

APOIO PSICOLÓGICO À ENFERMAGEM DIANTE DA MORTE:
ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Ciomara Ribeiro Silva Benincá

Relatório de Tese apresentado como exigência parcial
para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia
sob a orientação do Prof. Dr. William B. Gomes.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Mestrado e Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento
Maio, 2002.

Aos amores da minha vida:
à princesa um, Maria Eugênia,
à princesa dois, Amanda, e
ao meu marido Caio.

AGRADECIMENTOS

- Ao professor Dr. William B. Gomes, orientador desse trabalho.
- À professora Dra. Liana Lautert que contribuiu com questões pertinentes ao trabalho.
- À professora Dra. Maria Lúcia T. Nunes, pela sua valiosa contribuição, desde a discussão da proposta até as bancas examinadoras.
- Ao professor Dr. Paulo Kroeff, membro da banca examinadora do trabalho.
- À professora Dra. Rita S. Lopes, relatora do trabalho.
- À Universidade de Passo Fundo, que possibilitou meu afastamento para realização do trabalho.
- À chefia de enfermagem da instituição pesquisada, que permitiu minha entrada na Unidade de Terapia Intensiva.
- E, especialmente, à equipe de enfermagem da UTI Isolamento, que tão gentilmente acolheu e acreditou na proposta. Muito obrigada!

SUMÁRIO

	Página
Lista de Tabelas	5
Resumo	6
Abstract	7
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	8
1.1. A morte na UTI	10
1.2. Os trabalhadores da UTI	16
1.3. Os estudos em educação para a morte	17
1.4. Objetivos	23
CAPÍTULO II – MÉTODO	26
2.1. Metodologia	26
2.2. Delineamento	27
2.3. Local	28
2.4. Participantes	29
2.5. Instrumentos	32
2.6. Procedimentos	34
2.7. Critérios de análise	36
CAPÍTULO III - RESULTADOS	38
3.1. I Etapa – Exploratória	38
3.1.1. Redução fenomenológica: cenas, falas e escritos sobre a UTI	38
3.1.2. Interpretação fenomenológica: tópicos relevantes sobre o mundo vivido na UTI	57
a) O trabalho	58
b) O paciente	59
c) A morte	60
3.2. II Etapa – Interventiva	61
3.2.1. Síntese descritiva dos encontros	62
3.2.2. Redução fenomenológica dos encontros	64
a) O trabalho	66
b) O paciente	70
c) A morte	72
3.3. III Etapa – Interpretativa	76
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
Referências Bibliográficas	86
Anexo A – Transcrição das observações	97
Anexo B – Roteiro tópico de entrevista	121
Anexo C – Termo de consentimento informado das entrevistas	122
Anexo D - Transcrição das entrevistas	123
Anexo E – Proposta de intervenção	159
Anexo F – Convites para participar dos encontros de discussão	162
Anexo G – Termo de consentimento informado dos grupos de discussão	163
Anexo H – Transcrição dos encontros	164
Anexo I – Avaliação dos participantes sobre os encontros	202

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Delineamento fenomenológico das três etapas	28
Tabela 2 – Caracterização dos entrevistados	30
Tabela 3 – Caracterização dos participantes dos grupos de discussão	31
Tabela 4 - Planejamento detalhado dos encontros	35
Tabela 5 – Redução fenomenológica do trabalho em enfermagem na UTI	66
Tabela 6 – Redução fenomenológica do relacionamento com os médicos na UTI	67
Tabela 7 – Redução fenomenológica do relacionamento com os enfermeiros na UTI	68
Tabela 8 – Redução fenomenológica do relacionamento entre auxiliares de enfermagem na UTI	68
Tabela 9 – Redução fenomenológica da vivência de pertencer à UTI Isolamento	69
Tabela 10 – Redução fenomenológica do relacionamento com os pacientes na UTI	70
Tabela 11 – Redução fenomenológica da vivência de sofrimento e morte dos pacientes na UTI	70
Tabela 12 – Redução fenomenológica do relacionamento com os familiares dos pacientes na UTI	71
Tabela 13 – Redução fenomenológica da vivência da morte dos pacientes na UTI	72
Tabela 14 – Redução fenomenológica da vivência do medo da Morte	73
Tabela 15 – Redução fenomenológica da vivência do luto	74

Resumo

A vivência da morte na UTI exige da equipe de enfermagem estratégias para suportar a pressão emocional de uma árdua rotina de trabalho. As ações contínuas e precisas na luta pelo restabelecimento e manutenção das funções vitais, aliadas à falta de treinamento específico, têm sido as responsáveis por um significativo desgaste físico e emocional. Este trabalho é uma proposta de intervenção profilática junto a auxiliares de enfermagem da UTI – Isolamento de um hospital geral da cidade de Passo Fundo/RS, combinando a estratégia de reflexão sistemática, o método fenomenológico, a uma estratégia de intervenção coletiva, grupos de apoio para profissionais. As etapas da pesquisa corresponderam, em objetivo e escopo, às três reflexões fenomenológicas: 1) descrição do ambiente através de observações na UTI (15) e entrevistas (10); 2) redução aos tópicos significativos que conduziram os grupos de discussão (3); e 3) avaliação interpretativa de todo o processo. A discussão favoreceu a tomada de consciência e reflexão sobre vivências profissionais com base na própria experiência, servindo como estratégia de ajuda mútua, que explora aspectos de identificação e apoio interpessoal. O resultado pode ser comparado com trabalhos similares, no sentido de avaliar qualitativamente o modelo escolhido, apontando seus êxitos e fracassos.

Abstract

Facing death at the ICU (Intensive Care Unit) demands the use of strategies by the nursing staff to support the emotional load of a heavy working routine. Accurate and continuous actions in the struggle to re-establish and keep the functions of vital organs together with a lack of specific training have been responsible for a significant physical and emotional stress of the nursing staff at the ICU. Therefore this study suggests a prophylactic intervention in the nursing staff at the ICU of a general hospital at the city of Passo Fundo, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The intervention here executed combines a strategy of systematic reflection (phenomenological method) with a strategy of collective intervention - support group for professionals. The research phases have corresponded to objective and scope of the three phenomenological reflections: 1) environment description through observations at the ICU (15) and also through interviews (10); 2) reduction of the significant topics which guided the discussion groups (3); and 3) interpretative valuation of the whole process. Discussion has favored conscious awareness and reflection about professional attitudes through their own experiences. It has also served as a strategy of mutual help that explores aspects of identification and interpersonal support. The results of this study may be compared to similar ones as a way to assess the advantages and disadvantages of the chosen model.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo executar uma intervenção grupal junto à equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de Isolamento, para refletir sobre as reações decorrentes da morte dos pacientes. A idéia é possibilitar que, partindo da própria experiência, os profissionais escutem dessa equipe e compartilhem seus sentimentos entre os colegas, promovendo uma melhor interação pela identificação mútua. Parte-se do pressuposto de que o grupo de iguais tem uma importante função de apoio nas situações de pressão psicológica, servindo de suporte e modelo para a compreensão e no manejo dos problemas psicoemocionais presentes no ambiente de UTI (Kahnweiler & Riordan, 1998; Ramsey, 1992; Vinogradov & Yalom, 1992).

A necessidade de se criar um espaço para que a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, possa refletir sobre o seu cotidiano de trabalho, possibilitando a compreensão da morte como parte da existência humana, é sustentada por vários autores (Boemer et al., 1989; Figueiredo & Turato, 1995; Spencer, 1994). Segundo eles, os membros dessas equipes devem compartilhar sentimentos decorrentes da inserção profissional com os colegas, através da livre expressão e de discussões continuadas sobre as suas causas e suas implicações. Tal prática pode oferecer meios de comunicação, apoio e aceitação, tornando os profissionais mais habilitados a ajudar seus pacientes (Mandel, 1981), visto que a capacitação para testemunhar e auxiliar nos dramas humanos reside, fundamentalmente, na consciência e compreensão dos próprios sentimentos em relação à doença e à terminalidade (Kovács, 1992; Santos et al., 2001). E, já que as escolas de enfermagem priorizam, essencialmente, os aspectos técnicos e psicológicos do cuidado com o paciente (Carvalho, 1994), cabe ao hospital dispensar especial atenção ao *staff* na prevenção dos conflitos existenciais que permeiam a difícil tarefa de ajudar quem está precisando de ajuda (Leitão, 1993). A instituição hospitalar é o lugar apropriado para a legitimação de métodos de ajuda para lidar com os sentimentos de quem cuida do doente crônico e assiste a morte dos pacientes (Figueiredo & Turato, 1995).

Nessa tarefa, o psicólogo, como um profissional da saúde, não pode nem deve se omitir. Para Kovács (1992), seguindo uma tendência generalizada de institucionalização

das profissões da saúde, a psicologia tem no hospital geral uma nova possibilidade de atuação, ampliando as práticas clínicas tradicionais para um trabalho interdisciplinar junto à equipe. Além disso, a morte não parece ser objeto de muita atenção para muitos psicólogos, seja como campo de estudo, seja como prática profissional, a despeito de ser uma preocupação universal do homem. Para os existencialistas, é justamente a capacidade de compreender a futura e inevitável morte, uma das mais distintas características do homem, em contraste com as outras espécies, e é essa experiência de limitação no tempo o centro de suas análises da condição humana (Feifel, 1976).

A morte é um tema filosófico existencial (Rollo-May, 1960/1976) complexo e multifacetado. Em termos teóricos, pode ser descrita apenas por sintomas físicos, mas, transcendendo a objetividade técnica, representa o fim de um processo vivenciado e valorizado de acordo com o desenvolvimento individual e o contexto histórico e cultural dos indivíduos. Esse fenômeno é amplamente descrito por autores importantes, como Feifel (1959), Ziegler (1977), Ariès (1989) e Morin (1997). Para esses, a hospitalização é uma das principais evidências de que, especialmente no lado ocidental do mundo, a morte é um estímulo aversivo, que tem no medo e na evitação a sua reação mais típica. Conseqüentemente, pensar, falar e, ainda mais, conviver com a morte, constitui-se em um desafio, frente ao qual se evidencia a fragilidade do homem e seu mal-estar diante do próprio morrer, da perda e do sentimento de fracasso (Kovács, 1987; Torres & Guedes, 1992).

Os comportamentos aversivos e de esquiva à morte são, em verdade, considerados reações normais, podendo-se esperar reações de medo nas pessoas que estão incumbidas de assisti-la (Kastenbaum & Aisenberg, 1983; Speer, 1974). A maior dificuldade em atender o paciente que está morrendo relaciona-se à profunda ansiedade evocada pela identificação com ele, além da frustração e dos danos ao amor próprio, que, podem representar o fracasso terapêutico. Conseqüentemente, o receio de sofrer pela perda e de confrontar-se com a natureza e o escopo dos seus próprios sentimentos em relação à morte – raiva, culpa, ansiedade, depressão - provocam um afastamento emocional dos pacientes que, os quais se sentem negligenciados (Alves & Godoy, 1997; Santos et al., 2001). Entrementes, a supressão desses sentimentos, como se fossem inapropriados, não proporciona um ambiente verdadeiramente empático e cuidadoso na prática clínica (Boemer et al., 1989). O compartilhar com os colegas os sentimentos e as preocupações relacionados à profissão e ao cuidado com os pacientes é, então,

considerado como uma das estratégias de defesa mais eficazes, passíveis de serem utilizadas pela equipe de enfermagem (Mandel, 1981).

Esta breve revisão está dividida em três partes. Inicialmente, trazem-se os benefícios e desafios da UTI, considerando o impacto frente à morte no contexto ampliado do paciente e de seus familiares, dos avanços tecnológicos da medicina, e da situação dos trabalhadores deste setor hospitalar. A seguir, descreve um grupo de trabalhadores que sofre intensamente o impacto tecnológico e humano das rotinas da UTI: a equipe de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Por fim, revisa-se o que tem sido feito por pesquisadores e profissionais da psicologia e enfermagem para auxiliar e assistir os trabalhadores de UTI.

1.1. A morte na UTI

A Unidade de Terapia Intensiva é fruto do extraordinário avanço que as ciências médicas e sua tecnologia atingiram no século XX, objetivando um tratamento intensivo do enfermo. Desde sua criação, na década de 50, nos Estados Unidos, veio se evidenciando como uma unidade indispensável na assistência a doenças graves, através de equipamentos sofisticados, pessoal técnico qualificado, atenção constante, 24 horas de medicação, exames, testes, tensão e rotina. No Brasil, a Sociedade de Terapia Intensiva foi criada na década de 70, mas somente em 1992 o Conselho de Medicina reconheceu a especialidade (Coelho, 1996; Di Biagi, 1993).

Na atualidade, as UTIs possuem um aparato tecnológico complexo e oneroso, potencialmente capaz de recuperar três de cada quatro vidas que a elas são confiadas. Trata-se de um espaço preparado para o atendimento das mais diversas patologias que oferecem risco de vida, composto por leitos equipados com aparelhagem para controle, manutenção e suporte das funções vitais, como respiração, circulação, funções gástricas e renais. Em termos arquitetônicos, a UTI possui uma disposição de leitos que facilita a observação contínua, além de ter interligação com setores de suporte, como laboratório de análises, departamento de radiologia e centro cirúrgico. Do ponto de vista profissional, as equipes de tratamento intensivo são compostas por médicos intensivistas e paramédicos, contando com enfermeiros e auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros (Coelho, 1996).

Não obstante todo aparato tecnológico, a UTI traz como sério estereótipo a imagem de sofrimento e morte iminente. Na verdade, esse tipo de imagem acaba tendo uma boa dose de realidade por ser uma unidade hospitalar que atende a casos nos quais o cuidado intensivo e a gravidade exigem serviços constantes e especializados (Sebastiani, 1999). São características intrínsecas - rotina de trabalho mais acelerada, clima de constante apreensão e situações de morte iminente - que acabam por exacerbar o estado de estresse e tensão que tanto o paciente como a equipe vivem durante todas as horas do dia. Some-se a esses aspectos a dimensão individual do sofrimento da pessoa internada, como a dor, o medo, a ansiedade e o isolamento do mundo, que vêm interagir na manifestação orgânica e psicológica da enfermidade (Lapertosa & Duarte, 1996).

Diante dos estados emergenciais e da iminência de morte, trabalha-se muito para que o processo mórbido seja interrompido e volte a vigorar o equilíbrio orgânico. A equipe é especializada; as técnicas médicas são sofisticadas, com ritmo de trabalho extremamente intenso, e os fluxos de ação são rápidos, semelhantes a estratégias militares. Como resultado, a UTI tem mostrado eficiência na sua proposta de tratamento intensivo, revelando boas perspectivas diante de um quadro, muitas vezes, irreversível (Di Biaggi, 1993). Mas, se a morte é inevitável, e isso na UTI é uma realidade rotineira, tende a provocar conseqüências importantes em termos físicos e emocionais em toda a equipe.

As ocorrências inesperadas nas condições de um paciente são eventos altamente estressantes e, possivelmente, redundam no aumento da ansiedade e do temor, principalmente quando sobrepujam as esperanças de um bom prognóstico. Na equipe de enfermagem, em especial, podem aparecer preocupações quanto à sua contribuição real ou imaginária às situações, sentimentos que incrementam a frustração, a raiva, a depressão e a falta de autoconfiança, que são a representação dos danos ao amor próprio provocados pela impotência diante da terminalidade (García, 1989; Kyes & Hofling, 1985). As pressões profissionais às quais se submete o pessoal da enfermagem têm seus efeitos potencializados pela própria dificuldade de enfrentar a morte de pacientes nos quais são investidos tantos recursos e tantas expectativas. Na verdade, a luta diária com a morte e pelo restabelecimento ou pela manutenção da vida constitui-se na metáfora profissional dessa equipe, marcada pela dualidade entre forças opostas: a consciência real da própria morte e a fantasia de imortalidade inerente à espécie humana (Figueiredo & Turato, 1995).

1.2. Os trabalhadores da UTI

Os fatores estressantes para o profissional da enfermagem da UTI vão desde a sobrecarga de trabalho e o excesso de responsabilidade por decisões e ações (Silva, 1998) até aspectos externos, como vida familiar, crises situacionais, características de personalidade e antecedentes educacionais, dentre outras questões que podem influenciar no comportamento e no desempenho no trabalho - como os conflitos entre profissionais, o despreparo da equipe e a falta de apoio para lidar com pacientes moribundos e com a morte (Boemer et al., 1991).

O enfrentamento das situações de doença grave e de morte está entre os fatores mais estressantes no trabalho da equipe hospitalar (Rivetti, 1993). Tal dificuldade se deve, além das limitações de ordem pessoal, à escassa preparação profissional para a grande tensão à qual a enfermagem está submetida, agravada por suas próprias condições de trabalho. Na UTI, mais especificamente, somem-se à sobrecarga física e mental de trabalho as pressões do tempo, que exigem o desenvolvimento de ações rápidas e precisas (Lautert, 1997b), traduzindo-se na ocorrência de um grande número de problemas que incidem negativamente no estilo de vida e saúde dos profissionais da enfermagem, como manifestações físicas, psicológicas e comportamentais - fadiga constante, problemas gastrintestinais, dores de cabeça, dores musculares, problemas relacionados com a alimentação e com o sono, hipertensão, irritabilidade, automedicação e abuso de drogas (García, 1989).

A alta demanda de pacientes, combinada a um baixo poder de decisão e influência administrativa no hospital, é causadora de um grande desgaste profissional (Boemer et al., 1991; Figueiredo & Turato, 1995; Miranda et al., 2001), impedindo a realização pessoal e aumentando significativamente o nível de *burnout* dos enfermeiros de UTIs, em relação aos seus colegas de outras unidades (Mallet et al., 1991). Alie-se a essa problemática o contexto precário do sistema de saúde do país, agravado pelas tremendas responsabilidades do cuidado de enfermagem e frustrações com o sistema hospitalar, o que gera uma quase constante situação de ansiedade (Lautert, 1997b; Silva, 1998).

A tensão à qual se submetem os trabalhadores das UTIs tem sido preocupação de pesquisadores na área da saúde (Boemer, 1986; Cassorla, 1998; Kovács, 1992;

Lautert, 1997a; 1997b; Sebastiani, 1999; Silva Jr. et al., 1998a, 1998b; Torres, 1989). É consenso que as situações de morte nos hospitais são um fator significativo de estresse, especialmente para a equipe de enfermagem intensivista (Spencer, 1994). São os enfermeiros e os auxiliares quem mais lida com a morte do paciente, que fica, irremediavelmente, sob os seus cuidados, assim que o médico constata formal e legalmente o óbito. Nessas situações, o sofrimento ocasionado parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas de um cotidiano árduo (Alves & Godoy, 1997), nas quais é preciso ter significativa sensibilidade e uma diversidade de mecanismos de defesa, que, muitas vezes, podem ser equivocadamente confundidos com atos de frieza dos profissionais da enfermagem (Ribeiro et al., 1998).

Cuidar do paciente grave ou com risco de morte constitui-se em um trabalho penoso, considerando a subjetividade do trabalhador da saúde e o significado que ele atribui à doença e à morte (Pitta, 1991). Nesse sentido, as estratégias desenvolvidas para aliviar a ansiedade gerada pelo confronto com a morte têm como objetivo a adaptação às vivências difíceis decorrentes dessa interação. A natureza das estratégias de defesa utilizadas pelos enfermeiros foi objeto de estudo de uma psicanalista, contratada para o programa de intervenção e treinamento de um hospital londrino, há mais de trinta anos. Em seu trabalho, Menzies (1969) concluiu que o elevado nível crônico de tensão e ansiedade nas enfermeiras não se justifica na natureza da tarefa, obviamente difícil, mas no seu ineficaz sistema social de defesas. Para a pesquisadora, o pessoal da enfermagem lança mão de mecanismos psíquicos muito primitivos (esquizo-paranóides), cuja característica principal é esquivar-se da ansiedade, sem, realmente, modificá-la e reduzi-la.

Vê-se, assim, que, a despeito do alto nível de especialização e tecnologia na terapêutica intensivista, o conseqüente investimento em material humano continua deixando muito a desejar. De modo geral, os auxiliares de enfermagem são treinados no próprio local, o que resulta em funcionários despreparados e vulneráveis para enfrentar adequadamente situações complexas, que são a tônica da UTI: "lida, principalmente, com condutas imediatas em situações limítrofes" (Barreto, 1993, p. 4), que envolvem aspectos técnicos e psicológicos. Sobre esse ponto, Kyes e Hofling (1985) consideram que, mesmo estando os profissionais mais preparados e sensíveis à condição humana do que há algumas décadas, infelizmente ainda não aprenderam a lidar de modo sociável com os assuntos emocionalmente carregados.

O impacto psicológico e a conseqüente dificuldade em lidar com a morte e o morrer por parte da equipe de enfermagem têm sido consideravelmente discutidos nos meios acadêmicos e profissionais. Desde a década de setenta, as publicações evidenciam dados irrefutáveis quanto à insalubridade física e emocional do trabalho de enfermagem (Menzies, 1969) ou, mais recentemente, sugerem estratégias para melhor lidar com as mazelas profissionais desse pessoal, que aprende a mascarar seus sentimentos a fim de garantir a qualidade técnica da assistência (Boemer et al., 1989; Kastenbaum & Aisenberg, 1983; Kübler-Ross, 1969/1998). Os estudos se inserem na tendência mundial de *Educação para a morte*, no sentido de esclarecer questões importantes sobre o tema, capacitando a equipe de saúde a lidar adequadamente com essa realidade e, conseqüentemente, a melhorar a qualidade do relacionamento com os doentes, a própria satisfação e a capacidade de trabalho. A idéia é acrescentar unidades de tanatologia ao currículo médico e de enfermagem, a fim de que os profissionais aprendam a conhecer a linguagem multifásica e as etapas emocionais do doente terminal (Kübler-Ross, 1975/1996), ao mesmo tempo em que encaram seus próprios sentimentos frente à morte (Rebello, 1993).

A opção por privilegiar somente uma categoria profissional respeita as peculiaridades de cada cargo, que desfruta de um *status* específico na organização hierárquica do trabalho na unidade. Tal diversidade, naturalmente, determina a divisão técnica e social das tarefas de enfermagem (Silva, 1998), desvelando diferentes perspectivas sobre uma mesma realidade. Vale dizer, portanto, que a experiência da morte na rotina diária de trabalho é significativamente diferente para o pessoal da área médica e para os enfermeiros e auxiliares (Hartmann, 1998), questão que se relaciona, conforme García (1989), a distintos "modos de produção nos serviços de saúde", a saber, o "artesanal" e o "burocrático"(p. 62), separando o trabalho intelectual do trabalho material (Mello, 1986). Mesmo na equipe de enfermagem, a divisão das tarefas acontece entre trabalhadores mais e menos graduados, tal como descreve Pitta (1991 p. 54):

Os atos técnica e socialmente mais qualificados, herdados, por sua vez, dos atos médicos, ficam com a enfermagem de nível superior. Os enfermeiros chefiam e supervisionam a enfermagem de nível médio e elementar, auxiliares e atendentes, que executam o trabalho menos qualificado, expondo-se mais tempo aos enfermos.

