhido.

9. REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2004 Feb [cited 2016 Aug 15]; 8(14): 73-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acesso em 28 jan. 2016.
2. Baggio MA. As significados das relações múltiplas do cuidado de si, do outro e “do nós” sob a perspectiva da complexidade. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2008. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/91778>. Acesso em 14 dez. 2015.
3. Henriques AHB, Barros RF, Moraes GSN. Cuidado ao cuidador na busca de um cuidado humanizado em saúde: um resgate bibliográfico. Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité. 2013. <http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I20456.E8.T3977.D4AP.pdf> Acesso: jan. 2016.
4. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O mundo da saúde, São Paulo, 2010; 34(4):420-429. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf. Acesso em 30 nov. 2015.
5. Hennemann-Krause L. ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012; 11(2): 18-25. Acesso: jan. 2016.
6. Quintana AM, Kegler P, Santos MS, Lima LD. Sentimentos e percepção da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Paideia (Ribeirão Preto), 2006; 16(35); 415-425. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863x2006000300012>. Acesso: jan. 2016.
7. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-Br. 2013. Estudos de psicologia, 18(2), 213-221. Acesso: jan, 2016.
8. Amaral RA, Moraes CW, Ostermann GT. Cuidando do cuidador: grupo de funcionários no Hospital Geral. Rev. SBPH [Internet]. 2010 Dez [citado 2016 Ago 15]; 13(2): 270-281. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200009&lng=pt. Acesso em 14 dez. 2015.
9. Castro M, Pereira WR. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem 2011; 64(3):486-93. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a12.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2016.
10. Damas KCA, Munari DB, Siqueira KM. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Revista eletrônica de enfermagem, V. 06, n. 02, 2004. www.fen.ufg.br. Acesso: jan. 2016.

11. Liberato RP, Carvalho VA. Estresse e síndrome de burnout em equipes que cuidam de pacientes com câncer: cuidando do cuidador profissional. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008.
12. Stumm EMF, Leite MT, Maschio G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com câncer. Artigo produzido a partir do Trabalho Monográfico de conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noreste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. Cogitare Enferm; 13(1):75-82. 2008. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/11955/8436>. Acesso em 30 de setembro de 2015.
13. Angerami – Camon VA(org.). Psicossomática e a Psicologia da Dor. 2º ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2012.
14. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. 7º edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
15. Arantes ACLQ, Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, et al. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008.
16. Hennemann-Krause L. dor no fim da vida: avaliar para tratar. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012; 11(2): 26-31. Acesso: jan. 2016.
17. Peres J. Cuidados paliativos e síndrome de burnout: um olhar profilático. Cuidados Paliativos, diretrizes, humanização e alívio de sintomas. Editor Franklin Santana Santos São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
18. Soares HLR, Cunha CEC. A síndrome de “burn-out”: sofrimento psíquico nos profissionais de saúde. 2007. Revista do Departamento de Psicologia. UFF, 19(2), 505-506. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000200021>. Acesso: jan. 2016.
19. Barbosa SC, Souza S, Moreira JS. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323. 2014 Recuperado em 15 de agosto de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&tlng=pt. Acesso: 11 jan. 2016.
20. Castro EK, Bornholdt E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. 2004. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>. Acesso: jan, 2016.
21. Educação em saúde, planejando as ações educativas. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS – São Paulo. Revisto em 2001.

APÊNDICE

Ficha de Registro do Encontro

Nome do participante: _____

Data: ____/____/____

Grupo: _____

Avaliação individual:

➤ Pontos positivos

➤ Pontos negativos