Os auxiliares de enfermagem são os responsáveis pelas tarefas mais intensas e repetitivas, apesar de social e financeiramente menos valorizadas. São os auxiliares, portanto, que convivem mais tempo e mais de perto com os doentes, anotando com detalhes as suas reações, o que, para Pitta (1991), encarna a autêntica atribuição do hospital – vigiar a vida e a morte dos internados. Reside aí o principal argumento para privilegiar neste estudo o grupo de auxiliares, já que se objetiva conceber um processo de qualificação técnica e humana para o trabalho cotidiano de quem, efetivamente, assiste a morte no hospital. Atende-se, portanto, à exigência de Boemer e cols. (1989) de um programa de educação em serviço, que minimizaria as falhas de uma formação teórica, que privilegia a destreza técnica e minimiza a importância do paciente e da equipe enquanto seres humanos. A autora destaca a frieza minimalista com a qual o assunto é tratado nos manuais especializados: “Em caso de óbito o auxiliar de enfermagem deve: a) preparar devidamente o corpo; b) fazer anotação nos impressos próprios; c) retirar o corpo e a cama da unidade” (p. 10).

A visível responsabilização e maior envolvimento da equipe de enfermagem com o paciente se dá não somente por uma questão funcional ou administrativa, mas pela própria hierarquia profissional. Para Kastenbaum e Aisenberg (1983), o enfermeiro é a pessoa que mais toca com suas mãos a pessoa moribunda, assumindo, de fato, a responsabilidade hora após hora. Mesmo assim, existem restrições substanciais ao seu comportamento, especialmente derivadas do seu papel subordinado no sistema de *status* profissional: ao médico cabem as decisões cruciais, ao passo que à equipe de enfermagem resta, obrigatoriamente, pôr em prática e implantar essas decisões, independentemente das suas preferências (Pitta, 1991).

Alie-se a todas essas dificuldades o abandono que os pacientes sem prognóstico de melhora sofrem por parte da classe médica. Sob o argumento de que nada mais há para ser feito, são deixados exclusivamente sob a responsabilidade da enfermagem, obrigada a acompanhá-lo até seu último suspiro. Mesmo sem ter o preparo necessário ao enfrentamento de situações críticas, é o enfermeiro quem está mais próximo e quem o paciente busca para conversar sobre os seus temores, ou quando está morrendo. É o profissional da enfermagem, também, quem está mais próximo da família, tendo de lidar com os sentimentos dos parentes, as dúvidas, as angústias, os temores e, quando o paciente falece, é quem toma as primeiras providências. O paciente vivo, entretanto, necessita não apenas de cuidados, como higiene, conforto, controle dos sintomas, mas

também de apoio psicológico, de sentir que é respeitado e compreendido e ter a possibilidade de expressar seus sentimentos. À equipe de enfermagem resta estar disponível e presente tanto quanto possível, oferecendo a paciência, a observação cuidadosa e a capacidade de ouvir (Moraes, 1993).

1.3. Os estudos em Educação para a morte

Mais especificamente na Psicologia, por volta de 1950, iniciaram-se os esforços para se estudar a repressão da morte como uma característica estrutural da sociedade ocidental moderna. A produção científica em tanatologia tem seu marco na obra de Feifel, *The meaning of death* (1959), considerada o primeiro grande produto do conhecimento da morte, movimento este que continuou crescendo cada vez mais. Atualmente, as fontes bibliográficas norte-americanas já são bastante variadas: incluem uma publicação da Universidade de Minesotta, onde está o Center for Death and Education Research, as revistas especializadas *Omega - The Journal of Death and Dying*, a *Suicide and Life - Threatening Behavior*, a *Death Studies*, da Universidade da Flórida, e outras, como *The Journal of Palliative Care* e *Hospice Journal*, só para citar algumas. Ao mesmo tempo, cursos e *workshops* sobre aspectos psicológicos da morte são realizados em muitas universidades, e o morrer não é mais um tema ausente na programação da American Psychological Association (NEPT, www.nemeton.com.br/neptufrj.htm).

No Brasil, os estudos na área da tanatologia tiveram início na década de 70, evidenciando um interesse crescente pelo assunto, sobretudo no nível de pós-graduação, o que propiciou o surgimento de muitos trabalhos, organizados em linhas de pesquisa (Bromberg et al., 1996). Em termos de produção científica, merece destaque o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tanatologia da UFRJ, que tem como objetivo propiciar a discussão interdisciplinar de problemas ligados ao tema, visando à integração entre a teoria, a pesquisa e a prática (Torres et al., 1983). Com reconhecimento científico equivalente, encontram-se os trabalhos de Maria Júlia Kovács, que vem desenvolvendo a disciplina Psicologia da Morte na USP de Ribeirão Preto/SP, a partir de suas pesquisas de mestrado e doutorado na área (Kovács, 1992). Em enfermagem, tem-se como referência o trabalho de Magali Boemer, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que obteve seu título de livre docente, estudando esse tema (Boemer, 1986).

Os trabalhos tendo como objeto a morte e o morrer na rotina dos profissionais da saúde começaram a proliferar desde a década de 70, incentivados, também, pelos seminários e estudos de Kübler-Ross (1969/1998) com doentes terminais. Desde então, as conseqüências físicas e emocionais que o trabalho de enfermagem ocasiona para os profissionais no contato com a doença grave e com a morte vêm sendo amplamente documentadas. Com esse interesse, o trabalho de Spencer (1994), por exemplo, investigou as reações específicas dos enfermeiros intensivistas à morte dos pacientes. Os 51 questionários fechados e dez entrevistas semi-estruturadas revelaram o seguinte quadro: os sentimentos prevalentes são tristeza (100%), alívio (98%), impacto (80,4%) e raiva (78,4%), modulados de acordo com a convivência que se teve com a família, a decisão de prolongar ou não a vida do paciente e o grau de responsabilidade para com ele. Estratégias como falar com os colegas da equipe (43%), deixar de lado (29,4%), falar com amigos e parentes (27,5%) e chorar (25,5%), são as mais comuns e eficazes para lidar com os sentimentos.

A necessidade de os enfermeiros serem mais bem trabalhados emocional e psicologicamente, na busca da autopercepção e da auto-expressão foi constatada por Costenaro e Moreira (1995). Preocupados com o relacionamento na equipe de enfermagem, os pesquisadores perguntaram aos profissionais quais os elementos-chave para iniciar ou dar continuidade a um bom relacionamento. As respostas apontaram para a autenticidade e empatia, sendo o autoconhecimento considerado um fator fundamental para estabelecer relações saudáveis no trabalho, facilitando a compreensão mais aguçada do comportamento da equipe multiprofissional.

Como se vê, a preocupação com a saúde dos profissionais da saúde é um corpo prático e teórico em plena expansão. Nesse contexto, alguns estudos estrangeiros se destacam pelo uso da técnica grupal no desenvolvimento de habilidades para lidar com a situação de terminalidade dos pacientes (Lewis, 1977; Mandel, 1981; Murphy, 1986; Murray, 1974; Wise, 1974). Nesses trabalhos, porém, o grupo é usado com fins de treinamento, como um modelo *a priori* e pedagógico. No Brasil, mais significativamente a partir da década de noventa, os trabalhos com grupos de profissionais da saúde têm focalizado o desenvolvimento de atitudes diante da morte (Beck, 1995; Figueiredo & Turato, 1995; Rebello, 1993) visto o desgaste físico e emocional inerente ao trabalho de enfermagem (Lucia & Gavião, 2001; Madeira et al., 1996; Mendes & Linhares, 1996; Neves, 2001).

A Educação para a morte como uma possibilidade real de crescimento e desenvolvimento humano para o pessoal da enfermagem, entretanto, é uma tendência que completa quase trinta anos. Ainda na década de setenta, Wise (1974), professora da Escola de Enfermagem do Texas, desenvolveu um programa de aprendizagem de três fases com seus alunos regulares: 1) a teoria sobre a resposta cultural americana à morte e ao luto, para motivar o estudo sobre a morte; 2) a identificação da própria reação à morte; e 3) a discussão e a reflexão sobre as maneiras de ajudar o paciente em iminência de morte. A intenção era que os enfermeiros desenvolvessem habilidades avaliadas por um questionário administrado de 2 a 24 meses depois de realizado o curso. Objetivamente, os participantes sentiram-se mais capazes de lidar com o seu próprio medo da morte, aceitando-a mais naturalmente, e desenvolveram maneiras específicas de interagir e de cuidar dos pacientes terminais.

No mesmo ano, Murray (1974) estudou o efeito de um programa de educação para a morte no nível de ansiedade de morte em enfermeiras. Foram trinta mulheres randomicamente selecionadas, que participaram de seis sessões, de uma hora e meia cada, espaçadas por uma semana. Os métodos usados incluíram leitura e discussão, apresentação audiovisual, dinâmica de grupos, *role-playing* e exercícios de sensibilização. O efeito foi avaliado pela Escala de Ansiedade de Morte de Templer, aplicada no início, no final e quatro semanas depois do curso, apontando para uma significativa diminuição do nível de ansiedade de morte.

De forma semelhante, a preocupação com os trabalhadores de enfermagem que se envolvem diretamente em situação de morte levou Lewis (1977) a desenvolver um programa educacional alternativo com estudantes da Califórnia. Para ele, as técnicas pedagógicas tradicionais não dão conta da demanda de sentimentos envolvidos nesse tema, sendo ineficazes e inadequadas intelectualizações. Desenvolveu, então, um jogo baseado na técnica psicodramática, que ajudaria os enfermeiros de UTI a identificar e explorar seus sentimentos sobre morte, dividido em quatro partes: o monólogo; a interação entre o paciente e o enfermeiro; a simulação de um ataque cardíaco seguido de morte e a situação da esposa e filha enlutadas. As pessoas que já participaram afirmam que o programa estimula a reflexão profunda sobre o seu comportamento e habilidades frente aos pacientes e à morte.

Por outro lado, nem sempre se tem reconhecido o impacto psicológico que pacientes crônicos ou terminais podem causar no *staff*, que se expressa em atitudes

como cansaço no trabalho, indisposição ou insatisfação com a instituição. Nesse sentido, Mandel (1981) desenvolveu em Yale um *workshop* para que quarenta enfermeiros que trabalham com doentes de câncer identificassem algumas das dificuldades do seu trabalho e explorassem suas necessidades. Divididos em cinco grupos, a tarefa era responder a uma afirmação particular, que foi, posteriormente, exposta para o grande grupo. As respostas mostraram que 1) o trabalho com a morte desperta sentimentos, tais como raiva, culpa, ansiedade, depressão, tristeza, esquiva e confusão sobre o papel e que 2) as estratégias de superação são cuidado físico, humor, atividades externas, confiança, negação, e compartilhamento. O pesquisador conclui, assim, que o hospital deve proporcionar oportunidades para a expressão e exploração desses sentimentos, no sentido de prover um aumento do *insight* e da sensibilidade, tornando os enfermeiros mais competentes para o cuidado físico e psicológico dos pacientes.

A ansiedade de morte pode significar um importante complicador no competente atendimento a pacientes terminais e à morte, provocando comportamentos de evitação e afastamento. Para diminuir sua intensidade, Murphy (1986) coordenou um *workshop* de dois dias sobre o assunto para 150 profissionais da enfermagem, monitorando seus efeitos pelos resultados na Escala de Ansiedade de Morte de Templer, administrada no início, no fim e um mês depois do curso. Foram dezesseis horas de palestras, caracterizadas pelo alto nível de interação e estímulo emocionalmente impactante, incluindo filmes, simulações, discussões de grupos e uma entrevista em profundidade com um paciente terminal. Ao final dos trabalhos, comparados ao grupo controle, os enfermeiros participantes mostraram um significativo decréscimo no montante de ansiedade de morte experienciada, o que motivou a realização de outras experiências dessa natureza.

O mal-estar frente à morte pode ser um complicador, inclusive, na própria formação universitária dos enfermeiros. A necessidade de introduzir no curso de enfermagem a discussão sobre as reações imediatas frente à morte se deve, entre outras razões, à dificuldade que o próprio professor sente em auxiliar psicologicamente o aluno frente a essa situação. Essa constatação motivou Rebello (1993), professora da Faculdade de Enfermagem São José/SP, a organizar um curso de tanatologia, para o qual foram contratados profissionais de outras áreas, como psicologia e medicina. A proposta era desenvolver conteúdos que preparassem o profissional para atender às

necessidades dos pacientes, contando com apoio psicológico para tornar essa atividade menos sofrível. As sugestões dos alunos foram 1) palestras sobre como atuar frente a um paciente agonizante; 2) debates sobre viver e morrer, para que o próprio aluno tenha uma opinião no assunto e que o professor analise sua maneira de encarar a morte; 3) orientação sobre a morte nas mais diversas religiões; 4) troca de experiências entre professor e aluno; 5) apoio psicológico durante o curso, com aplicação de terapias e técnicas de psicodrama; 6) introdução do curso de tanatologia como disciplina na graduação; e 7) sugestão dos docentes de contratação de um psicólogo para abranger o programa proposto.

O estresse causado pela morte no enfermeiro que trabalha com o doente terminal foi o objeto de investigação de Figueiredo e Turato (1995). Os autores entrevistaram 21 profissionais da enfermagem de dois hospitais-escola da cidade de Campinas, que assistiam diretamente pacientes aidéticos. Os resultados mostraram a grande dificuldade em trabalhar com tais pacientes, entre outras coisas, pelo contato permanente com a terminalidade, sugerindo medidas interventivas como o grupo de apoio psicológico para profissionais, atividades de lazer, cursos e treinamentos, abordando temas como a sexualidade humana, drogadição e a morte. Eles concluem que, se subestimados os efeitos do alto nível de pressão emocional que sofrem diariamente os trabalhadores, podem resultar em abandono do trabalho.

O trabalho de Madeira e cols. (1996) também foi desenvolvido no sentido de diminuir o nível de tensão e ansiedade da equipe de enfermagem que trabalha nos hospitais. As atividades educacionais terapêuticas, sob a responsabilidade da Faculdade de Ciências Médicas e Serviço de Enfermagem em Educação Continuada do Hospital de Clínicas da Unicamp, objetivaram a diminuição do estresse, a melhoria do relacionamento interpessoal e a busca do autoconhecimento. Uma equipe multidisciplinar realizou vivências grupais (quinze a vinte) durante o horário de trabalho, de técnicas de respiração, relaxamento, sensibilização, conscientização corporal e interpretação teatral. Os conteúdos dos cursos foram sobre relacionamento humano no hospital, dança e criatividade, *Hata-Yoga* e relaxamento mental. A avaliação qualitativa dos depoimentos demonstrou que a vivência facilitou o relacionamento entre os membros da equipe de trabalho, abriu espaço para a comunicação efetiva, favoreceu o autoconhecimento e ajudou na solução de problemas.

A percepção da atividade dos enfermeiros e a dinâmica psicológica decorrente da interação com o paciente foram objeto de estudo de Mendes e Linhares (1996). As autoras desenvolveram quatro entrevistas coletivas, com duração de aproximadamente duas horas filmadas, com um grupo de oito profissionais da UTI, no intuito de investigar o sofrimento gerado na relação com o paciente pelo confronto permanente com os conteúdos de vida e de morte. Encontraram quatro estratégias defensivas coletivas: 1) impessoalidade no contato direto com o paciente; 2) distanciamento emocional na relação com o paciente; 3) evitação da comunicação com o paciente e seus familiares; e 4) valorização dos procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal. As estratégias estão relacionadas (a) à falta de retorno dos pacientes aos procedimentos de enfermagem em decorrência do seu estado grave e inconsciente; (b) ao caráter insólito das tarefas, que gera repulsa e receio de contaminação; (c) à morte como elemento de desestabilização emocional para o profissional; (d) ao sentimento de impotência diante de situações críticas; e (e) à valorização dos procedimentos de enfermagem como a maneira pela qual o paciente pode ser recuperado.

Na mesma linha, a dissertação de mestrado de Brondi (1997) descreve uma proposta educativa dirigida aos alunos do curso de auxiliar em enfermagem, envolvendo o tema da morte e do morrer em várias facetas. A autora utilizou o referencial fenomenológico de educação, entendido, assim, como a condução dos educandos para outras regiões do seu ver e entender a morte. A trajetória pedagógica percorrida foi de dez momentos, envolvendo aulas, leituras de texto, projeções de filmes, grupos de discussões e acompanhamento em estágio hospitalar. A partir de experiências significativas, os educandos puderam direcionar suas consciências para os modos de morrer, o que evidenciou que o tema da morte mostrou-se pertinente enquanto via de acesso ao Ser dos educandos, ao mesmo tempo em que representou um investimento pedagógico na formação humanística dos futuros profissionais.

Mais recentemente, dois trabalhos psicanalíticos visando ao bem-estar da equipe de enfermagem, utilizaram a Teoria dos Campos: o de Neves (2001) e o de Lucia e Gavião (2001). O primeiro constitui-se na proposta sobre uma nova forma de intervenção psicanalítica no hospital geral, visando ao treinamento, ao ensino e ao desenvolvimento emocional de equipes de atendimento. Foram utilizados conceitos como da função terapêutica, por exemplo, no sentido de ajudar equipes de enfermagem do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas FMUSP a resolver seus problemas

funcionais, propondo um encontro semanal de duração de uma hora e meia. Na mesma instituição, o segundo trabalhou as dificuldades e o desgaste emocional de equipes de enfermagem frente à rotina de trabalho, com o objetivo de reduzir o alto nível de angústia e de conflitos de relacionamento entre enfermeiros. Foram realizados diagnósticos através do procedimento de desenhos-estórias com tema para análise da subjetividade grupal seguida de intervenção, que objetivou que os profissionais exercessem sua árdua tarefa em um campo relacional emocionalmente mais saudável e, indiretamente, um número maior de pacientes pudesse ser beneficiado pela melhor qualidade assistencial.

Os grupos com enfermeiros podem servir, ainda, para desenvolver temas outros que não o enfrentamento da morte dos pacientes. Damasceno, Braga e Fraga (1991), professoras da Universidade Federal do Ceará, relatam sua experiência com grupos de alunos durante três semestres consecutivos, como um espaço para trabalhar com a ansiedade e o medo de vivenciar situações novas ao lidar com o doente mental. Foram realizados encontros semanais, nos quais os alunos (58), divididos em grupos de doze estudantes e três professores, trabalharam temas referentes ao relacionamento, medo, expectativas e experiências vividas fora ou dentro do contexto grupal. No início, o grupo escolhia o tema, seguindo uma fase de aquecimento através de técnicas de dinâmica de grupo, passando, após, para a discussão do assunto. Durante os encontros, chamados “laboratórios de relacionamento interpessoal sadio”, emergiram temas e situações enriquecedoras que proporcionaram ao aluno maior autoconhecimento, diminuição da ansiedade e melhores condições de lidar com os problemas surgidos. Foi utilizado um questionário com questões fechadas para avaliar a experiência, imediatamente após a realização do último grupo, revelando que 95% dos alunos consideraram válida a experiência e que 98% são a favor da repetição com outras turmas.

Utilizando a metodologia grupal para trabalhar o assunto da morte, Beck (1995) realizou seu trabalho de mestrado no hospital universitário de Santa Maria/RS com familiares de pacientes internados na UTI. Utilizando a Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, a pesquisadora visou diminuir a ansiedade da família com base no pressuposto de que, quando se busca o significado da dor e do sofrimento diante da doença, há um significativo crescimento pessoal, sendo a interação e a comunicação com os familiares o foco principal do trabalho.

O sentimento de perda é o foco do trabalho de consultoria psiquiátrica desenvolvido por Barros (1998) com uma equipe multidisciplinar de nefrologia. Para tanto, o autor combinou as técnicas de grupo operativo e grupo de reflexão no intercâmbio de conhecimentos, experiências e valores com os profissionais da equipe, com o objetivo de compreender psicologicamente o funcionamento do paciente renal crônico, promovendo atitudes de melhor aderência ao tratamento e manejo de situações relacionais com os pacientes.

Com os profissionais da enfermagem, especialmente nessa última década, os estudiosos brasileiros têm investigado não somente os sentimentos diante do óbito dos pacientes (Caminho, 1995; Figueiredo & Turato, 1995; Lapertosa & Duarte, 1996; Ribeiro et al., 1998; Silva Jr. et al., 1998a, 1998b; Spíndola & Macedo, 1994), mas também as estratégias defensivas coletivas, no sentido de lidar com o exacerbado nível de tensão e estresse no trabalho na UTI (Mendes & Linhares, 1996). É consenso, então, a necessidade premente de prover algum tipo de suporte psicológico, sendo o grupo de apoio a alternativa de intervenção internacionalmente considerada a mais eficaz (Bolle, 1988; Bond, 1991; Farrell, 1992; Herrle, 1987; Jordon, 1991; Spencer, 1994). Mesmo assim, são poucos os registros dessa natureza. Os grupos, todavia, ocupam lugar de destaque, sendo considerados alternativas eficazes e econômicas para prover apoio psicológico pela exploração das experiências comuns, que favorecem o compartilhamento dos sentimentos e temores despertados na relação com os pacientes e com a morte. Saliente-se, no entanto, que a originalidade do presente trabalho está na realização do grupo exclusivamente com auxiliares de enfermagem, a maioria de técnicos com nível colegial, e na priorização das questões que emergem do próprio grupo para serem discutidas e aprofundadas, independentemente das ponderações apriorísticas do próprio pesquisador e da literatura. Trata-se, portanto, de tomar a fenomenologia semiótica sistemática não só como uma filosofia e um método, mas como uma efetiva estratégia de intervenção profilática em saúde mental.

1.4. Objetivos

Esse trabalho reúne as áreas da psicologia e da enfermagem em esforço conjunto para compreender e intervir na desgastante rotina dos profissionais da saúde que lidam com a morte no contexto hospitalar. Consideram-se três grandes problemáticas referentes a essa questão: 1) o impacto diante da morte de pacientes; 2) a pressão

emocional e a desumanização com que a morte é tratada na instituição (Torres & Guedes, 1992); e 3) a necessidade de levar serviços psicológicos a diferentes contextos.

Os objetivos são: 1) descrever através de critérios compreensivos a rotina de trabalho de uma UTI na perspectiva da equipe de enfermagem; 2) propor e realizar uma intervenção junto à equipe de enfermagem da UTI, baseada em técnicas de grupo de discussão e reflexão fenomenológica; e 3) avaliar criticamente a vitalidade ou não de técnicas grupais para essas situações. A pergunta geral de pesquisa é: o trabalho profilático através de grupo de apoio psicológico provê uma real possibilidade de desenvolvimento humano e de preservação da saúde mental, especialmente no que respeita à expressão de idéias e sentimentos relacionados ao trabalho com a morte, tendo o grupo como agente de mediação e identificação?

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1. Metodologia

O termo “fenomenologia” é usado, neste estudo, no sentido definido por Spiegelberg (1982), isto é, o retorno aos recursos primários da intuição direta para, através do exame de suas estruturas essenciais, clarificar problemas e concepções. Os autores de referência são Merleau-Ponty (1945/1971), com a fenomenologia existencial, que busca o sentido da experiência consciente no mundo vivido; Giorgi (1985), com a fenomenologia descritiva, que sugere um conjunto de procedimentos analíticos para uso de método fenomenológico em psicologia; e Lanigan (1992), com a fenomenologia semiótica, que redefine a experiência consciente em termos de um processo comunicativo que se estabelece na relação reversível entre um organismo e seu ambiente. Operacionalmente, os escritos de Gomes (1998) são a base para o entendimento e articulação dos autores referidos.

Estuda-se a experiência consciente como um ato comunicativo de um corpo situado em um determinado ambiente, que especifica um modo de ser e de relacionar-se com o mundo. A experiência apresenta-se como objeto da consciência através da percepção; a consciência, por sua vez, transforma-se em experiência através de uma ação expressiva. A consciência da experiência se constitui e se manifesta no movimento reversivo de percepção e expressão, identificando e atualizando a intencionalidade (direção e sentido) da ação. Desse modo, a linguagem exerce uma função mediadora entre os atos expressivos e perceptivos, como um processo comunicativo circular intra e interpessoal - do eu consigo mesmo e do eu com o outro, atualizando e clarificando a consciência da experiência através da correção perceptiva da expressão. O método fenomenológico é, portanto, uma maneira de pensar, de relacionar-se com a experiência consciente, e de refletir a consciência da experiência (Gomes, 1998).

A exploração sistemática da experiência consciente organiza-se na seqüência de três reflexões: descrição, análise e interpretação. Essas reflexões estão entrelaçadas e encadeadas pela imbricação sinérgica - cada reflexão inclui as três e assim sucessivamente. Por isso se diz que a fenomenologia trata de sentidos e sentidos e que cada início e fim de análise ou recorte é arbitrário, definido por convenção (Lanigan,

1992). Assim, uma descrição, redução e interpretação são níveis de transformações mediados pelo imbricamento sucessivo e sinérgico das três reflexões.

Esta pesquisa-intervenção combina uma estratégia de reflexão sistemática - o método fenomenológico - com uma estratégia de intervenção coletiva - grupos de discussão e apoio para profissionais (Grossman & Silverstein, 1993; Vinogradov & Yalom, 1992). O objetivo é estudar e auxiliar os trabalhadores da UTI de um determinado hospital com suas reações frente à morte, favorecendo o alívio do estresse e aumentando a capacidade dos indivíduos de suportarem pressões.

2.2. Delineamento

A presente pesquisa intervenção realizou-se em três etapas sucessivas e complementares, que serviram a objetivos distintos e interdependentes (Tabela 1). A primeira etapa serviu à exploração fenomenológica do tema e do ambiente da UTI; a segunda etapa, à intervenção propriamente dita, organizando-se na forma de grupo discussão, para oportunizar o compartilhamento das experiências comuns e desgastantes relacionadas à morte no ambiente de trabalho, bem como seus correspondentes sentimentos e idéias. Por fim, a terceira etapa consistiu na avaliação qualitativa de todo o processo da pesquisa-intervenção.

As etapas da pesquisa corresponderam, em objetivo e escopo, às três reflexões fenomenológicas. A primeira etapa, exploratória, teve eminentemente um caráter de descrição do fenômeno estudado. A segunda, interventiva, re(con)duziu as principais questões no formato de discussões grupais, sendo, portanto, a vivência de uma reflexão sistemática que especifica e aprofunda as partes demarcadas pela descrição do pesquisador e pela vivência do grupo. A terceira, avaliativa, compreendeu e interpretou todo o processo, no sentido de desvelar as regras subjacentes que regularam a experiência consciente na situação específica, anotando seus êxitos e fracassos.

Vale lembrar as diversas dimensões do paradigma qualitativo, como artifícios heurísticos que justificam as estratégias de estudo (Patton, 1990). Na questão ontológica, parte-se do pressuposto de que a realidade é uma perspectiva demarcada pela inserção espaço (perspectiva) temporal (historicidade) de um indivíduo envolvido na situação (contemporaneidade), no caso, pesquisador, informante e leitor. Conseqüentemente, múltiplas realidades existem em uma dada situação que são vozes de olhares diversamente situados (formação, personalidade, etc.) em diferentes tempos

(quantos anos de vida, quanto tempo de trabalho na UTI, qual a relação atual com esse trabalho, como espera o futuro), as quais devem ser fielmente relatadas. Na questão epistemológica, o pesquisador interage com a realidade estudada, abrindo possibilidades de desvelamentos (conhecimento), minimizando a distância entre ele e os informantes e admitindo, numa perspectiva axiológica, os seus próprios valores e tendências, bem como os valores e tendências das informações coletadas no campo (suspensão fenomenológica) (Creswell, 1994; Gomes, 1998).

Tabela 1 - Delineamento fenomenológico das três etapas

Etapa	Problemática	Instrumentos e Materiais	Critério de Análise	Resultado
1	Confronto entre literatura e campo	- Observação - Entrevistas	Descrição: - Protocolos de observação; - Transcrições de entrevistas Redução: - Tematização analítica do material obtido Interpretação: - Descrição na perspectiva da situação	Descrição
2	Proposição de espaço reflexivo para enfermagem da UTI	- Documento da Primeira Descrição - Grupo de discussão	Descrição: - Conjunto de reações do grupo sobre o documento Redução: - Especificações e proposições do grupo sobre a situação Interpretação: - Avaliação pelo grupo sobre a experiência e seus resultados	Redução
3	Análise fenomenológica de todo o processo	- Documentos obtidos nas duas primeiras etapas	Descrição: - Documentos das duas primeiras etapas Redução: - Análise fenomenológica dos documentos Interpretação: - Conclusões analíticas, avaliativas e críticas do pesquisador	Interpretação

2.3. Local

O trabalho foi realizado na UTI Isolamento de um hospital localizado em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma instituição-escola

para os diversos cursos universitários e técnicos da área da saúde, sendo considerado um centro de referência médica para toda a região.

A UTI-I é uma unidade que presta atendimento intensivo preferencialmente a pacientes que, por apresentarem algum tipo de infecção ou contaminação, devem estar isolados dos pacientes *limpos*. Apesar de localizar-se no *porão do hospital*, em termos arquitetônicos, segue os padrões de uma UTI geral: são nove leitos divididos em cinco box separados por divisórias de vidro; uma sala de recuperação com mais três leitos para pacientes que sofreram procedimento no bloco cirúrgico contíguo à unidade; uma pequeníssima sala de lanches; a sala de prescrição bem ao centro, onde ficam os médicos e enfermeiros; a sala de medicamentos; o quarto dos médicos plantonistas e os vestiários. A equipe intensivista é formada por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, auxiliada por outros profissionais, tais como a secretária, a profissional de sanificação, a auxiliar de limpeza e as fisioterapeutas.

É um lugar agradável, a despeito dos dramas humanos que se estabelecem em meio aos aparelhos e lençóis. O tom do ambiente modula-se no estado de humor dos funcionários que ali trabalham, dando um colorido humano à parafernália tecnológica, seja pelas conversas animadas, seja pelos cartazes com mensagens aos aniversariantes da equipe. Aliás, uma experiência deveras surpreendente é participar das festas que lá acontecem, seja por ocasião dos aniversários dos membros da equipe, seja pela mudança de turno de um colega, ou por outros motivos como Natal, Páscoa e Ano Novo.

2.4. Participantes

A equipe de 22 auxiliares de enfermagem e 4 enfermeiros organiza-se nos turnos manhã, tarde e noite, a última dividida em dois grupos intercalados. Cada equipe chefiada por um enfermeiro é composta por cinco ou seis auxiliares de enfermagem, com formação técnica em nível do II grau, que é obrigatória e, geralmente, realizada na própria instituição.

Os participantes variaram conforme a etapa da pesquisa. Na I Etapa, as equipes da tarde e da noite participaram das observações de campo; das entrevistas participaram nove auxiliares dispostos dos três turnos de trabalho e uma enfermeira.

Os entrevistados foram escolhidos pelos responsáveis de cada turno por estarem, casualmente, mais disponíveis no momento da solicitação do pesquisador, que procurou respeitar o máximo possível a rotina de trabalho da unidade. No Tabela 2 caracterizam-

se os entrevistados, situados em relação ao ambiente de trabalho e à proposta de estudo. Vale salientar, contudo, que foi preservada a identidade dos participantes, através da utilização de pseudônimos.

Tabela 2 - Caracterização dos entrevistados

Pseudônimo	Tempo de UTI-I	Localização no contexto do estudo
Enf.da tarde	1 ano	Não participou do grupo
Ivo	1 ano	Não participou do grupo
Lúcia	2 anos	Grupo 1
Mauro	2 anos	Não participou do grupo
Rosângela	3 anos	Grupo 1
Rosa	2 anos	Grupo 1
Teresa	10 anos	Não participou do grupo
Tânia	14 anos	Grupo 1
Cristina	1 ano	Não participou do grupo
Bárbara	2 anos	Não participou do grupo

Na II Etapa dezoito auxiliares de enfermagem das diferentes equipes de trabalho participaram dos encontros do grupo de discussão. Nem todos os que participaram da primeira etapa do estudo estiveram presentes nesta, e vice-versa, considerando a rotatividade de pessoal característica do setor. Foram oferecidos dois horários, manhã e tarde, porque se esperava que o grupo da manhã contemplasse apenas os trabalhadores do turno da tarde e que o grupo da tarde fosse uma boa opção para os trabalhadores da manhã e da noite. Na prática, porém, o Grupo 1 foi o mais procurado, mesmo para alguns auxiliares da noite que vinham diretamente do plantão de doze horas, o que, conseqüentemente, dobrou o número de participantes em relação à segunda opção de horário. Tal disposição resultou em um grupo que começou com nove e terminou com doze participantes e num grupo que começou com seis e terminou com cinco, Grupos 1 e 2, respectivamente. Por razões de exequibilidade do relatório, priorizaram-se a transcrição e análise de apenas um deles, o primeiro em ordem temporal, que é a seguir caracterizado, destacando aspectos significativos dos participantes para o funcionamento grupal (Tabela 3). É importante esclarecer que, independentemente da escolha pelo Grupo 1 ou 2, é muito provável que as estruturas analíticas fossem as mesmas, por representarem um mesmo mundo vivido de UTI.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes dos grupos de discussão

Pseudônimo	Exp. Profis	Exp. UTI	Particip. I Etapa	Particip. II Etapa	Características Pessoais
Eduardo	3 anos	2anos	Observ.	Todos Encontros	Extrovertido e falante, manifestou por várias vezes seu desejo de participar do grupo – não perderia por nada!
Laura	10 anos	4 anos	Não	Todos Encontros	Comunicativa, curiosa sobre o trabalho - conhecia só de ouvir falar.
Cibele	4 anos	4 anos	Observ.	Todos Encontros	Tímida, pouco falante, mas atenta.
Carmo	12 anos	8meses	Não	Todos Encontros	Quieto e pensativo – vamos ver como é!
Rosa	3 anos	2 anos	Observ. Entrev.	Todos Encontros	Falante e extrovertida, foi um elemento importante para o funcionamento do grupo, através de suas colocações.
Davi	22 anos	11anos	Não	Todos Encontros	Reservado e atento – estava curioso para ver como era!
Francisca	4 meses	1mês	Não	Todos Encontros	Ouvinte atenta manifestou-se quando tinha uma posição definida.
Velma	3 anos	2 anos	Observ.	Todos Encontros	Pouco falante, mas valorizada – esperaram que voltasse de férias.
Fábia	7 meses	7meses	Não	Todos Encontros	Pouco falante, parece preferir ouvir a opinião dos mais antigos.
Lúcia	2 anos	2 anos	Observ. Entrev.	2º e 3º Encontros	Comunicativa e extrovertida, foi um elemento importante no sentido de revelar suas opiniões sobre os temas.
Tânia	21 anos	14anos	Observ. Entrev.	Último Encontro	Fala pouco, apenas quando acha necessário, pois sua experiência é valorizada pelo grupo.
Rosângela*	4 anos	3 anos	Observ. Entrev.	2º e 3º Encontros	Extrovertida e falante, quis participar apesar de já ter sido transferida para outro setor – já conhecia a equipe e o trabalho!

* Atualmente trabalha na Recuperação, mas solicitou participação nos encontros, por ter participado da I Etapa do trabalho e continuar muito vinculada à UTI-I.

2.5. Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa-intervenção foram a observação de campo, a entrevista semi-estruturada e o grupo de discussão. Assegurou-se, assim, o levantamento de diferentes perspectivas, seguindo o critério da triangulação das fontes (Lincoln & Guba, 1985).

A observação de campo aproxima-se da etnometodologia e os dados obtidos são registrados no formato de diário (Patton, 1990) (Anexo A). O método observacional propõe-se descrever um determinado *setting* - as atividades e as pessoas que delas participaram - a fim de desvendar o significado contextual do fenômeno. Para tanto, os relatórios são factuais e descritivos, de forma a permitir ao leitor entrar na situação social com o propósito de fazer uma análise qualitativa do que está acontecendo, do ponto de vista dos participantes. Essa possibilidade se concretiza no contato pessoal e direto, oportunizando ao pesquisador perceber aspectos que, rotineiramente, escapam à percepção consciente dos observados; ao mesmo tempo, permite-lhe apreender questões que os participantes podem não estar dispostos a abordar em uma entrevista. Nesse sentido, os dados observacionais permitem ao pesquisador a obtenção de uma visão mais compreensiva, proporcionando acesso ao conhecimento pessoal e à experiência direta. Trata-se, então, de uma fonte que contribui para o entendimento e a interpretação do que está sendo avaliado, valorizando as impressões e os sentimentos do observador como partes importantes da pesquisa de campo (Patton, 1990).

A entrevista tem sido o instrumento por excelência em estudos fenomenológicos permitindo uma relação amistosa entre entrevistador e entrevistado. O entrevistador deixa-se conduzir pela expressão do entrevistado, ao mesmo tempo em que oferece suas próprias percepções, num movimento corretivo reversível que cria uma mutualidade de experiência entre dois comunicantes. Trata-se, então, de um ato comunicativo que atualiza e clarifica a consciência da experiência, através da correção perceptiva da expressão (Gomes, 1998). Também atende aos critérios de avaliação qualitativa (Patton, 1990), de tomar a perspectiva do sujeito através da "captação" (do latim *capta*, em contraste com *data*, dos métodos quantitativos), que quer dizer um fenômeno que é compreendido, interpretado e que, nesse contexto, deve ser considerado como possibilidade e não como afirmação (Lanigan, 1992). As entrevistas apoiaram-se em roteiro pré-estabelecido (Anexo B), que tem a flexibilidade como uma característica fundamental, assegurando a autenticidade do relato; seguiram os moldes de uma conversa informal sobre o papel da enfermagem e o enfrentamento da morte na rotina

de trabalho da UTI. Esse modelo favoreceu não somente a comparação entre os depoimentos, mas, também, a exposição de novos e diferentes temas pelos entrevistados.

Os grupos de discussão tiveram como ponto de partida a descrição fenomenológica, estruturada sob os dados obtidos na etapa anterior, na forma de unidades temáticas (Tabela 4). O objetivo específico desses grupos para profissionais da área da saúde, conforme Grossman e Silverstein (1993), é auxiliar os trabalhadores a obter a resistência emocional necessária para permanecerem trabalhando sob intensa pressão emocional. A intenção é assistir os participantes em seis áreas: 1) redução e administração do estresse; 2) permanência no trabalho; 3) vivência da compaixão para com as pessoas; 4) preservação da racionalidade de forma a lidar adequadamente com questões profissionais; 5) identificação dos efeitos do estresse nos colegas e apoio aos mesmos; e 6) estabelecimento das limitações profissionais, bem como do cumprimento das responsabilidades no trabalho. Para tanto, os facilitadores devem preencher alguns requisitos, sendo preferencialmente assistentes sociais, psicólogos ou enfermeiras psiquiátricas: a) ter experiência no ramo dos membros do grupo; b) ter conhecimento sobre processos de grupo; c) estar aberto aos sentimentos dos outros; d) estar consciente da comunicação não-verbal; e) ter experienciado e administrado os seus próprios sentimentos sobre os temas emocionalmente carregados que o grupo vivencia (por exemplo, doença, morte, etc.).

A avaliação tem sido positiva, pois o grupo instrumentaliza o alívio do estresse, contribui para o desenvolvimento profissional, aumenta a capacidade e permanência no trabalho, diminui o isolamento e proporciona uma valiosa oportunidade para compartilhar sentimentos sobre questões como morte, luto e raiva. Os autores, todavia, diferenciam esse grupo do treinamento tradicional, que tem sessões didaticamente coordenadas, da terapia de grupo, que enfatiza os conflitos enraizados em uma história pregressa.

A proposta para a realização dos grupos foi a reflexão com os auxiliares de enfermagem sobre a rotina de trabalho na UTI, tendo como foco a morte dos pacientes internados. A proposição adequa-se também aos pressupostos dos grupos focais (Morgan, 1993), nos quais discutem tópicos de um tema, tendo a interação dos participantes como a principal forma de produção de dados e *insights* (Guareschi, 1996). Da mesma forma, aproxima-se da proposta de Dellarossa (1979) para os grupos de reflexão, na medida em que objetiva desenvolver a capacidade reflexiva a partir da

discussão sobre a rotina de trabalho, os sentimentos e reações frente à morte e à doença grave na UTI.

2.6. Procedimentos

O trabalho da I Etapa constou de 15 observações relatadas no formato de diário de campo (Anexo A), as quais representam um total de 25 realizadas em um período aproximado de seis meses, com intervalo de dois dias a uma semana entre elas, nos turnos da tarde e da noite, com duração média de duas horas. Foram transcritos situações e diálogos presenciados pelo pesquisador durante a etapa inicial na UTI, procurando reproduzir a realidade de trabalho no setor, focalizando a rotina de tarefas e o clima emocional da equipe de enfermagem da unidade.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, seguindo um roteiro topicamente organizado (Anexo B), com duração média de trinta minutos. Foram dez entrevistas, nove com auxiliares de enfermagem e uma com enfermeira, justificadas pelo critério de saturação, que permite a interrupção do processo quando se iniciam a repetição e recorrência das informações que eram relevantes para a investigação (reações e sentimentos diante da morte dos pacientes). Depois de gravadas, com a devida autorização (Anexo C), as entrevistas foram transcritas na íntegra (Anexo D), mediante uma rápida edição gramatical e ortográfica, para facilitar a interpretação e análise dos dados, pela combinação de diferentes momentos da conversa e integração de diversos depoimentos.

A II Etapa caracterizou-se pela operacionalização do grupo com auxiliares de enfermagem da UTI – I para discussão e reflexão das experiências comuns e incomuns decorrentes do impacto da morte dos pacientes. A proposta (Anexo E), entregue à chefia de enfermagem do hospital e da UTI-I, também foi submetida à Câmara de Extensão da Universidade de Passo Fundo (ata nº261 de 14/09/01), que forneceu certificados aos participantes, visando à qualificação do currículo do auxiliar de enfermagem. Os grupos de discussão foram realizados nas dependências da Escola Técnica de Enfermagem sediada no hospital, que cedeu sala de aula e equipamento audiovisual (*data-show*). Os auxiliares de enfermagem da UTI-I receberam os convites (Anexo F) diretamente do pesquisador, momento em que se reforçava o objetivo dos encontros e a não-obrigatoriedade na participação. Os grupos foram oferecidos em dois horários, sendo o Grupo 1 das 10 às 12 horas e o Grupo 2, das 16 às 18 horas, para atender a uma provável demanda de trabalho em turnos alternados. A proposta era de

encontros em três quintas-feiras consecutivas, na parte da manhã e da tarde, com no mínimo cinco e no máximo oito participantes, com duração de duas horas, tal como sugere Romero (2000) para a implementação de grupos focais. O funcionamento aberto permitiria aos participantes entrarem ou saírem de qualquer dos dois grupos em qualquer momento do processo, reforçando a idéia de participação espontânea. Ambos os grupos foram filmados com o consentimento dos participantes (Anexo G), obedecendo à mesma organização (Tabela 4) e estrutura de funcionamento.

Tabela 4 - Planejamento detalhado dos encontros de discussão

Temas dos encontros		
1. O trabalho de enfermagem na UTI	2. O paciente na UTI	3. A morte na UTI
a) A profissão	a) O relacionamento com o doente	a) Os sentimentos diante da morte
b) A equipe	b) O relacionamento com os familiares	b) As estratégias de enfrentamento
c) O Isolamento		4. A avaliação do processo grupal

Durante as reuniões, eram servidos lanches e bebidas aos participantes. No primeiro encontro, todos chegaram de cinco a dez minutos antes do horário previsto. Conversavam bastante sobre assuntos corriqueiros, mostrando-se muito entrosados como equipe e animados com a proposta do trabalho. Estavam todos muito sorridentes esperando para entrar na sala, havendo um clima de curiosidade e cordialidade. Um por um cumprimentaram o pesquisador, dirigindo-se ao círculo de cadeiras em cujo centro estavam os petiscos, que foram oferecidos assim que tomaram os seus lugares. - *Conversar é bom, mas com um lanchinho, é melhor ainda!* Dez minutos depois do horário combinado, deu-se início ao trabalho, que teve uma duração média de duas horas e quinze minutos.

No segundo encontro não houve atrasos. Todos os participantes estavam sorridentes, adentrando à sala assim que foi aberta a porta. Novamente, colocaram-se nas cadeiras em círculo e prontamente começaram a servir-se, comentando sobre o aroma dos salgadinhos frescos. Aos participantes da semana anterior acrescentaram-se outros dois.

O terceiro encontro iniciou dez minutos depois do horário previsto, apenas depois que todos os integrantes estavam na sala. Como nas outras oportunidades, eles se serviram assim que se sentaram. Aos participantes da semana anterior juntou-se uma colega, que abraçou o pesquisador logo que entrou, sendo muito bem recebida pelos demais.

As discussões foram coordenadas pelo pesquisador, que tem como papel principal capitalizar o laço subjacente compartilhado pelos membros no sentido de aumentar a consciência da identidade comum. O texto, em forma de estrutura tópica, foi projetado em telão para favorecer a leitura coletiva que acionaria o processo comunicativo intra e interpessoal a partir do trabalho intersubjetivo do grupo, que concentrou esforços para esclarecer e amplificar os tópicos demarcados. A potencialidade terapêutica do grupo, então, deu-se na possibilidade de compreender e modificar determinadas situações vividas, alterando um modo de ser e de relacionar-se com o mundo, pela correção perceptiva da expressão, que atualiza e clarifica a consciência da experiência (Gomes, 1998). O grupo reagiu com o conhecimento experiencial da situação, sugerindo modificações a partir dos aspectos objetivos da situação e subjetivos das vivências e sentimentos. Ao mesmo tempo, esse procedimento obedeceu aos critérios da pesquisa qualitativa de validade de investigação e validade comunicativa, tanto na checagem da informação quanto na argumentação sobre o que é válido na realidade social dos participantes (Newmann & Benz, 1998).

2.7. Critérios de análise

As informações obtidas foram analisadas e interpretadas por critérios da pesquisa qualitativa ou descritiva, seguindo-se, para tanto, a tradição da fenomenologia (Giorgi, 1985; Gomes, 1987, 1988, 1998; Lanigan, 1992, 1997; Patton, 1990). Da totalidade das observações, das entrevistas e das discussões grupais (descrições), foram escolhidos trechos representativos dos temas discutidos, que constituem uma síntese analítica de cada etapa do estudo (reduções), as quais, reduzidas a categorias temáticas, definiram unidades de sentido (interpretações) que especificam um modo de ser e de relacionar-se com o mundo, atualizado e ampliado pela intervenção.

Os passos sistêmicos e sistemáticos da reflexão fenomenológica podem ser localizados, mais especificamente, em cada etapa do estudo. As observações (Anexo A) e entrevistas (Anexo D) da I Etapa foram transcritas (descrição bruta) e decompostas em unidades compreensivas de sentido (redução a cenas e falas) que, pontualmente

articuladas com breves trechos da literatura, demarcaram de forma objetiva e sintética os tópicos interpretativos da situação vivencial de UTI (interpretação).

As significações emergentes organizadas em tópicos (Tabela 4) serviram como ponto de partida das discussões grupais da II Etapa, que, transcritas (descrição bruta), reverteram em duas novas descrições: a descrição consensual, produzida pelo grupo como tarefa coletiva (Anexo H), e a descrição do pesquisador, enquanto sua perspectiva do processo grupal, o que é, na verdade, uma redução.

A III Etapa, por fim, foi caracterizada pelos procedimentos habituais de uma pesquisa fenomenológica. Trata-se da análise e comparação dos materiais obtidos em todas as etapas anteriores, usando os mesmos procedimentos de análise e síntese já apresentados, diferindo, no entanto, a interpretação avaliativa das descrições compreensivas inicialmente realizadas. Assim como na intervenção, têm-se como produto desse último passo uma avaliação consensual do grupo (Anexo I) e uma avaliação crítica do pesquisador do processo de discussão e reflexão como um todo. A interpretação objetiva desvelar as regras subjacentes que regulam a experiência consciente da rotina de trabalho com a morte na UTI, para através do processo comunicativo intra e intergrupal recolocar o sujeito no mundo pelo redimensionamento da intencionalidade como consciência da experiência. Em outras palavras, a interpretação analisa e revela a potencialidade terapêutica da discussão no grupo, focalizando a comunicação como um meio de alimentação e realimentação que qualifica e corrige a percepção através de atos expressivos, clarificando a consciência da experiência.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. I Etapa – Exploratória

Este estudo inicial tem um caráter eminentemente exploratório, no sentido de descrever a realidade da UTI, concentrando-se na rotina de trabalho da equipe de enfermagem e na sua vivência da morte dos pacientes. As observações (Anexo A) e entrevistas (Anexo D) permitiram descrever a realidade e o clima emocional vivenciado pelos trabalhadores dentro da unidade, privilegiando o conhecimento prático que, aliado à literatura, conhecimento teórico, culminou num texto interpretativo preliminar, que demarca os pontos críticos trabalhados na etapa seguinte deste estudo.

Da totalidade das transcrições, que são a descrição fenomenológica da I Etapa, foram escolhidos trechos que representam unidades de sentido, apresentados em formato de Cenas e Falas, como se fossem *flashes* significativos que tiveram lugar em um cenário específico, operacionalmente, uma redução fenomenológica. Essa síntese redutiva demarca de forma objetiva as questões de relevância teórica e técnica no cotidiano da equipe de enfermagem da UTI, pela articulação de excertos da literatura com excertos empíricos, a fim de pontuar aspectos significativos do relacionamento com os colegas, com os médicos, com os pacientes, com as tarefas e, sobretudo, com a morte.

3.1.1. Redução fenomenológica: cenas, falas e escritos sobre a UTI

A vivência de UTI caracteriza-se como um drama de proximidade da morte para pacientes, familiares e todos os profissionais do âmbito hospitalar. É o investimento maciço de uma equipe de enfermagem integrada no restabelecimento da saúde do paciente, que, por sua vez, reconhece a competência. É certo, contudo, que a equipe de enfermagem é a que está mais próxima ao doente, cuidando das suas necessidades básicas e que, mais efetivamente, o reconhece como pessoa (Kovács, 1992).

Cena 1 - Depois de estabelecidos os contatos, compareci no dia e hora combinados. A enfermeira convidou-me a entrar em uma saleta; percebi que ela estava com os olhos congestionados, como se houvesse chorado. Evidentemente constrangida, perguntou-me se eu não ficaria muito braba de iniciarmos as observações no dia seguinte. Concordei prontamente e me coloquei à disposição para ajudá-la, caso estivesse com algum problema.

Ela sorriu e disse que eram coisas, e adiar as observações para o dia seguinte já era suficiente, pois, até lá, já teria resolvido tudo.

Foi uma tarde fatídica: morreram três pacientes. O primeiro teve parada cardíaca ainda no horário de visitas. Retirou, então, os visitantes, que procuraram resistir, numa atitude de medo e proteção para com o seu doente. Em seguida, outra parada de um paciente cuja esposa ainda estava na sala de espera. E uma hora depois, mais uma parada em outro paciente. Salienta o quanto foi horrível, pois tem muita dificuldade em lidar com a morte, problema que não sabe se algum dia vai ser superado. (Primeiro contato/ tarde)

O mal-estar e embaraço da enfermeira diante das situações de morte e pesar, sem dúvida, retratam a exigência de enfrentamento de situações de altíssima pressão emocional aliada à competência técnica, com as quais são confrontados diariamente os profissionais da área da saúde. Essa limitação, para Rezende e cols. (1994), advém de uma formação marcada pelo modelo médico-biológico, que confere aos profissionais de saúde algum poder explicativo sobre os fenômenos da saúde-doença, vida e morte, com uma carga de racionalidade insuportável para o homem. Nessa linha, a literatura aborda a morte, priorizando os sintomas físicos: "Os órgãos vitais do organismo não são mais capazes de cumprir suas funções, com o objetivo de manter as necessidades de oxigenação, nutrição, hidratação, manutenção da temperatura corporal e excreção" (Atkinson & Murray, 1989, p. 193).

Em termos práticos, a partir do advento da tecnologia moderna em maquinário médico, o momento da morte constitui-se na paralisação das funções respiratórias, cardíacas e cerebrais por um tempo razoável que não deixe dúvidas quanto à permanência de vida (Oliveira & Ogasawara, 1992). Por outro lado, considerando a subjetividade inerente ao fenômeno, a morte vai muito além da cessação total e permanente das funções vitais, sendo considerada uma preocupação filosófica e psicológica fundamental do ser humano.

Fala 1 - Aqui dentro do hospital, o lugar que não querem ir é a UTI, porque sabem que é o lugar onde estão entre a vida e a morte. No posto de enfermagem, quando o paciente está grave eles mandam pra cá porque, apesar de eles terem contato com a morte, aqui é diário. (Rosângela/ tarde)

As maneiras pelas quais a morte é encarada, via de regra, são determinadas por fatores históricos e culturais do contexto mais amplo, transformando-se ao longo do tempo. A atual representação cultural da morte no Ocidente é a hospitalização, isto é, o deslocamento do local de morrer da própria casa - a morte gregária- para o hospital -

a morte solitária. Implica abdicar dos últimos momentos no aconchego da família e dos amigos para estar nos leitos dos hospitais, que são, institucionalmente, o lugar de cura e de morte. É o que Kastenbaum e Aisenberg (1983) descrevem como remoção da seqüência "doença-e-morte" e "doença-e-convalescência" do controle doméstico para "os frios lençóis brancos de uma cama institucional" (p.166).

Fala 2 - Não sei se, hoje em dia, ainda existe aquilo, mandaram pra casa pra morrer. Mas a pessoa poderia estar sendo tratada com a mão da mãe, a mão do marido, a mão da mulher, ali junto, fazendo as coisas. (...) Quando a gente está em casa é melhor. (...) Talvez, se ficassem mais perto das pessoas que eles querem, eles ficariam melhor. (Tânia/ noite)

A hospitalização da morte é uma situação complexa com a qual a equipe de saúde da UTI se depara constantemente, exigindo um posicionamento ético e profissional que transcende qualquer formação técnica.

Cena 2 - Converso com o doutorando a respeito da paciente em coma, que perdeu a vaga do transplante por ser etílica. Sobre o prognóstico, responde que devem aguardar, pois talvez seja o caso de mandar a paciente para casa, para morrer junto da família, como outros pacientes que estão ali (a tal distanásia). Ele conta sobre a paciente falecida no sábado, que pediu para ir para o quarto a fim de ficar com os filhos, no que não foi atendida, por pensarem que se recuperaria. A enfermeira lembra, então, a mensagem que um médico colocou no quadro da sala, que diz respeito a investir em quem realmente vale a pena, isto é, mandar para morrer junto aos familiares aqueles pacientes que não têm mais nenhuma chance, e investir nos que ainda têm alguma. Isto é muito complicado, pois um familiar sempre vai achar que algo a mais poderia ser feito pelo paciente.

Na UTI, continua a enfermeira, é curioso o jeito que a família fica em volta do paciente, como se ele já estivesse morto. Já que não falam, é preciso ensinar que devem se aproximar, mas continuam a olhar sem dizer nada, velando. Na sua opinião, com um familiar naquela situação, iria querer ficar por perto o tempo todo, para se despedir. Conta, ainda, o caso de pacientes que percebem que estão morrendo e pedem para a família ficar perto - o que não é permitido naquela unidade -, ou dos que morrem antes de serem transferidos para o quarto onde querem passar seus últimos momentos. Diante dessas situações sente-se muito mal, culpada. (Observação 6/ tarde)

O sentimento de culpa e o desejo de ajudar os familiares a desfrutarem melhor os últimos momentos com seus entes queridos retratam o desconforto da enfermeira diante do caráter frio e impessoal com que a morte é tratada dentro da instituição hospitalar. Na verdade, há poucos hospitais com uma equipe específica disponível para

conversar com os familiares dos pacientes sobre o que estão sentindo durante o tempo que seus parentes enfrentam a morte. Em algumas culturas mais primitivas tecnologicamente, quando o membro de uma família é hospitalizado, todos se mudam com o paciente, freqüentemente acampando em uma barraca próxima ao hospital, preparando a comida, dando-lhe banho e compartilhando do seu atendimento. Mesmo entre os norte-americanos, atualmente, há indícios de que alguns pacientes com doenças terminais estão voltando para casa para passar os últimos dias com os seus, o que é plenamente aprovado pelos profissionais da saúde (Kyes & Hofling, 1985).

Fala 3 - Existem pessoas que são unidas, que vêem, que estão querendo que melhore, mesmo a gente vendo que não vai acontecer, bem apegados, que, às vezes, são tirados. (...) Meu Deus, não vai sair daqui vivo! A família não pode entrar, se entra, tem que entrar no horário. (Tânia/ noite)

O pessoal da área médica, por sua vez, é treinado no sentido de dessensibilização dos elementos que possam evocar a morte. As pessoas são transformadas em órgãos, ossos, sangue, como uma reação contrafóbica que representa a atitude vitoriosa de domínio. Tal postura, conforme Cassorla (1998), é favorecida por mecanismos de defesa específicos, a saber, negação, falso otimismo, intelectualização e onipotência, que transformam o médico em um herói poderoso, dono do processo de vida e de morte das pessoas. Mas se, de um lado, o profissional da medicina vivencia a sensação de tudo poder, de outro vive a frustração diante dos imprevisíveis processos biológicos e da morte, que insistem em vencer a batalha. Nos casos de pacientes com morte próxima, então, a evitação da frustração torna a visita do médico cada vez mais escassa, pois sempre haverá compromissos urgentes, de modo que o doente fica estritamente aos cuidados do enfermeiro e de seus auxiliares.

A dificuldade do médico em lidar com a morte deve-se, ainda, a um subproduto do progresso tecnológico, que vende a crença de que tudo pode ser apreensível por ele. Se for assim, aponta Shoemaker (1992), a falha é sempre potencialmente evitável pela evolução das pesquisas, e a morte relaciona-se com o fracasso médico, pela ilusão da onipotência da tecnologia moderna e de sua capacidade inesgotável de solucionar qualquer problema complexo. Nesse contexto, a UTI é a concretização da evolução da técnica médica, no sentido de transformar a morte em algo remoto, através de continuadas intervenções e tratamentos heróicos. Contudo, se a medicalização da morte proporciona a sensação de controle sobre a situação incontrolável, traz, também,

implicações morais, éticas e legais relacionadas à dignidade e respeito à vida e morte humanas (Nordquist, 1999; Torres & Guedes, 1992).

As divergências em opiniões e valores entre os médicos e a equipe de enfermagem podem ser muito comuns. É certo que, mesmo trabalhando em conjunto, os profissionais difiram em suas crenças e atitudes a respeito dos problemas, que afetam fatores pessoais e éticos relacionados aos cuidados de um paciente gravemente enfermo, principalmente nos casos em que urgem decisões sobre a vida ou a morte, ou cujo desfecho final é desconhecido. A decisão de investir na sobrevivência de um paciente, por exemplo, por ser estritamente médica, pode trazer conflitos com a equipe de enfermagem, que se torna cumpridora das decisões, sem o direito de opinar sobre elas ou exercer qualquer influência na situação (Boemer et al., 1989; Torres, 1989).

As diferenças de posicionamento entre os profissionais do hospital se devem a diferenças nas representações e nos significados em relação ao processo saúde-doença. Essa questão foi objeto de investigação de Hartmann (1998), com funcionários (48) de 32 categorias profissionais do hospital universitário de Maringá. Interpretando qualitativamente os resultados, o autor concluiu que a diversidade de conceitos e posturas é fruto da história de vida de cada um, permeada pelo exercício profissional no cotidiano do trabalho hospitalar. A percepção individual e a vivência determinam o modo de ser e estar no mundo, o que se torna mais evidenciado quando morre um paciente, cuja permanência no hospital foi significativamente marcada pelo tempo, pela gravidade ou pela empatia.

Fala 4 - Aqui neste setor a maioria dos pacientes já está mal, não está entendendo nada, está no aparelho, em coma. Tu vêes que a pessoa morreu porque o aparelho parou. (Rosa/ tarde)

Fala 5 - Eu acho que é difícil. (...) Todo mundo fica com aquele sentimento, aquela coisa. Uma pessoa que estava bem, que não se esperava, que podia estar no quarto, em casa, mas não aquilo. (Lúcia/ tarde)

Não raro, as diferenças de opiniões evoluem para tensões interprofissionais, consideradas uma das principais fontes de estresse nas UTIs, que parece originar-se no processo de tomada de decisões. Os profissionais têm, por vezes, sentimentos de irritação quando percebem que a situação não está indo bem, podendo culpar-se uns aos outros pelas reações adversas e atitudes de não-aceitação do paciente e dos seus familiares (Kyes & Hofling, 1985).

Cena 3 - Chega uma nova paciente no box 1, vinda do bloco cirúrgico. É imediatamente rodeada por muitas pessoas, inclusive seu próprio médico -

teve uma parada cardíaca! Muitas pessoas estão ali, solícitas e preocupadas auxiliando o médico, que está visivelmente irritado. A auxiliar Cris sai do box reclamando: o médico grita e briga muito. Pergunta-me, então, por que algumas pessoas são tão grosseiras no trato, se é para mostrar competência?
(Observação 12/ tarde)

Como se vê, a superioridade médica transcende a manipulação técnica e atinge a equipe como um todo. Na verdade, a figura autoritária do médico é a mais controvertida da equipe, provocando reações de descontentamento, especialmente entre os auxiliares de enfermagem. Bleger (1984) entende essa atitude como reação ao contato diário com os problemas da doença e da morte, atividade altamente ansiogênica, que cria comportamentos defensivos em todos os profissionais. Entretanto, muitas tensões que não são explicitadas e resolvidas na própria equipe médica são deslocadas ao pessoal auxiliar, que sofre com essa atitude de "bancar o mago" (p. 61).

Fala 6 - Eu não tenho amizade com os médicos. Eu converso o necessário com eles, se me pedirem alguma coisa eu passo pra eles, senão eu passo pra enfermeira conversar com eles. (Rosângela/ tarde)

A identificação do médico como figura central e de poder é uma aquisição cultural que se deve à evolução histórica da instituição hospitalar. É herança da transformação do hospital em termos científicos profissionais, que representou um substancial avanço na profissionalização da medicina, contrariando o caráter caritativo religioso existente até então (Antunes, 1991). Além disso, é no relacionamento com a equipe de enfermagem que se desvelam as relações de poder que existem entre os profissionais do hospital, que, naturalmente, se organizam como qualquer outro grupo social. Para Motta e cols. (1995), entre os trabalhadores da UTI existem diferenças mais ou menos sutis, que reforçam o desenvolvimento dos mecanismos de complementaridade nos papéis. Nesse caso, geralmente, o detentor das regras é a figura do médico, estabelecendo uma relação de dominação com os demais membros da equipe, que atuam de forma complementar pela manutenção dos valores vigentes e conservação da estabilidade.

Fala 7 - Tem uns médicos que a gente tem mais liberdade de chegar, conversar, perguntar. Mas tem outros que não abrem espaço, são bem fechados, o que mandam fazer tem que ir lá e fazer. Então, eu já nem pergunto pra eles. Eu pergunto pra enfermeira, que pergunta pra eles, porque ela tem mais intimidade com eles. (Mauro/ noite)

Deve-se notar, contudo, que a dificuldade de relacionamento na equipe de saúde acontece não somente com o médico, mas também entre os enfermeiros e auxiliares de

enfermagem. A diversidade de categorias existente entre o pessoal da enfermagem tende a dificultar o relacionamento, por gerar uma divisão técnica e social do trabalho que contribui para o surgimento de relações competitivas e parceladas. Na divisão social do trabalho, o enfermeiro ocupa o lugar privilegiado na hierarquia, exercendo uma função mais intelectual, por ser o detentor do saber, ao passo que os profissionais de nível médio são subordinados apenas às funções manuais. Em consequência, podem surgir conflitos, potencializados pelo clima de rivalidade, intriga e insolência, que dificultam ainda mais o relacionamento (Monteiro & Vale, 1994).

Fala 8 - A gente trabalha com muita pressão. Tu estás trabalhando e estão te cuidando se tu estás fazendo isso certo ou não, tu estás fazendo uma coisa e estão te cobrando outras. (Cristina/ manhã)

Existem, entretanto, situações em que as idéias e os sentimentos da equipe de enfermagem podem ser unificados em uma única expressão de tristeza e frustração: a morte de pacientes internados na UTI afeta, indiscriminadamente, a enfermeiros e auxiliares.

Cena 4 - Há uma movimentação maior no box de uma senhora de setenta e poucos anos, internada não fazia 24 horas: era uma parada cardíaca! Nenhum comentário, rostos tensos, tanto dentro quanto fora do box. Estou do lado de fora, observando pelo vidro. Chega o médico plantonista, vestem-no o avental e, calado, ele começa a ventilar a paciente. Passam-se mais de 5 minutos e ela não reage. O médico tenta mais um pouco, toma o lugar do auxiliar Ivo na massagem cardíaca e desiste. Fica somente o barulho dos aparelhos. Os auxiliares começam, em silêncio, a preparar o corpo, que vai para a funerária.

No box ao lado, o Sr. Mário (tetraplégico consciente) está recebendo a esposa, que lhe dá algum alimento trazido de casa. A enfermeira pede que retirem-na dali e lamenta, pois já são sete horas, troca de plantão e horário de visitas. Vai ter que suspender a visitação até que tudo esteja em ordem novamente. Mesmo assim, incomoda-se, o corpo terá que passar pelos familiares que estão na sala de espera, já que não há outro caminho. Isso tudo é extremamente constrangedor, mas o pior ainda é ter que dar a notícia.

Pessoas entram na UTI e a enfermeira manda contê-los. - São os familiares da paciente, meus Deus! Não quero fazer isso, não quero fazer isso, ai, ai! Por mais que tenha experiência, nunca vai se acostumar com essas situações e sempre ficará abalada. Naquele momento, o médico plantonista telefona para o médico da paciente – “D. Dalva te deixou um abraço e se foi”. (Observação 11/ tarde)

As reações da equipe diante do paciente que está morrendo retratam maneiras diferenciadas de encarar a situação de morte: enquanto o médico procurava o seu igual e, apesar de consternado, em tom de brincadeira avisava do falecimento, a enfermeira angustiava-se em ter de administrar todos os problemas relacionados ao evento - preparar o corpo, dar a notícia aos familiares e suspender a visitação - além de ter de lidar com os seus próprios sentimentos.

A reação do médico pode ser considerada t pica, pois reflete a onipotência e indiferenç  que lhe são características. Na opinião de Cassorla (1998), médico e pesquisador, a onipotência se d  por não aceitar a derrota diante da morte; a indiferenç , quando percebe que não consegue mais realizar aquilo para o que foi treinado - salvar vidas – e, então, abandona o paciente. Em verdade, diz Shoemaker (1992), mediante um extenso treinamento, no qual o sucesso é medido em termos de cura e a crenç    de que o tratamento correto garante a sobrevivência, a perda de um paciente pode ser sentida intensamente, levando a sensações de fracasso e frustração. Nesse sentido, as habilidades técnicas e o desafio das doenç s críticas são o foco principal, em detrimento da preocupação com o conforto e com a atenção aos pacientes e às famílias.

Fala 9 - Eu gosto desse agito, (...) de estar sempre preparada pra ver se vai acontecer alguma coisa, porque tu estás ali pra ver antes de todo mundo (...) Se eu falhar, um minuto de falha pode levar a vida do paciente. (Cristina/ manhã)

Quando constatada a morte, o preparo do corpo   uma tarefa que mobiliza sentimentos específicos nos auxiliares de enfermagem, apesar de fazer parte dos procedimentos cotidianos. O estudo de Ribeiro e cols. (1998) sobre os sentimentos mobilizados nessa tarefa evidencia certa tristeza relacionada à atividade, com a intensidade modulada pelo tipo de vínculo estabelecido com o paciente e pelo tempo de experiência profissional. A sensação de impotência apareceu apenas nos profissionais com menos tempo de trabalho na UTI, sendo comum para a maioria a sensação de fragilidade diante do inevitável. Alguns reconhecem, ainda, a necessidade de desenvolver mecanismos de defesa para suportar esses momentos de sobrecarga emocional, incrementada pelos sentimentos da família enlutada.

Cena 5 - As auxiliares Velma e Maria olham demoradamente para a paciente aidética comatosa, uma jovem mãe, lamentando pelos seus filhos pequenos. Sempre têm pena da família, como a do S. Mário, com um filho de pouco mais de um ano. Velma comenta que reage bem quando acontece uma morte, até encontrar a família. A reação da família "mexe muito", principalmente se

é um paciente que cuidaram bastante tempo, que se apegaram. Todo mundo se abala! Se morre depois de um certo tempo de convivência, é bem mais difícil aceitar. (Observação 4/ tarde)

Testemunhar a dor e o pesar da família do doente é uma das atribuições mais difíceis da equipe de enfermagem. Quando se trata de um paciente com o qual houve envolvimento afetivo e se presenciou o sofrimento da família, a dor e a perda parecem se intensificar, relacionadas à própria vivência familiar de cada um. Nesses casos, é a equipe de enfermagem que está mais próxima física e emocionalmente dos entes queridos dos doentes, seja para esclarecer informações técnicas difíceis de entender, atribuição da enfermeira, seja, simplesmente, para ouvir em silêncio as queixas e lamentações, velando de longe os breves e furtivos encontros durante o horário de visitas, como fazem os auxiliares.

Fala 10 - São pessoas precisando de ajuda e você aqui dentro sem poder fazer muita coisa por eles, pelos familiares. Eu, às vezes, me sinto amarrada de não poder ajudar. (...) Não adianta se preocupar só com o paciente, com o doente, e esquecer do familiar que está ali. (Rosângela/ tarde)

A mediação entre as exigências terapêuticas e as necessidades do paciente e sua família representa uma grande fonte de estresse para a equipe de enfermagem. Muitos são os fatores que podem dificultar o relacionamento entre os profissionais e os familiares: as exigências de informações, a pressão com perguntas que não podem ser respondidas, o controle do tempo e as restrições quanto ao número de pessoas durante as visitas (Shoemaker, 1992).

Fala 11 - Tinha uma avó que chorava, que pedia pra cuidar bem. (...) Mas a maioria se conforma que é a enfermeira que dá as informações e que nós não podemos dar, e não perguntam muito pra gente. (Rosa/ tarde)

À equipe de enfermagem cabe, porém, acolher a dificuldade da família em compreender com clareza as informações médicas transmitidas e aceitar suas percepções equivocadas ou inexatas. Tais distorções se devem ao ajustamento psicológico frente às fortes emoções que estão vivendo, bem como ao despreparo ou incapacidade para ouvir, aceitar ou interpretar a verdade da morte próxima. Administrando tais situações limítrofes, na falta de um profissional como um psicólogo ou assistente social, o enfermeiro pode ser de grande valia, considerando a sua habilidade comunicativa no esclarecimento de possíveis dúvidas e na compreensão dos sentimentos de perda, atitudes de desespero e, até, de gratidão para com a equipe. Exige-se, portanto, que estejam sempre disponíveis para conversar, permitindo a

externalização de temores, ajudando a assimilar informações e, em caso de morte, tolerando que os familiares chorem ou falem, dando início ao processo de luto (Kyes & Hofling, 1985).

Fala 12 - *As coisas ruins seriam viver com a morte e ver, muitas vezes, os familiares dos que falecem. (...) Então tu ficas assim, como vai ficar aquela pessoa com o familiar dele, o sofrimento, às vezes vem chorar no teu ombro.*
(Rosângela, tarde)

A grande dificuldade da equipe de enfermagem em trabalhar com pacientes com doença grave é, justamente, o contato permanente com a terminalidade. Para Figueiredo e Turato (1995), os efeitos do alto nível de pressão emocional que sofrem os trabalhadores não devem ser subestimados, pois podem implicar, entre outras complicações, o abandono do trabalho.

Cena 6 - *Havia uma auxiliar nova - veio substituir a que tinha começado no dia anterior. - Acho que ela se apavorou, diz a auxiliar Rosângela. Seu começo foi muito agitado e, justo no primeiro dia, já morre a paciente que ela estava cuidando. Então, mandou uma desculpa esfarrapada, mas não volta mais. Não é todo mundo que agüenta trabalhar ali!* (Observação 12/ tarde)

A reação da auxiliar novata desvela, incontestavelmente, a grande dificuldade em lidar com as peculiaridade do trabalho na UTI, especialmente quando envolve a morte e o morrer dos pacientes. Os colegas auxiliares, por sua vez, mesmo não assumindo pessoalmente a limitação, percebem e se identificam com os seus temores e receios, apesar de permanecerem *agüentando* as pressões e preservando uma auto-imagem positiva, de força e determinação. A evidência de que lidar com o sofrimento e a morte é um fardo difícil de carregar é o seu reflexo na vida do profissional de enfermagem: estresse emocional e suscetibilidade à estafa (Rebello, 1993).

Fala 13 - *A gente sempre sente aquele peso. Parece que tem uma coisa que avisa a gente do dia que vai acontecer, porque a gente vem trabalhar com aquele peso. (...) Parece que a gente chega aqui e tem aquele silêncio e daí pode saber... (...) Parece que alguma coisa está avisando a gente. (...) Sempre uma paciente faz óbito.* (Teresa/ noite)

A estafa, que é o estado de exaustão física e psicológica recorrente nos profissionais da saúde, resulta do trabalho prolongado com pessoas que estão física e emocionalmente debilitadas. Manifesta-se por sintomas somáticos, decorrentes de uma inadequação ao lidar com situações desgastantes, e pode ser identificada por rotatividade de pessoal, absenteísmo, atrasos, abuso do álcool e drogas, podendo levar,

ainda, a quadros psicopatológicos (Kovács,1992; Lapertosa & Duarte, 1996). Em maior gravidade, o *burnout*, proposto por Freudenberger (1974) para explicar a síndrome resultante de um período prolongado de estresse, caracteriza-se principalmente pelo esgotamento emocional, físico e comportamental e é um dos grandes responsáveis pelo absenteísmo, pela diminuição da produtividade e pela alta rotatividade do profissional de enfermagem (Figueiredo & Turato, 1995).

Cena 7 - Reparo que o Senhor Mário não está mais no seu box. Foi embora para a sua cidade e, com tristeza, me comunicam que fez óbito no domingo. Estava ali há quatro meses e todos já tinham se apegado a ele. Morreu porque o hospital do lugarejo não tinha os aparelhos que precisava para manter-se vivo. Mesmo assim, os médicos lhe deram alta porque pensaram que já não havia mais nada a fazer por ele.

Dizem que a paciente Cinara, jovem mãe aidética, também fez óbito, quando foi para o quarto; D. Eva também. Quase todos que já estavam ali há algum tempo, morreram na mesma época. A senhora queimada, a auxiliar Velma faz um aceno de despedida, morreu. Pergunto como sabem se os pacientes morrem ou têm alta depois que saem dali. Quando ainda estão dentro do hospital, procuram se informar; se morre fora, normalmente, telefonam para avisar. (Observação 13/ tarde)

Como se vê, não obstante todo o aparato científico e tecnológico, o fator morte, inexoravelmente vivido na rotina diária de trabalho na UTI, exige da equipe de profissionais um posicionamento e estratégias pessoais que permitam suportar a pressão emocional à qual são constantemente submetidos. Na verdade, a possibilidade de ter a morte como companheira diária de trabalho é a diferença básica entre as pessoas em geral e alguns dos profissionais da área da saúde. Em se tratando de UTI, é ainda mais evidente, pois é o local onde o morrer é constante e as ações devem ser precisas, visto que a contínua pressão na luta pelo restabelecimento e manutenção das funções vitais retrata a própria natureza do intensivismo (Di Biaggi, 1993).

Fala 14 - A parte ruim é quando tu não consegues. O problema é quando tu achas que ali a morte escapou. Quando a expectativa é boa e não dá certo. (Rosa/ tarde)

O significado e as reações dos profissionais da enfermagem diante da morte dos pacientes foram investigados por Spíndola e Macedo (1994). A análise qualitativa de depoimentos escritos apontou sentimentos de frustração, tristeza e perda como os mais comuns, dimensionados conforme a idade, o diagnóstico e o prognóstico do paciente. Significa, portanto, um momento difícil, de impotência e estresse, apesar de fazer parte

do cotidiano. Por representar um oponente ao propósito de salvar vidas, o confronto com a morte do paciente ocasiona uma sensação de culpa e falha na assistência prestada. Por fim representa um momento de reflexão sobre a finitude humana, que pode ser mais bem aceito quando existe o amparo de crenças religiosas.

Fala 15 - *Nós conversamos com a chefia e pedimos uma psicóloga conosco, de que quando acontecesse alguma coisa assim a gente tivesse alguém pra conversar com o grupo, pra desabafar (...). Aí você chega em casa e vai compartilhar isso com a tua família? É claro que não!* (Rosângela, tarde)

Fala 16 - *Pra mim a gente faz o que pode. A gente tem um pouco de se sentir impotente, por não conseguir fazer mais, mas o papel da gente é fazer o que cabe à gente fazer, e não mais que isso.* (Mauro/ noite)

O significado da morte para a equipe de enfermagem da UTI também foi investigado por Silva Jr. e cols. (1998 a, 1998b), que encontraram respostas muito semelhantes às já apresentadas. O questionário semi-estruturado mostrou que a maioria dos sujeitos (45,4%) tem uma visão espiritualista da morte, com sentimentos de impotência (36,3%) e angústia (27,2%). Noventa por cento considera o trabalho próximo à morte difícil, sendo os sentimentos mais significativos de perda (27,7%), de impotência diante da família (36,6%) e de despreparo psicológico (27,2%). Os autores salientam a necessidade de esses profissionais realizarem mais reflexões a respeito da morte, como forma de desmistificar o tema e direcionar a assistência de enfermagem para a humanização.

Todavia, enquanto são subestimadas as necessidades de assistência e apoio psicológico para a equipe, os auxiliares de enfermagem utilizam-se da própria intuição para lidar com os problemas, desenvolvendo estratégias próprias para suportar a pressão.

Cena 8 - *A auxiliar Velma disse que é muito bom trabalhar ali, e duas colegas concordam. O ambiente é tão animado que, quando saem rindo e falando alto, ninguém acredita que vêm de uma UTI. A auxiliar Rosângela acrescenta que ali é proibido ficar triste, proibido chorar. Perguntei o que fazem para lidar com a tristeza, e ela responde que quando chegam ali esquecem de tudo, que todos os problemas trazidos de fora passam, com exceção de alguns dias (como a tarde dos três óbitos), em que saíram meio caídas de lá.* (Observação 2/ tarde)

A árdua rotina de trabalho da UTI, aliada à falta de treinamento específico dos profissionais que nela atuam, tem sido responsável pelo alto nível de desgaste físico e emocional, especialmente da equipe de enfermagem. Por outro lado, a exigência de

adaptação, bem como a capacidade dos membros da equipe para se apoiarem uns aos outros, tem resultado em estratégias de enfrentamento das situações limítrofes muito peculiares - como a negação da dor e da tristeza - no sentido de diminuir, pelo menos em parte, os sérios efeitos do esgotamento físico e emocional.

Fala 17 - Talvez brincando e me divertindo com as gurias. Pode observar que, às vezes, a gente está cuidando de uma pessoa, mas a gente está contando uma piada, contando alguma coisa pra se distrair daquilo, (...) pra se libertar um pouco. (Cristina/ manhã)

As estratégias desenvolvidas para aliviar a ansiedade gerada pelo confronto com a morte foram objeto de investigação de Mendes e Linhares (1996). Através de sessões grupais com enfermeiros, os autores encontraram algumas defesas coletivas: 1) impessoalidade no contato direto com o paciente; 2) distanciamento emocional na relação com o paciente; 3) evitação da comunicação com o paciente e seus familiares; e 4) valorização dos procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal. O desenvolvimento dessas estratégias é motivado por algumas questões inerentes ao trabalho: a) falta de retorno dos pacientes graves e inconscientes aos procedimentos de enfermagem; b) caráter das tarefas, que gera repulsa e receio de contaminação; c) morte como elemento de desestabilização emocional para o profissional; d) sentimento de impotência diante de situações críticas; e e) supervalorização dos procedimentos técnicos de enfermagem.

A forma como a idéia de morte permeia o trabalho e a formação dos enfermeiros intensivistas foi investigada por Boemer e cols. (1989), as quais analisaram fenomenologicamente a literatura técnica específica e os depoimentos de profissionais da área da enfermagem (trinta) de dois hospitais de Campinas/SP. Para as autoras, 90% dos enfermeiros revelaram o que realmente sentiram, apesar de admitirem que procuram esconder a compaixão que sentem dos pacientes pelo seu sofrimento. A negação dos sentimentos é também reforçada nos manuais de enfermagem mais usados, priorizando uma preocupação com equipamentos e procedimentos técnicos, como preparar o corpo, retirar da unidade e fazer anotações em impressos próprios. Para esses profissionais, a essência do trabalho de enfermagem em UTI pode ser sintetizada em alguns itens: 1) estresse, cansaço, sofrimento humano e cuidados especiais; na qual 2) o tempo e a observação são essenciais; assim como 3) a especializada atualização do conhecimento e utilização da tecnologia; e 4) a coesão grupal em um esforço que

acontece pela união de forças; no qual 5) a morte pode surgir, em decorrência ou não de uma falha, causando tristeza, dor e sensação de impotência.

Fala 18 - *Eu tento esquecer. Ou então nós conversamos entre nós e já passa. Então você sempre vai lembrar daquela pessoa que passou por aqui e você aprendeu algo com ela.* (Rosângela/ tarde)

Ainda na cidade de Campinas/SP, mais recentemente, o Centro de Reabilitação Psicossocial Caminho desenvolveu pesquisa semelhante na UTI do Hospital Samaritano. Os resultados foram convergentes: 1) o que mais mobiliza na relação com o paciente é o momento de recebê-lo na UTI, introduzir um aparelho, seguido por constatar o falecimento, manusear o cadáver e responder a questionamentos do paciente; 2) a situação mais difícil informar o falecimento à família; e 3) os sentimentos mobilizados pelo trabalho são gratificação e realização, assim como tensão e estresse, em menor grau (Caminho, 1995).

Fala 19 - *Contato com os familiares a gente nunca tem, porque eles são estranhos, eles estão daqui pra lá. E a gente não tem mais contato, na medida que o paciente morre.* (Tânia/ noite)

Da mesma forma, as percepções e necessidades dos pacientes, familiares e equipe na UTI foram objeto de investigação de Lapertosa e Duarte (1996), em um hospital público e num privado da cidade de São Paulo. Mais uma vez, os dados apontaram para questões muito parecidas com os estudos já realizados, especialmente em relação ao ambiente de trabalho (gratificante e estressante ao mesmo tempo). O que dizem mais gostar nessa função é cuidar de pessoas que precisam de cuidados e do momento em que o paciente recebe alta; do que menos gostam, constatar o óbito, informar do falecimento e manusear o corpo morto.

Cena 9 - *Na sala de lanches, a auxiliar Bárbara comenta, sarcasticamente, que de hoje a Sandra não passa. Estava perdendo os sinais vitais, e o médico já disse que não há mais nada a fazer. Ainda bem que é de noite! Como a funerária é no pátio do hospital, elas não precisam levá-la à noite, porque vêm buscar, explica. Mas brinca com a colega que, se alguém tiver que fazê-lo, será ela. Confessa que tem medo de sair com um cadáver pelo hospital.*
(Observação 9/ noite)

O manuseio do cadáver, apesar de ser uma tarefa cotidiana, que finaliza os cuidados de enfermagem, está longe de ser um procedimento banal. Conforme o vínculo estabelecido em vida com aquele paciente, serão mobilizados sentimentos específicos que podem causar mais ou menos dor e sofrimento. Nesse caso, a partir do veredicto médico de não investir, a atitude defensiva do auxiliar é transformar o paciente em um

corpo, do qual deve se livrar porque provoca incômodo, constrangimento e medo. Conseqüentemente, o erro mais comum nessas situações é o afastamento dos pacientes que estão à morte, que pode ser tanto físico quanto emocional. Segundo Kyes e Hofling (1985), o médico e o enfermeiro tendem não só a passar menos tempo com o paciente em relação a outros como também a aumentar a distância emocional com ele, mesmo quando estão ocupados com os seus cuidados físicos. Nesse caso, o afastamento é naturalmente mais fácil para o médico, apesar de ambos conseguirem facilmente erguer barreiras emocionais.

Cena 10 - A auxiliar Tereza está cuidando de um paciente consciente, mas muito quieto. Pergunto se os pacientes costumam conversar e ela diz que certa vez insistiu tanto que a paciente se irritou e perguntou o que queria saber. Por outro lado, há aqueles que adoram estar conversando, mas como o cuidado com os pacientes é rotativo, não dá para conhecer todos. Além disso, com o tempo, aprendeu a não se apegar porque é pior. (Observação 8/ noite)

A resistência da equipe de enfermagem ao envolvimento com os pacientes se deve, geralmente, ao receio de sofrer pela perda e confrontar-se com a natureza e o escopo dos seus próprios sentimentos em relação à morte. Os pacientes, por sua vez, sentem-se negligenciados diante dos sentimentos de raiva, culpa, ansiedade, perda do controle, medo de ser subjugado, depressão e apatia que o pessoal da enfermagem pode desenvolver e que afetam os cuidados clínicos na sua forma maior (Boemer et al., 1989).

Fala 20 - Eu acho que a gente não deve se envolver, ficar com dó do familiar, sofrer. (Bárbara/ noite)

As reações do auxiliar evidenciam que, a despeito do alto nível de especialização e da tecnologia na terapêutica intensivista, o conseqüente investimento em material humano ainda deixa muito a desejar.

Cena 11 - É o primeiro dia do auxiliar Eduardo, que está tentando limpar a boca de um paciente não colaborativo, ri. - Não faça isso comigo! Ao aspirá-lo, salta secreção na sua roupa. Demonstra nojo e ri novamente. Pergunto se essa é uma das dificuldades do trabalho. Não, pois quando começou a trabalhar, o que lhe causava mais constrangimento era ver aquelas pessoas todas peladas e juntas, e ver no que a gente virava quando ficava doente! (Observação 10/ tarde)

A ênfase dada aos conteúdos técnicos e práticos da função de enfermagem, em detrimento das questões ligadas à emoção, tem caracterizado a formação técnico-profissional desses trabalhadores. O estudo de Carvalho (1994) com quatorze

professores do ciclo profissionalizante de enfermagem revelou que estes se sentem inseguros para orientar emocionalmente os futuros enfermeiros em campo de estágio com pacientes terminais e para discorrer sobre o tema da morte. Nos poucos casos em que as escolas de enfermagem dão atenção aos aspectos psicológicos do cuidado com o paciente, em contrapartida, continuam negligenciando os métodos de ajuda aos enfermeiros para olhar suas próprias emoções quando lidam com essa questão.

Fala 21 - Tem uns que dizem – Cruzes, não sei como é que tu agüentas. Mas como é que tu fazes, meu Deus? (Rosa/ tarde)

Nem mesmo o hospital, responsável legítimo pelas necessidades do seu *staff*, investe em um trabalho profilático de apoio à equipe de saúde na assistência com doentes graves e com a morte (Mandel, 1981). Em verdade, a instituição não tem cumprido o seu papel junto aos seus servidores nem em questões elementares.

Cena 12 - A auxiliar Cris debruçou-se sobre o paciente com meningite porque não havia sido alertada do quadro. Do setor de contaminação, voltou revoltada porque só foi medicada sob pressão e ameaça. O médico que examinou o paciente, embora de máscara, já estava medicado. Reclama, então, que a política do hospital de dar atenção somente à classe médica era injusta, pois eles também estavam correndo riscos. (Observação 14/ tarde)

O trabalho em uma UTI Isolamento implica, além de lidar com a dor e o sofrimento provocados por doenças graves e com a morte, o constante risco de vida. O perigo de contaminação se constitui em mais um fator gerador de estresse na equipe, especialmente quando se sente desprotegida pela administração do hospital.

O estigma relacionado à UTI Isolamento tem se revelado no preconceito e na resistência dos alunos do curso de enfermagem em estagiar nessa unidade. É o que apresenta o trabalho fenomenológico de Sadala (1999), supervisora na Unesp/SP, acompanhando estagiários de enfermagem no local. Os resultados mostraram que os alunos sentem estranheza ao habitar o Isolamento e identificam vários medos: de contágio, de chegar até o paciente, de ser agredido fisicamente, de ser incapaz e ficar imobilizado diante do paciente. As dificuldades no cuidar do paciente isolado estão relacionadas com a angústia e suas manifestações, como os temores gerados a) pelo desconhecimento, b) pelos pré-conceitos, c) pelo medo do contágio (especialmente da Aids), e d) pela insegurança em manipular os paramentos e os procedimentos técnicos específicos da área. As dificuldades descritas foram superadas mediante variadas práticas do cuidado de enfermagem, tais como aproximar-se do paciente, conhecer as coisas e objetos do Isolamento. Os conhecimentos técnico-científicos adquiridos durante

as aulas teóricas deram condições para os alunos enfrentarem e superarem as dificuldades iniciais, mas, sobretudo, a sua vontade de cuidar e a disposição de se aproximarem do paciente aparecem como elementos decisivos para essa superação.

Fala 22 - Lá embaixo só tem podridão, só tem paciente contaminado, só tem porcária! Essa é a idéia (...) tu vêes na expressão da pessoa.(Enfermeira da tarde)

Como se vê, assistir pacientes isolados requer bem mais do que domínio técnico-teórico; requer uma capacidade de lidar com os próprios medos e receios e doar-se autenticamente às necessidades da pessoa doente.

Cena 13 - S. Mário (tetraplégico consciente) começa a delirar, diz que não consegue respirar. A auxiliar Rosângela mostra-se francamente preocupada com a situação e segura a sua mão enquanto escuta as queixas. Pergunto se lhe foi receitado algum calmante, e a enfermeira diz que o psiquiatra já fez uma avaliação há um tempo e que nunca mais apareceu. Manda fazer um sedativo e diz que vai falar de novo com os médicos, porque eles se preocupam somente com o seu estado físico e se esquecem do psicológico.
(Observação 12/ tarde)

O comprometimento da equipe de enfermagem com o paciente internado na UTI transcende a necessidade do bem-estar físico para entrar no terreno do apoio emocional. Essa é uma questão particularmente delicada, pois, muitas vezes, denuncia o descaso dos médicos para com o sofrimento psíquico dos pacientes, especialmente daqueles que já estão em estado terminal.

Para o paciente, a UTI configura-se, por suas características intrínsecas, num ambiente que requer grandes ajustamentos mentais e emocionais. Trata-se de um lugar desconhecido, ameaçador, além de coincidir com o seu provável desconforto físico e com o medo da morte. O acúmulo de fatores ambientais e situacionais afeta a todos os internados em vários graus, dependendo de suas características de personalidade, estado físico, extensão das atividades intervencionistas e tempo de permanência na unidade. Além disso, fatores como repouso absoluto, a dependência total do cuidado de pessoas estranhas e a perda do controle sobre as funções corpóreas mais simples (como diurese, defecação e respiração), aliados a exames físicos constantes e dolorosos, exigem do paciente uma significativa capacidade de suportar e adaptar-se (Lapertosa & Duarte, 1996).

Fala 23 - No início eles sempre ficam bem assustados, bastante apavorados, olham pra gente com aqueles olhos arregalados. Mas depois tu vais conversando com eles e isso muda totalmente. (Cristina/ manhã)

As manifestações emocionais mais comuns nesses pacientes são a ansiedade, o temor intenso, a negação, a regressão, a culpa e a depressão. Os que permanecem mais tempo na UTI, como os que sofreram traumatismos graves ou prolongadas intervenções cirúrgicas, podem desenvolver, ainda, a chamada “psicose de UTI”, que se caracteriza por agitação intensa, podendo variar desde uma confusão amena até um estado de delírio avançado (Shoemaker, 1992).

Fala 24 - O pior é aquele que não aceita nada, que é revoltado, que não gosta, que se queixa, que se faz de vítima e destrata. Porque eles dão tapa na gente, eles agriDEM. Tem que se cuidar também daqueles desorientados, que agriDEM involuntariamente, sem consciência. (Tânia/ noite)

Mesmo sem ter o preparo necessário para o enfrentamento de situações críticas, é o enfermeiro quem está mais próximo e quem o paciente busca para conversar sobre os seus temores, ou quando está morrendo. Também é quem está mais próximo da família, tendo de lidar com os sentimentos dos parentes, as dúvidas, as angústias, os temores e, quando o paciente falece, é quem toma as primeiras providências. Para Kovács (1992), a capacitação para testemunhar e auxiliar nos dramas humanos reside, fundamentalmente, na consciência e compreensão dos próprios sentimentos em relação à doença e à terminalidade.

Fala 25 - Aqui aprendi a dar valor à vida. Tu aprendes a dar limites às coisas, porque se vive perigosamente em muitas coisas e a gente aprende a ir só até aqui. Muitos de nós vamos passar por aquilo ali e que tu tens que dar valor à vida. (Rosângela/ tarde)

Por outro lado, em certas situações, a política e rotina hospitalar exigem objetividade e frieza nas decisões sobre a vida e a morte, o que incrementa o clima de tensão absorvido pelos enfermeiros.

Cena 14 - A enfermeira pergunta para o médico o que fazer: mandaram uma paciente com meningite, não há leitos vagos, colocaram-na na recuperação, onde devem ficar os pacientes que virão do bloco cirúrgico em algumas horas. Ele diz que não deve se estressar, pois esse é um problema da administração do hospital, e não deles. Está muito preocupada. Tentou, em vão, negociar com outras unidades. O médico aconselha que passe o problema adiante, isto é, suspenda as cirurgias por falta de sala de recuperação. Quando a enfermeira sai, o médico diz que ela se preocupa demais e que se envolve com problemas que não são dela. (Observação 14/ tarde)

Cena 15 - Na sala de prescrição, a enfermeira recebe um telefonema da emergência, onde está uma paciente com meningite precisando urgentemente

de um leito. Declara estar preocupada porque tem cinco pessoas na fila de espera, além de mais cinco que acabam de sair do bloco cirúrgico para a recuperação, onde existem somente três leitos. É um estresse muito grande e, às vezes, cansa-se demais tentando resolver esse tipo de impasse: decidir para quem vai dar o lugar. Trata-se de uma questão delicada, subjetiva, porque não tem como saber ao certo quem está pior, quem precisa mais podendo tomar uma decisão equivocada. Acha injusto, mas não vê outro jeito. (Observação 8/ noite)

A sensação de desconforto, angústia e frustração vivenciada pelos enfermeiros são resultado da significativa pressão vivida pelo profissional que trabalha em UTI, especialmente em cargos de chefia. Além de ter de lidar com uma estafante rotina de procedimentos técnicos, de pressão psicológica dos pacientes e dos próprios sentimentos e reações, o enfermeiro também administra questões políticas do hospital, as quais, muito além de um jogo de poder, envolvem a decisão sobre quem vai ter a chance de viver ou morrer.

Esses enfermeiros, segundo Hartmann (1998), vivem um processo de desenvolvimento no trabalho em que têm de aprender a administrar conflitos extremamente desgastantes, que trazem à tona seu próprio sentimento de vulnerabilidade. A impotência e o desamparo que vivenciam no processo saúde-doença em relação ao sistema assistencial do qual participam estabelecem limites para a identidade pessoal e profissional dos enfermeiros, o que implica lidar com ambigüidades afetivas e profissionais. Essas ambigüidades se expressam mais claramente na desproporção existente entre as suas responsabilidades e o seu poder de decisão: as enfermeiras "devem fazer face aos desafios diários e às demandas da situação de morte, embora desprovidas do nível de autoridade do médico, desprovidas do treino relevante para a sua profissão, desprovidas da atmosfera emocional que lhe daria apoio nos momentos de aflição pessoal ou durante seus esforços mais perigosos e comprometedores" (Kastenbaum & Aisenberg, 1983, p. 189).

Os excertos empíricos e teóricos transcritos ilustram alguns dos principais problemas e limitações enfrentadas pela equipe de enfermagem na rotina diária de trabalho em uma UTI. São profissionais que, além de enfrentarem a morte e a gravidade das doenças, têm de apoiar as famílias dos doentes e, às vezes, os próprios colegas de trabalho. Nesse contexto, vivem sob intensa pressão, seja pelo real risco de contágio, seja pela crueza das tarefas ou pela dificuldade de relacionar-se com uma figura tão distante e autoritária como a do médico. Diante dos problemas e da exigência de

constante presteza, peculiares da terapêutica intensiva, desenvolvem por sua conta estratégias de enfrentamento, por vezes, à custa da negação dos próprios sentimentos. É um trabalho que envolve situações de risco físico e psicológico, de freqüente contato com a morte, com as perdas decorrentes do adoecimento e com as dificuldades sociais e econômicas em um país onde a saúde não é prioridade. Trata-se de uma situação que transcende qualquer especulação teórica dos manuais de enfermagem, para se configurar como um drama real e, em muitos aspectos, irreparável.

3.1.2. Interpretação Fenomenológica – tópicos relevantes sobre o mundo vivido na UTI

Os dados obtidos através das observações e entrevistas articulados com a literatura, na redução, produziram um texto descritivo, que revelou o significado de ser um trabalhador de enfermagem e estar na UTI, considerando diferentes localidades: a do pesquisador que realizou observações no campo estudado; a dos participantes que responderam às perguntas topicamente organizadas, e a da literatura sobre o tema que contextualizou os recortes de uma situação particular com o contexto mais amplo.

A seguir, a interpretação estrutural especifica os itens direcionados pela determinação de tipologias analíticas, que revelam o sentido da experiência consciente de trabalhar na UTI. Trata-se de uma escolha do pesquisador, que representa uma entre tantas possibilidades, baseada na própria consciência do pesquisador em relação à intencionalidade dos enfermeiros e seus auxiliares, pela distinção entre o essencial e o não-essencial. O resultado disso é a percepção do pesquisador do mundo vivido através de atos expressivos da experiência desses trabalhadores, que constituem a consciência da experiência do pesquisador situado no ambiente de UTI, com o foco na vivência da morte dos pacientes internados.

A interpretação analítica que objetiva demarcar os temas recorrentes na situação vivencial da UTI traz assinaladas em *itálico* algumas tipologias analíticas que asseguram, na medida do possível, o sentido da descrição originalmente apreendida pelo pesquisador. As categorias temáticas aqui definidas, a propósito, serviram como tópicos para as discussões grupais na II Etapa (Tabela 4). As vivências na UTI podem ser sintetizadas e interpretadas com base em três tópicos abrangentes e fundamentais: a) a rotina de trabalho em enfermagem; b) o relacionamento com os pacientes internados; e c) a morte dos pacientes dentro da unidade.

a) O trabalho

O ambiente da UTI é um espaço fértil em contrastes e antagonismos. Nesse lugar, ao mesmo tempo em que se testemunha o avanço da moderna tecnologia médica em favor da manutenção da vida humana, se atesta a mais absoluta *impotência* frente à inexorável terminalidade. São profissionais dedicados, *realmente preocupados com o paciente*, mas sujeitos à subversão imposta pela necessidade de sobreviver à incessante rotina que banaliza a morte de seres humanos – *morreu, morreu, toca pra frente!*

O trabalho é árduo – *não é todo mundo que agüenta* - mas *gratificante*. O ambiente é animado, porque *é proibido ficar triste*. A recompensa é diretamente proporcional ao número de pacientes que se restabelecem. A frustração está na decepção com bons prognósticos e na irreversibilidade dos casos em que *não havia mais nada a fazer* e que vêm pegar a equipe de *surpresa* – *sempre ficará abalada!* Diante da implacável realidade, a *culpa* surge com a sensação de que *algo mais poderia ser feito pelo paciente*, até mesmo por aqueles *SPPs**, já desacreditados pela prepotência médica, que *investe em quem realmente vale a pena*, ou preteridos pela política assistencial caótica, que sentencia *quem precisa mais* do atendimento intensivo.

O trabalho de enfermagem dentro da UTI delinea-se por uma série de fatores que assumem importância, na medida em que influenciam idéias e comportamentos dos profissionais. A escolha profissional revela expectativas idealizadas sobre a função e seu *status*, representada por alguém de *branco* que deseja *ajudar a cuidar de pessoas*. Tal imagem se confronta com a dura realidade da doença grave e da morte, pautada por tarefas tão árduas quanto repugnantes - *limpar cocô e secreção*, que qualificam o auxiliar de enfermagem como um profissional vocacionado e sacrificado – *não sei como é que tu agüentas!*

A rotina da UTI difere daquela da enfermaria, pois o auxiliar de enfermagem depara-se com exigências específicas, que, no seu escopo, reduzem a essência do intensivismo em dois pontos básicos: 1) a exigência de atenção constante - *um minuto de falha minha pode levar a vida do paciente*- aliada à necessidade de *fazer bem feito*, proporciona aos pacientes *o melhor cuidado* e à equipe, a sensação de estar sendo *mais útil* do que em outros setores do hospital; 2) a incansável luta contra a morte - *até que o*

* Abreviatura para “se parar, parou”, referindo-se à indicação de não reanimar uma provável parada cardíorespiratória.

médico diga que não dá pra fazer mais nada - alia a condição de estarem sempre preparados para o que vai acontecer ao incontestável medo que morressem nas suas mãos. Nesse caso, especificamente, a peculiaridade do Isolamento para o atendimento a pacientes contaminados fomenta uma impressão dentro e fora do hospital de que só tem porcaria e podridão, ao que retrucam alegando que a contaminação está em todo lugar - o bicho está em tudo.

A equipe é unida - a gente pede ajuda e é ajudado - como uma família, porém não é um mar de rosas - estão sempre te apontando - sendo os problemas resolvidos com muita conversa - o que tem pra dizer, a gente diz. A recompensa por tanto esforço e dedicação está em ver a pessoa ficar boa ou, ainda, em poder ajudar alguém a sair de uma fase tão difícil, o que é reconhecido pelo paciente e seu familiar, que declaram o quanto foi bom o atendimento.

São muitas as lições diárias nesse contato direto com a doença e a terminalidade, mas, dentre as principais, valorizar e amar a vida e as pessoas, tornando-se mais compreensiva. Nesse sentido, algumas características são consideradas pré-requisitos no trabalho intensivista: gostar de trabalhar em grupo na lida com o paciente grave; ter muita coragem, paciência e persistência. Ao mesmo tempo, o auxiliar deve compreender o drama dos pacientes e manifestar carinho incondicional por todos eles. É de consenso, ainda, que tudo depende do amor ao ser humano e de gostar daquilo que está fazendo, pois não importa o salário, mas a dedicação para se sentir mais forte em relação à doença!

b) O paciente

O paciente, sua recuperação, seu bem-estar físico e emocional, assim como de sua família, são o principal objetivo da equipe de auxiliares de enfermagem, transcendendo as próprias paredes da UTI. Para diminuir os efeitos da doença, aliado aos cuidados técnicos, o auxiliar tem que conversar bastante, procurando facilitar ao paciente esquecer um pouco do problema de saúde. É uma relação pautada pela oscilação entre o envolvimento - você se doa pras pessoas e dá a mão - e o afastamento - quanto mais distante ficar, menos tu vais sofrer. Em retribuição, os que se restabelecem não perdem o contato com a equipe e se tornam um amigo a mais - mandam cartão no Natal, bouquet de flores; tem uns que ligam pra gente. Esse reconhecimento do fundo do coração certifica que o trabalho valeu a pena,

especialmente com aqueles que *viram a morte de perto*, intensificando os laços afetivos como se fizesse *parte da família*.

O melhor paciente é o *consciente* - pode *se comunicar, dizer o que está sentindo* - e colaborativo - *está interessado em melhorar, se esforça, quer viver*. Todavia, não se pode negar, que o paciente inconsciente tem suas vantagens: *é mais fácil de chegar nele, de trabalhar*. O pior paciente, o mais difícil, é o *revoltado; o que não aceita nada; que quer e quer tudo, e que não aceita a dor*. Diante da resistência em receber ajuda, aconselha-se ter *paciência* para *entender o lado dele* e, se necessário, *ser mais forte do que ele pra reverter o quadro*. Na verdade, não existe paciente difícil, mas momentos em que *ele se torna totalmente agressivo e depois volta ao normal*.

Por outro lado, tanto esforço e dedicação são reconhecidos por muitos pacientes e familiares - *nunca foram tão bem cuidados* -, que mantêm o contato *virando a visitar ou telefonando* para dar notícias - *se morre fora, telefonam pra avisar*. Ao estigma de *porção do hospital*, a dedicação incondicional e *competente* é o diferencial da equipe de enfermagem da UTI-I - *quando chegam ali esquecem de tudo, todos os problemas trazidos de fora passam*.

Paradoxais também são as estratégias para enfrentar o estresse e o desgaste emocional, indo desde a empatia genuína - *segura sua mão enquanto escuta suas queixas*- à mais fria indiferença - *aprendeu a não se apegar porque é pior*. Todavia, ninguém ignora o sofrimento do *familiar* - *sempre têm pena*, e se preocupam em proporcionar que desfrutem, ao máximo, os *últimos momentos*, aproximando doentes e seus entes queridos. A intensidade do contato com os parentes, aliada ao tempo de permanência dentro da unidade - *convivência* - modula o grau de envolvimento com o paciente, que se traduz no interesse pela história de vida atual e pregressa à UTI - *procuram se informar*.

Os familiares são considerados um fator fundamental na recuperação dos pacientes - *querem lutar junto* - e, como tal, devem receber atenção especial - *não adianta se preocupar só com o paciente, com o doente, e esquecer o familiar que está ali*. Por outro lado, a impotência diante do inevitável pode provocar um certo afastamento - *o que a gente pode fazer, conformar?*

c) A morte

A morte é uma realidade inexorável - *a maioria dos pacientes já está mal, está em coma* - podendo estabelecer uma certa frieza - *tu vês que a pessoa morreu porque o*

aparelho parou, aliada à tristeza que passa, com a luta do dia-a-dia. Mesmo sabendo que todo mundo vai morrer um dia, há alguns auxiliares que se seguram pra não chorar, pois – o dia que você não sentir mais nada com o paciente, é porque não é mais humano. A torcida é pra que não aconteça durante o seu horário de trabalho, mas em outro plantão – não sei se é mais fácil, mas, pelo menos, a gente não vê.

As estratégias para lidar com os sentimentos despertados diante da morte dos pacientes diferem se o auxiliar está dentro ou fora do seu ambiente de trabalho. Na UTI, procuram não se *impressionar – eu tenho que ser bem superficial; se conformar – melhor que a pessoa morra do que fique ali sofrendo, porque sabem que foi feito tudo o que tinha que ser feito e não conseguiu sobreviver. A tristeza passa rápido: 1) conversando e se distraíndo com os colegas – a gente está cuidando de uma pessoa, mas a gente está contando uma piada; 2) ocupando-se com as tarefas – aqui o serviço é meio bastante, tu acabas esquecendo; e 3) dedicando-se aos que ficaram – tem mais paciente pra atender. Fora da UTI, assim como tem gente que não lembra, pois vai pra casa, tem a família, já lida com coisas diferentes, há os que dizem que ficam lembrando de todos os pacientes, mesmo sabendo que não podem deixar interferir tanto - não misturar demais. Nesses casos, procuram sair para passear, arejar, ou nunca parar, fazendo uma coisa, fazendo outra; conversando, sempre acompanhado de outras pessoas – nunca ficar sozinha. Os casos de morte que mais abalam a equipe estão relacionados 1) à idade do paciente – quando o paciente é relativamente jovem, eu tenho a impressão que eu sofro mais com a perda; 2) à surpresa diante de um bom prognóstico – a pessoa está bem, dá aquela parada e não tem volta; 3) ao tempo de convivência dentro da UTI – fica cento e poucos dias e no final faz óbito; e 4) à separação entre mãe e filhos pequenos – ela não queria partir por causa das crianças.*

3.2. II Etapa - Interventiva

A descrição que resultou da articulação entre observações, entrevistas e literatura delimitou os tópicos dos encontros, expressos em trechos significativos de depoimentos projetados em telão, ponto de partida para a expressão de opiniões e sentimentos baseados na experiência profissional dentro do ambiente da UTI. A discussão grupal se deu em torno da rotina de trabalho, acionando o processo comunicativo intra (do eu consigo mesmo) e interpessoal (do eu com os outros) (Gomes, 1998), como forma de promover a identificação e apoio mútuo. Os participantes do grupo priorizaram as partes do texto (depoimentos) a serem aprofundadas a partir do trabalho intersubjetivo,

concentrando esforços para esclarecer e amplificar os tópicos demarcados, considerando o seu conhecimento experiencial, que prevê aspectos objetivos da situação e subjetivos das vivências e sentimentos. O pesquisador, por sua vez, procurou capitalizar o laço subjacente compartilhado pelos membros do grupo, no sentido de aumentar a consciência da identidade comum.

3.2.1. Síntese descritiva dos encontros

Os encontros do grupo de discussão tiveram como produto duas descrições: a primeira, a descrição do grupo, é o registro literal e detalhado do processo consensual dos participantes sobre as questões apresentadas pelo pesquisador, que resultou em 38 páginas transcritas da gravação em vídeo dos três encontros (Anexo H); a segunda, a descrição do pesquisador, desvela uma perspectiva alternativa do processo grupal, sintetizando o fluxo da conversa e o tônus emocional relacionado aos temas em discussão, que é a seguir apresentada.

O primeiro encontro começou com a exposição da proposta, a qual foi ouvida atentamente pelos nove participantes. O tema do encontro foi o trabalho em enfermagem na UTI-I, ao qual prontamente reagiram com experiências pessoais que amplificavam o sentido do texto, atribuindo complexidade e subjetividade ao exposto. Pouco a pouco também foi surgindo a principal questão mobilizadora do grupo naquele momento: a morte recente de um paciente jovem com bom prognóstico. Estavam todos preocupados com os comentários dos colegas do hospital e da família do paciente sobre um provável *erro da enfermagem* que seguiu a prescrição médica: *ele não podia ter sentado!*

O debate em torno desse caso trouxe à tona muitas questões importantes: 1) a decisão da equipe médica de *investir* em pacientes que *não têm mais o que fazer*; 2) a decisão de *não investir* na reanimação do doente para *aliviar o sofrimento* dele e dos seus; 3) a submissão de todo o trabalho da enfermagem às decisões dos médicos *poderosos*; 4) as *esperanças* frustradas com um paciente jovem - *Ninguém esperava que o João morresse*; e 5) a gratificação diante da reversão de um *estado grave* – *um desafio*, como resultado do trabalho em equipe. Tais questões tornam o Isolamento especial, apesar da imagem de lugar onde *mandam pra morrer*, com os auxiliares menos *sofisticados*, por disporem de menos *robótica*, mas que, por outro lado, figura em segundo lugar no gráfico de desempenho do hospital. Duas horas e meia passadas,

o pesquisador se despediu, marcando o encontro na semana seguinte –*Estaremos aqui!*
– *Com certeza!*

No segundo encontro os participantes eram os mesmos, acrescentando-se Lúcia, que se desculpou por ter tido um compromisso na semana anterior, e Rosângela, que, por não mais fazer parte da equipe (estar na Recuperação), não sabia se poderia participar. O grupo estava, então, com onze participantes. O tema, relacionamento com os pacientes, da mesma forma que o anterior, motivou a discussão desde o primeiro excerto, trazendo a variedade de reações dos pacientes, sua vulnerabilidade diante da doença e o papel do auxiliar de enfermagem na diminuição do sofrimento dos doentes e da família. Para exemplificar, novamente foi lembrado o caso do paciente João, motivado pela angústia da auxiliar Lúcia, que, além de ser sua amiga pessoal, compareceu ao seu velório e conversou com os familiares e amigos do falecido.

Esse tópico motivou manifestações sobre os padrões relacionais dentro da unidade: 1) o envolvimento dos auxiliares com os pacientes – *Não existe dizer que não se envolve com paciente*; 2) o envolvimento dos pacientes com os auxiliares – *Se ele foi bem atendido, é aquele o auxiliar dele*; 3) a impotência diante da dor e do sofrimento – *É muito mais difícil o sofrimento do paciente vivo, que convive todo dia conosco*; 4) o investimento inútil em quadros irreversíveis - *No final a única perspectiva é a morte*; e 5) a ética médica que segue *um procedimento padrão*, sem considerar o que *cada paciente precisa*. O pesquisador informou, então, que a morte dos pacientes seria o assunto do próximo encontro, pois já passavam vinte e cinco minutos do horário previsto para o término da reunião.

No terceiro encontro estavam presentes os mesmos participantes da semana anterior, acrescentando-se Tânia, que foi abraçando o pesquisador logo que entrou, sendo muito bem recebida pelos colegas. O tema era a morte dos pacientes e causou um certo impacto nos participantes, que permaneceram em silêncio, manifestando-se apenas após cinco intervenções do pesquisador. Para eles, as estratégias para enfrentar a pressão psicológica e a comoção diante do óbito dos pacientes devem ser relativizadas - *cada caso é um caso* - levando-se em consideração fatores específicos: 1) o prognóstico; 2) o tempo de internação; 3) o envolvimento com o paciente e sua família; 4) a motivação e colaboração do paciente para seu restabelecimento. Os casos *que marcam um, marcam toda a equipe*: 1) o que fica *conversando contigo até a morte*; 2) o que, *lá no íntimo, sabe que vai morrer*; 3) o que morre contrariando o prognóstico; e 4) o que *a gente sabe que vai morrer e tenta se enganar*. A morte dos pacientes acaba

remetendo à própria morte, pois, segundo Davi, nem toda *pessoa está preparada pra morrer(...)* apesar da morte ser uma coisa boa. A reação do grupo - *Não quero essa coisa boa pra mim* - revelou a dificuldade em conversar sobre a vulnerabilidade da vida humana, sobre o medo de morrer e sobre o luto por um ente querido. O depoimento emocionado de Laura demonstrou que *a coisa mais importante que tem é desabafar*, porque *a gente tem que pôr tudo pra fora e encontrar quem escute, é muito bom!* Sobre essa questão, o pesquisador apontou que a experiência comum também entre colegas de profissão pode ser um canal de comunicação poderoso para enfrentar situações difíceis, considerando a vivência junto aos pacientes como um fator de aproximação entre os auxiliares de enfermagem.

Para finalizar o processo, deu-se início à avaliação dos encontros feita com depoimentos individuais espontâneos. Ao final, o grupo ofereceu ao pesquisador uma camiseta confeccionada como uniforme dos auxiliares de enfermagem do setor, com os dizeres “Nossos cuidados fazem a diferença”, como *um presente nosso pra você!*

3.2.2. Redução fenomenológica dos encontros

O trabalho de redução fenomenológica consiste na análise das discussões grupais para, através da distinção entre o que é essencial do que não é essencial, descobrir o sentido da experiência grupal no processo da tomada de consciência, como mecanismo de identificação e apoio psicológico. Tenciona-se, assim, desvelar o processo comunicativo circular intra e interpessoal no esclarecimento e amplificação dos tópicos demarcados, levando em conta o conhecimento objetivo da situação e subjetivo dos sentimentos diante de uma situação de trabalho que é comum a todos os participantes.

O ponto de partida das discussões foi a experiência profissional comum na UTI, que, expressa na linguagem, tornou-se objeto da consciência de quem ouvia e, também, de quem falava. “Consciência” é aqui definida “como um movimento sinérgico na reversão entre percepção e expressão” (Gomes, 1998, p. 21) que se revela tanto para o sujeito que expressa a sua percepção e percebe sua expressão, como na relação desse mesmo sujeito com outro indivíduo. A idéia da intervenção por meio da reflexão fenomenológica justifica-se, com efeito, na potencialidade terapêutica do processo intersubjetivo enquanto possibilidade de apresentação e ampliação da experiência consciente para si e para os outros, tornando-se objeto da consciência individual e coletiva. Trata-se, então, de uma tentativa de redimensionar a intencionalidade da

experiência solitária de trabalho em enfermagem na UTI para a consciência de uma identidade e linguagem comum baseada na mutualidade da experiência. Nessa condição, a consciência de uma percepção interpessoal passa a fazer parte da experiência de uma expressão interpessoal, que facilita a identificação e apoio mútuos como estratégia efetiva para o enfrentamento do estresse e das pressões psicológicas inerentes à sua inserção profissional. O artifício terapêutico básico foi a expressão das vivências e sentimentos sobre temas que se revelaram significativos para aqueles sujeitos inseridos num contexto profissional. Assim, a experiência consciente enquanto processo comunicativo do sujeito consigo mesmo e do sujeito com os outros, permitiu “a aproximação e exploração de uma realidade que tem como intencionalidade a descoberta de maneiras mais adaptadas e autênticas de se expressar (existir, funcionar, viver). Em outras palavras, estas duas pessoas comunicantes atualizam e clarificam a consciência da experiência através da correção perceptiva da expressão” (Gomes, 1998, p. 30).

Esse movimento reflexivo do grupo foi demonstrado em alguns excertos selecionados, escolhas do pesquisador entre possibilidades, que exemplificam o movimento reflexivo do grupo em torno de questões experienciais, pela seleção de gestos e falas organizados em sistemas de códigos tomados na totalidade. Os trechos estão organizados como sínteses descritivas e Tabelas (Tabelas 5 a 15), no sentido de fornecer evidências empíricas da circularidade entre percepção e expressão, como um processo intersubjetivo do grupo na redefinição do sentido da experiência comum. Nas sínteses, o movimento reflexivo pode ser identificado na relação reversiva entre experiência e consciência pela articulação entre expressões analíticas (em itálico) dos participantes do grupo na re(con)dução das questões discutidas. Nas Tabelas, as expressões dos sujeitos sobre vivências peculiares – idéia inicial – estão colocadas do lado esquerdo e, contrastadas com a alteridade da expressão e da percepção dos outros elementos do grupo e de si mesmo, são redefinidas e atualizadas para constituir coletivamente a consciência da experiência – idéia ampliada -, colocada à direita. A apresentação a seguir preserva a organização tópica inicial das discussões, conservando a mesma ordem de análise proposta na descrição: a) o trabalho; b) o paciente; c) a morte.

a) O trabalho

O trabalho em enfermagem aborda aspectos relacionados à própria inserção profissional, à equipe de médicos, enfermeiros e auxiliares e às peculiaridades do setor Isolamento. A imagem da profissão (Tabela 5) foi discutida com base em duas perspectivas complementares: a vocação para *ajudar a cuidar de pessoas* e a crueza da tarefa de *limpar cocô e secreção*. A rejeição dessa visão limitada do trabalho proporcionou ao grupo a construção de uma terceira possibilidade, bem mais abrangente, que considera o *lado bom* e o *lado ruim*: *se a gente está limpando, está ajudando*. A tarefa repugnante torna-se *rotineira*, ao mesmo tempo em que é compensadora pela possibilidade de recuperação do paciente - *é cem por cento o teu trabalho*. O principal objetivo é a reversão de um quadro grave, *desafio* enfrentado com dedicação *de corpo e alma àquele paciente*, vencido *quando eles melhoram e voltam pra visitar* e *a gente vê o quanto valeu a pena*. Em contrapartida, *a parte mais difícil é quando entra um paciente que é pra investir, a gente faz tudo e não consegue*, deixando a sensação de que *o trabalho foi todo por água abaixo*. E é justamente a rotina de vida e de morte que torna a UTI especial para os seus funcionários, pois ali passam por *coisas que em outro setor a gente não vive*.

Tabela 5 – Redução fenomenológica do trabalho em enfermagem na UTI

	Idéia inicial	Idéia ampliada
1º Encontro	TELÃO - Me imaginava de branco ajudar a cuidar de pessoas. TELÃO - Achava que enfermagem era dar medicação, e tive que limpar cocô e secreção.	CIOMARA – Como foi com vocês? ROSA - A imagem é totalmente diferente! FRANCISCA - Como tem seu lado bom, tem seu lado ruim. (...) Se a gente está limpando, está ajudando. EDUARDO - Torna-se pequeno de tão grande que é o benefício (...)Tu consegues manipular aquilo como rotineiro, e encarar com respeito à pessoa. (...) ROSA - A parte mais difícil é quando entra um paciente que é pra investir, a gente faz tudo e ele não consegue. EDUARDO - Por aí o teu trabalho foi todo por água abaixo! CIOMARA – O que vocês querem dizer com isso? ROSA - Porque tem pacientes e pacientes.(...) Tem aquele que nós não vamos investir, que não tem mais o que fazer. CIOMARA – Lidar com doença grave (...) é um ponto fundamental do trabalho de vocês. (...) EDUARDO – É mais gratificante porque tu reverts todo um estado grave, (...) te dedicar de corpo e alma àquele paciente, (...) é cem por cento o teu trabalho. ROSA – É um desafio! LAURA – Há momentos que a gente acha que não fez nada, mas, quando eles melhoram e voltam pra visitar, é gratificante. (...) Nesses momentos é que a gente vê o quanto valeu a pena. (...)Coisas que em outro setor a gente não vive. (...) FRANCISCA – Em um mês eu aprendi muitas coisas. (...) Eu estou adorando

mesmo! Quando o paciente mexia a mão, quando sorria. (...) É muito gratificante!
 EDUARDO – A Fábia também, né?
 FÁBIA – Eu não gostava, eu não queria, porque eu odiei o estágio lá. (...) Mas agora eu gosto!

A qualidade dos serviços de enfermagem sustenta-se na boa convivência em equipe, pautada pela hierarquia profissional que permeia o relacionamento com os médicos, enfermeiros e colegas auxiliares. Em relação aos médicos (Tabela 6), a idéia inicial é que são *poderosos* e que *os auxiliares estão cumprindo ordens*, pois *eles acham que a gente não sabe nada*. A fragilidade dessa classe, todavia, evidencia-se diante da morte de um paciente, seja pela necessidade que têm de *culpar alguém* quando fracassam, ou pela adoção de um *procedimento padrão*, independentemente das peculiaridades do paciente, postura *ética muito questionável*. Discutem, dessa forma, que os profissionais da medicina deixam o *caso pra gente cuidar*, já que *não querem saber da vida particular, mas da história clínica*, sendo o investimento na recuperação dimensionado *conforme o convênio*. É de consenso, então, que os médicos tidos como *superiores*, frente a limitações de ordem pessoal ou profissional, defensivamente se afastam dos pacientes, agindo como alguém que *não tem coração* e deixando a preocupação para os auxiliares, que são quem, de fato, *participa daquilo ali*.

Tabela 6 – Redução fenomenológica do relacionamento com os médicos na UTI

	Idéia inicial	Idéia ampliada
2º Encontro	CIOMARA –E os médicos, será que se preocupam?	LAURA - Eu acho que não. CIOMARA – E por que vocês se preocupam? LAURA –Porque parece que é a gente está participando daquilo ali. EDUARDO – Eles vêem como um caso pra gente cuidar. FRANCISCA – Eu acho que a imagem de não se envolver é do médico: ele não se envolve! LÚCIA – Eles não querem saber da vida particular, mas da história clínica. Eles não querem saber se tu tens filho, se o teu marido bebe, se o teu marido fuma. (...)Eles não querem saber da expectativa do paciente quando sair dali. VELMA – Eles não querem nem conversar com o paciente, não põe a mão no paciente, mas tu estás lá.

O enfermeiro, outro membro da equipe intensivista, aqui tem o papel de mediador na execução das prescrições, e não apenas de alguém para quem o médico diz *faça isso faça aquilo* (Tabela 7). Desse modo, deveria assumir uma postura mais dinâmica, utilizando seu *conhecimento* e *experiência* para assegurar o bem-estar do paciente, a despeito da própria *insegurança de ir contra a palavra do médico* ou do *medo de perder o emprego*.

Tabela 7 – Redução fenomenológica do relacionamento com os enfermeiros na UTI

	Idéia inicial	Idéia ampliada
2º Encontro	DAVI – Tem que ser dinâmico, mas tem coisa; enfermeiros que têm um receio muito grande de ir também contra os médicos. muitos anos de experiência. E o médico diz por telefone - Quem começa há pouco tempo tem muita insegurança de ir contra a palavra do médico.	ROSÂNGELA – Têm medo porque o médico pode responsabilizar por alguma coisa; ou tão nova, tem medo de perder o emprego. LAURA – A Ex-Enfermeira Chefe não tinha medo do médico, porque ela não tinha um grande conhecimento. É uma pessoa muito instruída, com muitos anos de experiência. E o médico diz por telefone - Faça isso, faça isso, faça aquilo. Ela vê que aquilo ali não adianta.

Com os colegas auxiliares de enfermagem (Tabela 8), a idéia inicial sobre a eficiência do grupo alicerçada na possibilidade de ser *amigo* evolui pela retomada da noção de *continuidade* do serviço de enfermagem, priorizando a *compreensão de que trabalham em equipe, ninguém está lá pra competir e fofocar*, sendo a capacidade de expressar as próprias opiniões e sentimentos um importante credenciamento para trabalhar em cooperação. Nesse sentido, as necessidades individuais dão lugar à *consciência* do papel do profissional de que *está ali para fazer um trabalho bem feito*.

Tabela 8 – Redução fenomenológica do relacionamento entre auxiliares de enfermagem na UTI

	Idéia inicial	Idéia ampliada
1º Encontro	CARMO – Tem pessoas e pessoas. Tem aquele que nunca vai ser teu amigo.	EDUARDO – Mas é só uma pessoa que faz parte da equipe. FÁBIA – Dependendo da pessoa, ela tem aquele domínio e vai jogar todas as outras contra ti. LAURA – Mas isso aí Fábica,... eu não fiquei quieta, não guardei rancor (...), mas fiquei sentida. (...) Ninguém está lá pra competir (...) Eu acho que é uma continuidade, não tem que ter fofoca. Eu não tenho que ficar cobrando. EDUARDO – Tudo o que ficava por fazer ia pro caderno. LAURA – Uma vez chorei a manhã inteira por causa dos bilhetes. EDUARDO – Toda troca de plantão vinha uma lista. LAURA – Um sistema de fazer fofoca. EDUARDO – Era pra deixar menos coisas pros colegas fazerem. CIOMARA – Laura, talvez se tu tivesses mandado um bilhete (...), vocês não conversassem até hoje. LAURA – Eu não ia conseguir trabalhar no setor com raiva dela. Foi bom ter falado as coisas pra ela. ROSA – Eu já fico com aquilo e não consigo falar. CIOMARA – Poder dizer (...) é melhor do que ficar guardando. FÁBIA – Eu(...) vou guardar pra sempre. LAURA – É por isso que eu consigo trabalhar em qualquer equipe. (...) DAVI – Às vezes eu me pergunto – Você gosta de trabalhar em enfermagem? (...) A insensibilidade de alguns colegas é uma coisa que me preocupa. Às vezes a pessoa está sofrendo ali (...) E o profissional que está ali, pra fazer um trabalho bem feito, está por lá. (...) Eu acho que é uma questão de consciência! (...) Se acontece, eu vou lá e resolvo.(...) Eu tenho tido bons colegas(...) que têm

O setor no qual realizam o trabalho também é significativo na delimitação da auto-imagem profissional, especialmente por se tratar de uma UTI Isolamento (Tabela 9). A percepção inicial de *porão* ou *depósito* de *pacientes* *justifica-se* na falta de *estrutura* de *muitos anos atrás*, quando o Isolamento *era um horror*. Tal idéia se mantém em virtude da falta de investimento em *tecnologia*, atitude administrativa incompatível com o número de *pacientes graves, em coma* e *que não se movimentam* em relação às outras UTIs, e à inexistência de um *treinamento envolvendo todo mundo* a fim de esclarecer *que a contaminação está em todo lugar*. A discussão, contudo, traz à tona a boa colocação no *gráfico de desempenho do hospital* (segundo lugar), redimensionando a imagem do setor, que, mesmo tendo *poucos recursos*, presta um serviço de qualidade que transparece no *índice de satisfação de quem nós atendemos* e no *respeito que muitos médicos têm pelo Isolamento*.

Tabela 9 – Redução fenomenológica da vivência de pertencer à UTI Isolamento

	Idéia inicial	Idéia ampliada
2º Encontro	FRANCISCA – O que a gente comentava semana passada também é aquilo - Está mal, vai pro Isolamento. E é o hospital inteiro isso, não tem como mudar.	FRANCISCA – Quando está mal, não tem mais solução, vai pro Isolamento. ROSÂNGELA- Uma coisa que eu já notei - Está grave, está morrendo, SPP? (...) - E, se tiver uma vaga, vai pro Isolamento, e se parar, parou. LAURA- Acho que o médico deveria ter vergonha do que falou. CIOMARA – Mas isso (...) foi porque é SPP, ou porque o Isolamento tem um serviço de qualidade? EDUARDO – Lá é depósito! ROSÂNGELA – Tem uns que mandam porque sabem que vai sair; e tem outros que mandam porque sabem que vai ficar. LÚCIA – Mas tem muitos médicos que têm respeito pelo Isolamento. (...) Mesmo que seja pra morrer, eles preferem. (...) EDUARDO – E isso revolta porque se pede coisas e não se ganha, (...) toda a aparelhagem mais antiga é nossa, tudo o que nós temos de novo lá é roubado. Desceu lá embaixo, a gente não devolve! LÚCIA –Lá na nossa, os pacientes estão graves, seria o setor que mais precisaria, os pacientes estão em coma, não se movimentam. EDUARDO – Mas (...) no gráfico de desempenho dos setores do hospital, o Isolamento está melhor. (...) Os cuidados de enfermagem de cada setor, prevenção, aspiração... (...) ROSA – Tinha que pôr na portaria. LAURA – Será que não tinha como colocar no mural lá na frente da UTI-I, bem grandão? (...) ROSA – Ontem foi uma tarde maravilhosa! A Enfermeira da tarde chegou, e contou pra nós – Bah! EDUARDO – Dizem que os elogios dados pelos chefes das outras quatro UTIs foi um discurso muito lindo: lá, com os recursos poucos que a gente tem, conseguiu aquele desempenho!

b) O paciente

A assistência ao paciente na UTI requer uma abordagem bem mais ampla, que transcende o atendimento ao doente, prevendo um contato relativamente intenso também com os familiares. O relacionamento com os pacientes (Tabela 10) parte de uma idéia de que é impossível não se envolver emocionalmente, apesar de não acontecer *com todo mundo*, mas com os que *marcam mais*, e estão a mais tempo na UTI. A unilateralidade relacional do auxiliar que se doa profissional e afetivamente ao paciente é substituída por um envolvimento mútuo, de *confiança dos dois lados*, modulada pelo tempo de convivência, que faz com que a *conversa esteja fazendo bem pra ti e pra ele*, já que não é só o profissional que se apega, mas *o paciente também se apega àquele auxiliar*.

Tabela 10 – Redução fenomenológica do relacionamento com os pacientes na UTI

	Idéia inicial	Idéia ampliada
2º Encontro	LÚCIA – Não existe dizer que não se envolve com paciente, com família, porque se envolve sim.	CIOMARA – E como é que funciona trabalhar com isso o tempo todo? ROSA – Não é com todo mundo que acontece isso. VELMA – Não é igual com todos. Tem uns que marcam mais, outros menos. ROSÂNGELA – Depende do tempo que você está com ele. Quanto menos, menos você se apega. EDUARDO – E tem aquele paciente que se apega àquele auxiliar. ROSA – É, o paciente também se apega. (...) Depende da visão dele na chegada, se ele foi bem atendido, é aquele o auxiliar dele. Depois, com o tempo, eles vão conhecendo todo mundo.

Entre os fatores desgastantes no trabalho em UTI não está apenas a morte daquele *que todos se apegam*, mas também a impotência diante do *sofrimento do paciente vivo, que convive todo dia conosco* (Tabela 11). Nesses casos, o óbito pode ser considerado um descanso, desejado pela equipe – *pode morrer* – e pelo próprio paciente - *me deixem morrer*. Assim, discutem a autoridade médica tanto na decisão de *prolongar o sofrimento* como de *dizer que não tem mais nada pra fazer*. Daí deduzem que ao auxiliar cabe somente fazer *o que foi passado pelos superiores*, cumprindo seu papel de *continuar a investir*, mesmo que esteja torcendo para *pessoa morrer*.

Tabela 11 – Redução fenomenológica da vivência do sofrimento e da morte dos pacientes na UTI

	Idéia inicial	Idéia ampliada
2º Encontro	LÚCIA – Eu acho que (...) o mais difícil nem é tanto a morte (...),	CIOMARA – O que tu dizes? LÚCIA – Eu não sei o que dizer, eu não sei como me portar. (...) Eu já cansei de dizer - Agüenta mais um pouco, logo tu vais sair desta! Mas a gente sabe

mas é o paciente pegar na mão e apertar e dizer – Por favor, me ajuda, eu estou com dor! Eu acho que tu te sentes muito impotente (...) – Eu quero ir embora, eu não agüento mais ficar aqui! O que tu dizes pra uma pessoa num momento desses?

que, provavelmente, ela não vai sair desta. O que dizer quando tu não tens mais expectativa nenhuma? Eu não sei mais o que fazer com essas coisas, porque tu crias uma expectativa e, quando vês, o paciente morre.

LAURA – Porque, se ela tivesse morrido, descansou.
(...)

LÚCIA – Eu acho que são coisas muito mais difíceis do que a morte. (...) E é muito mais difícil o sofrimento do paciente vivo, que convive todo o dia conosco.

FRANCISCA – Às vezes a gente pensa – Ah morreu, que bom, descansou! É estranho torcer pra uma pessoa morrer.

LAURA – A D. Camila tem que descansar. Pode morrer até comigo! (...) Não tenho mais coração de estar ali, me segurando. (...) E ela disse – Ajudando, mesmo, se me deixassem morrer!

CIOMARA – A Lúcia trouxe (...) que se sente enganando uma pessoa que vai morrer dizendo – Não, não vai morrer.

ROSA – A gente não tem o que dizer. Tem que enganar.

LAURA – Será que eu vou embora? – Mas é claro que vai. (...) Será que vai, no estado que ela está?

LÚCIA – Pra que prolongar todo esse sofrimento se, no final, a única perspectiva é a morte?

ROSA – Geralmente, aquele que é pra melhorar, não demora muito.
(...)

VELMA – É como se eles dissessem - Esse pode morrer, e esse não!

LAURA – Só que, assim, até que ponto o médico pode prolongar o sofrimento? E até que ponto se pode dizer que não tem mais nada pra fazer, pode morrer? (...) Eu não me sinto bem cuidando daquele que é SPP. (...) Porque se é SPP, eu vou continuar investindo? Se for SPP, tira dali e dá lugar pra outro! Não, ele fica ali. (...) A gente faz aquilo que dizem. Eu sinto um alívio porque eu fiz o que me foi passado.
(...)

LÚCIA – O problema é esse: tu te sentes impotente, tu não podes fazer nada.

A recuperação do paciente depende das boas condições físicas e emocionais, sendo a última a condição para que o doente *se ajude*, sendo devidamente apoiado pelos parentes (Tabela 12). Acreditam que a *força dos pacientes é o familiar* e, portanto, *não adianta se preocupar só com o doente e esquecer do familiar que está ali*. Mesmo assim, a *ética* determina que mantenham *uma certa distância da família*, na medida que *as informações sobre o paciente somente o chefe pode dar*. Concluem, assim, que a família também deve ser acolhida nos seus sentimentos e *expectativas* de vida depois da experiência de UTI - *Nós temos que dar atenção integral à saúde devemos ser humanitários*. O papel do auxiliar, aqui, amplia-se do cuidado *com o corpo* para o cuidado *também da alma* do paciente e da sua família.

Tabela 12 – Redução fenomenológica do relacionamento com os familiares dos pacientes na UTI

Idéia inicial	Idéia ampliada
ROSÂNGELA – Se a pessoa não estiver bem, ela não vai resolver o problema	ROSA – Isso é tratamento da alma! FRANCISCA – A D. Tina, quando veio a netinha dela (...) A gente conseguiu autorização especial e deixaram ela entrar. LÚCIA – Semana passada estava a D. Virgínia lá, chorando por causa do filho

<p>dela. (...) A força dos pacientes é o familiar.(...) Se a pessoa não se sente amada, querida, ela não vai melhorar.</p>	<p>dela.(...) Só de falar que podia chamar quem quisesse e ficar mais tempo com eles, ela se animou.(...)Então, a gente tenta aliviar ao máximo, pra criar um ambiente pro paciente esquecer aquele sofrimento. (...) Não adianta de preocupar só com o paciente, só com o doente e esquecer do familiar que está ali.</p> <p>CIOMARA – Mas isso aí é curativo na alma, não é curativo no corpo.</p> <p>(...)</p> <p>LÚCIA – Tem determinados familiares que (...) querem conversar, perguntar como está, e tu não falas, realmente. (...) Porque não é só o paciente que está lá dentro: é a família que está ali sentada, fazendo uma oração, esperando.</p> <p>DAVI – A gente falava que o paciente tem que se sentir em casa. (...) Não basta apenas cuidar do corpo, da parte material, mas também da alma. (...) Nós temos que dar atenção integral à saúde devemos ser humanitários. Eu considero que os familiares não são estranhos, (...), pois, se o paciente está bem, o familiar está bem, e vice-versa. Aí aparece outro probleminha, que você tem que se preservar, por ética, que a gente tem que cortar aquele vínculo com os familiares.(...) As informações sobre o paciente somente a chefe pode dar. Isso eu acho que fica meio limitado. (...) Mas como os colegas disseram, a gente conversa, mas tem que manter uma certa distância. Seria muito importante se pudesse ter uma ligação maior com eles, pra poder ajudar.</p> <p>LÚCIA – Quando eu vou falar, eu pergunto o que o médico disse, porque o médico dificilmente diz a mesma coisa pra nós lá dentro, e pra família. Então, os familiares vão falar da vida, das expectativas de quando ele sair dali. Se tu criares um vínculo maior com eles, vão parar de perguntar como ele está.</p>
--	--

c) A morte

Este tópico diz respeito a terminalidade como uma condição existencial inerente à condição humana (Tabela 13). A reação diante da morte dos pacientes, a princípio, é dimensionada conforme o investimento no caso, o prognóstico e o envolvimento com o paciente e a família. A discussão grupal, entretanto, contextualiza o paciente dentro da sua família, reconstituindo sua história de vida, independentemente de haver ou não esperanças de recuperação. Findam, então, ampliando a concepção de comoção frente à morte na UTI, pois, mesmo *os pacientes que chegam pra morrer têm vida* fora, pertencem a uma *família*, que, embora distante, sofrerá uma perda muito significativa.

Tabela 13 – Redução fenomenológica da vivência da morte dos pacientes na UTI

	Idéia original	Idéia ampliada
3º Encontro	<p>LAURA – Eu acho muito ruim quando a gente chega, pega o plantão que o colega já passa que é SPP. (...) Eu me sinto horrível cuidando (...) sem objetivo nenhum. (...) Vamos cuidar de pacientes que a gente possa investir, e que</p>	<p>CIOMARA – Vocês já falaram de vários casos bem complicados, que vocês se mobilizaram.</p> <p>LÚCIA – Uma vez chegou um paciente pra nós, SPP, bastante mal. A gente não se envolve, quer que o paciente morra, entre aspas. (...) Era dia dos pais e tinha uma carta lá, do filho dele. A hora que eu vi aquilo eu me arrepiei, sinceramente, eu enchi os olhos d'água (...) A gente esquece que, aqueles pacientes que chegam pra morrer (...) têm família.</p> <p>LAURA – A impressão que dá é que aquela criança (...) não sabe a situação do pai, fala como se o pai estivesse bem.</p> <p>FRANCISCA – Eu acredito que (...) não sabe, porque (...) a esposa ligou e perguntou se ele tinha saído do respirador.</p>

vai ter resultado.	LÚCIA –O médico repetiu que ele estava muito mal, e ela não conseguia se acostumar. Eu nem conhecia a esposa, porque ela quase não vinha.(...) A gente, às vezes, esquece que esses pacientes têm vida fora.
--------------------	--

O trabalho com a dor e a terminalidade confronta os auxiliares, constantemente, com a vulnerabilidade da vida humana, e desperta o *medo da morte* enquanto possibilidade real para si e para os seus (Tabela 14). A reação inicial entre os colegas é de repúdio e evitação em falar no assunto – *me poupe*, mas evolui para uma identificação genuína do grupo de profissionais com o paciente e sua família – *associar os casos*, estimulando a manifestação dos medos, das angústias e das preocupações em relação ao tema.

Tabela 14 – Redução fenomenológica da vivência do medo da morte

	Idéia inicial	Idéia ampliada
3º Encontro	EDUARDO – Pode acontecer alguma coisa comigo, eu penso na morte, e começo a chorar. LAURA – Ah, Eduardo, me poupe! EDUARDO – Meu Deus estou com medo de morrer! (...) As gurias dizem (...) pára com isso, e tal.	CIOMARA – E será que essa tua preocupação (...) tem a ver com o fato de tu trabalhares com a morte? EDUARDO – Depois que eu tive contato com a morte aqui, eu comecei a ficar mais vulnerável, comecei a pensar, associar os casos, e isso me deixa com muito medo (...) do que vai acontecer, medo de não concluir o que eu estou fazendo, não dar tempo de eu realizar, de fazer o que eu planejei. TÂNIA – Depois que a gente forma uma família e tem filhos, a gente (...) não pode morrer! CIOMARA - E vocês, o que acham? CIBELE –Eu acho, como a Tânia falou, todos os dias eu rezo e peço que eu não morra antes de fazer tudo o que eu tenho que fazer, criar meus filhos... DAVI – Eu estava vendo que algumas pessoas falam assim - Só mais um pouquinho! (...) - Se eu viver mais dez anos está bom! (...) Nunca está bom! CIOMARA – É que a gente vai se envolvendo com outras coisas e nunca pode morrer. TÂNIA – Sempre tem alguma coisa pra fazer! Eu não quero morrer, eu não preciso ir lá pra cima, quero estar aqui. EDUARDO – Eu tenho medo do sofrimento, (...) preocupação que aconteça alguma coisa pra alguém da minha família. Quando eu vejo alguma coisa aqui, eu ligo pro meu pai e digo pra tomarem cuidado. CIOMARA – Vocês lidam, o tempo todo, com a vulnerabilidade da vida humana. TÂNIA –Sofrimento não é só a perda do que morreu, mas é também causar sofrimento aos outros. (...) Por que não morre de uma vez? DAVI – A única certeza que eu tenho é de que eu vou morrer.

Mesmo diante de uma rotina de doença grave e de morte, conversar sobre o assunto nem sempre é bem aceito pelas pessoas, pois *já morreu mesmo e não vai voltar mais* (Tabela 15). A idéia inicial de evitação do tema - *é melhor não falar pra não sofrer* - amplia-se pelo trabalho intersubjetivo do grupo, que avalia experiências comuns de perdas significativas, deduzindo, por consenso, *que a gente tem que pôr tudo pra fora*. Concluem, por fim, que *o mesmo grau de sofrimento aproxima duas*

peessoas – *é preciso parar e ouvir* - promovendo uma empatia que pode ser terapêutica – *encontrar quem escute, é muito bom* – no enfrentamento da morte e do morrer. Nesses momentos, então, os colegas de profissão assumem um importante papel, pelo fato de terem uma vivência profissional e, às vezes, pessoal muito semelhante, que pode *servir como um apoio, como alguém que está junto contigo – a gente ouvindo é a melhor coisa que tem.*

Tabela 15 – Redução fenomenológica da vivência do luto

	Idéia inicial	Idéia ampliada
3º Encontro	<p>EDUARDO – Meu avô (...) teve um acidente (...) fatal, e a minha mãe queria vê-lo, e eu disse que não, porque fica aquela imagem. Mas ela não sossegou enquanto não visse. (...) Senti muita dor por ele, e pena dela. Ela precisava ver o pai dela morto? (...) Eu preferia que ela ficasse com boas lembranças na memória (...), mas ela quis ver o acidente.</p>	<p>LÚCIA - Será que se a mãe do Eduardo ficar pensando todo dia no pai, ele não vai estar sentindo toda dor também?(...) Eu acho que, no momento que uma pessoa morreu, a gente jamais deve ficar comentando, imaginando como foi. (...) Ela não consegue descansar, (...) ir pra um plano superior.</p> <p>CIOMARA - Será que se falar da pessoa ela não descansa? (...) No caso da mãe do Eduardo, (...) digamos que agora ela quisesse falar sobre o acontecido. Isso é produtivo ou não?</p> <p>EDUARDO – Eu acho que não.</p> <p>LÚCIA – É como minha mãe: não quer sair, não quer fazer nada, porque fica curtindo a morte do meu avô. Ela me disse que pensa nele, sente falta. (...) Eu acho que uma pessoa pode estar junto contigo, te dar apoio.</p> <p>ROSÂNGELA – Muitas vezes é difícil, mas é preciso parar e ouvir, (...) ela iria desabafar, conversar. (...) O importante é ouvir, não interessa o que o outro tem pra dizer. A gente ouvindo é a melhor coisa que tem.</p> <p>CIOMARA – Se alguém vem conversar e a gente diz - Não fale disso! (...) O fato de não estar falando, não significa que esqueceu, mas significa que ela está enfrentando sozinha. E daí é a própria pessoa, viva, que não descansa. É como quando a gente tem uma preocupação, bota pra fora, parece que diminui. (...) Então, se a pessoa está querendo conversar com a gente sobre alguma coisa que ela está pensando, será que ela não tem esse direito? (...) Se não tem ninguém que ouça (...) a pessoa vai ficando cada vez mais deprimida, porque não consegue botar pra fora.</p> <p>LAURA – Eu tenho a minha cunhada, que perdeu a mãe dela quatro dias antes de eu perder a minha mana. (...) (Começa a chorar. Em silêncio, todos baixam a cabeça.)</p> <p>CIOMARA – Todo mundo já deve ter passado por experiência parecida</p> <p>LAURA -Então, quando ela liga e diz - Vem aqui pra gente conversar, eu já sei o que ela quer! (...)Às vezes a gente se encontra, e é uma choradeira.</p> <p>CIOMARA – E por que essa necessidade de falar uma com a outra?</p> <p>TÂNIA – É que as duas passaram pela mesma coisa, têm o mesmo grau de sofrimento.</p> <p>LAURA- Ela pode falar comigo a qualquer hora da noite que eu fico escutando, como eu também posso falar o quanto eu quiser porque ela não me bloqueia. Lá na minha casa eu não posso muito falar, porque o meu marido acha melhor não falar, pra não sofrer. (...) Eu acho que é como você falou, porque é difícil a gente encontrar quem escute a gente.(...) Só que é como você diz, a gente tem que pôr tudo pra fora. (...) Encontrar quem escute, é muito bom!</p>

Os excertos apresentados são representações significativas da re(con)dução grupal das questões relacionadas ao trabalho, aos pacientes e à morte, pautadas pelo

movimento reflexivo da consciência, promovido mediante o trabalho intersubjetivo do grupo. Partiu-se do conhecimento experiencial de cada membro do grupo nas diferentes situações discutidas [idéia inicial] para promover um processo comunicativo circular entre percepção e expressão, que levou em conta a subjetividade comum na clarificação e ampliação dos tópicos demarcados [idéia ampliada]. Esse movimento é a seguir representado por palavras-chaves, que funcionam como unidades de significado interligadas pelo sinal “ \Rightarrow ”.

No primeiro tópico, sobre o trabalho em enfermagem, a preocupação com a tarefa concreta foi ampliada para uma preocupação com o objetivo de restabelecer a vida, que vem justificar a natureza dos procedimentos desagradáveis [tarefa \Rightarrow objetivo]. Nesse contexto, a imagem onipotente do médico foi redimensionada, encarnando um profissional despreparado para enfrentar a rotina desgastante de doença e terminalidade, pela reconhecida dificuldade em administrar o envolvimento emocional com os pacientes [fortaleza \Rightarrow fragilidade]. O enfermeiro, por sua vez, criticado pela obediência incondicional à classe médica, tem seu papel requalificado, para exercer uma autonomia real referendada pelo conhecimento técnico e competência profissional [obediência \Rightarrow autonomia]. Nessa equipe, a qualidade do relacionamento interpessoal não deve se basear em laços de amizade entre os auxiliares, como uma questão de ordem pessoal, mas, sim, na consciência de que a continuidade do trabalho de enfermagem se alicerça, isto sim, no nível de cooperação entre os técnicos, condição profissional essencial [amizade \Rightarrow cooperação]. A mesma competência para recuperar quadros irreversíveis poderia, por outro lado, fazer frente à proscrição imposta ao Isolamento dentro do hospital [ostracismo \Rightarrow competência].

O relacionamento com os pacientes evolui de uma concepção de doação unilateral para um envolvimento mútuo do cuidador com o cuidado, sendo produtivo e prazeroso para ambas as partes [doação \Rightarrow mutualidade]. Tal envolvimento credencia o auxiliar de enfermagem a aceitar a morte como o alívio de um sofrimento prolongado e irreversível [sofrimento \Rightarrow descanso]. A intensidade da troca afetiva com o paciente amplifica o alcance dos relacionamentos do profissional, que passa a se preocupar com o bem-estar da família do doente, como uma condição terapêutica essencial [paciente hospitalizado \Rightarrow família hospitalizada].

A morte, por fim, insere-se em um contexto mais amplo quando redimensionada do caso clínico, do quadro nosológico, para a pessoa, o indivíduo que traz à tona uma

história de drama e sofrimento, mesmo nos casos em que não houve um envolvimento significativo com o paciente [caso \Rightarrow pessoa]. A história dos pacientes, assim, remete à história pessoal de cada um e deflagra a vulnerabilidade da vida humana, sendo a morte uma realidade inexorável para todos, forte fator de identificação de cada auxiliar com os pacientes e, também, com seus próprios colegas de trabalho [morte deles \Rightarrow nossa morte]. É justamente a mutualidade da experiência diária com a doença grave e a morte que pode promover o apoio psicológico necessário no enfrentamento de uma rotina de trabalho desgastante e insalubre na UTI [evitação \Rightarrow enfrentamento].

O interjogo de palavras sobrepostas exposto ilustrou o processo de tomada de consciência do grupo, identificado através da correção perceptiva da expressão do próprio pesquisador. Esse redimensionamento da consciência do pesquisador na análise dos dados constituiu-se, na verdade, no pleno exercício da tarefa interpretativa, aprofundada na etapa seguinte.

3.3.III Etapa – Interpretativa

Esta última etapa caracteriza-se pelos procedimentos habituais da pesquisa fenomenológica de análise e compreensão de todo o processo, no sentido de desvelar as regras subjacentes que regularam a experiência dos grupos de discussão e reflexão, anotando seus êxitos e fracassos. A partir da discussão dos sentimentos decorrentes do cotidiano de trabalho, os auxiliares puderam refletir sobre suas experiências, através da interação e identificação mútua, que permitiu especificar um modo de existir na rotina da UTI, modificado pela intervenção e recolocação dos sujeitos em seu mundo profissional.

Nesse sentido, avalia-se qualitativamente todo o processo de pesquisa intervenção com base em três pontos fundamentais: 1) a vivência de identificação dos auxiliares com o seu grupo de trabalho, como estratégia de apoio psicológico mútuo; 2) a consciência e compreensão dos sentimentos em relação à doença grave e à morte na UTI; e 3) a vitalidade ou não das técnicas grupais em situação de significativa pressão psicológica e estresse profissional. Para tanto, a presente interpretação crítica, diferentemente das descrições compreensivas anteriores, leva em conta perspectivas diversas, que permitem a ampla visualização do fenômeno estudado e reconstituem a estrutura total do fenômeno. As perspectivas são 1) dos participantes, que avaliam a própria experiência no grupo, considerando suas expectativas e sentimentos mobilizados

durante os encontros; 2) do pesquisador, que avalia o processo como um todo, procurando identificar seus êxitos e fracassos; e 3) da literatura especializada, que permite a comparação com estudos e intervenções de natureza semelhante, remontando à estrutura ecológica da situação.

O pressuposto deste estudo, de que a experiência no grupo de iguais pode ser terapêutica na medida que fornece um modelo para a compreensão e manejo dos problemas psicoemocionais em situações de grande pressão psicológica, pôde ser legitimado. Na prática, testemunhou-se como diferentes pessoas experenciam o mundo comum vivido na UTI, utilizando a linguagem não somente como um veículo de comunicação, mas como forma de apresentação da experiência à consciência para, novamente, especificar-se na experiência mútua.

As avaliações sobre a participação nos encontros (Anexo I) foram informalmente conduzidas, expressas em manifestações voluntárias mediante solicitação do pesquisador. Sabe-se que, embora carentes de rigor instrumental, servem para atestar a aceitação e identificação com o grupo, autenticamente vivenciadas durante o processo. Abaixo são apresentados trechos selecionados que são unidades representativas da perspectiva dos auxiliares de enfermagem sobre sua participação no grupo.

- (...) Eu senti uma proximidade pra falar o que eu estava sentindo. Foi uma oportunidade da gente desabafar, porque no nosso trabalho nós só recebemos, recebemos e não aliviamos a carga. (...) A gente tem que conversar, desabafar, e fica a semana inteira livre, trabalha animada. Que foi exatamente o que aconteceu aqui. (...) Eu vou pensar e vou começar a colocar, desabafar sobre o que eu estou sentindo, e ver as outras pessoas desabafarem. – Ah, eu estou sentindo isso também! (...) Cada um fica sofrendo sozinho. Mas então chegou a hora de eu começar a falar o que eu estou sentindo (...) (Rosângela)

- Pra mim também foi muito bom, porque se tira dúvida da cabeça: se os teus colegas, se aquilo que tu sentes, teu sentimento é só teu, ou é igual ao dos outros, se é normal ou não. Então, eu acho que quase todos aqui sentem os mesmos sentimentos. (...) Todos os colegas estão expondo o que eles sentem, e tu estás expondo também. (...) Eu acho que é bom pra gente, porque tudo o que se fala aqui, nunca se conseguiu falar. (...) (Rosa)

- Eu gostei muito de ter participado, apesar de eu não ter falado muito, foi bom ouvir. (Cibele)

A perspectiva do pesquisador é uma descrição interpretativa que assume o sentido de uma dada combinação de presenças e ausências para aquele que percebe o processo. Assim, envolve, inevitavelmente, escolhas que, na medida do possível, traduzem o

estatuto existencial do pesquisador de recolocar o sujeito no seu mundo, desvelando a direcionalidade da experiência consciente dos participantes, enquanto sua própria consciência epistêmica e psicológica. As evidências demonstraram que o ato comunicativo grupal, como consciência de uma percepção interpessoal, passou a fazer parte da experiência de expressão interpessoal. A comunicação entre os membros do grupo foi um poderoso meio de alimentação e realimentação das discussões e trocas coletivas. A linguagem qualificou a percepção, através dos atos expressivos entre os comunicantes, a fim de atualizar e clarificar a consciência da experiência, via correção perceptiva da expressão. A possibilidade do movimento corretivo se deu na reversibilidade das percepções e expressões entre os membros, pois, ao mesmo tempo em que cada membro se deixava conduzir pela expressão do grupo, oferecia as suas próprias percepções, reduzidas na expressão, para serem exemplificadas pelo mesmo.

A discussão com o grupo de iguais foi uma condição primordial na promoção da consciência sobre a inserção do profissional da enfermagem na rotina da UTI. A mutualidade da experiência serviu como estratégia de apoio psicológico, baseado, fundamentalmente, na identificação interpessoal. Alguns indícios são significativos do processo de aceitação e apoio mútuos: 1) a complementaridade das idéias nos momentos em que um começava e o outro terminava a fala; 2) a apropriação de falas dos colegas para reforçar uma idéia pessoal; 3) a concordância explícita e/ou a discordância respeitosa sobre situações polêmicas; 4) a mobilização conjunta diante de temas específicos - *burburinho* (sic); e 5) a disponibilidade para expressar opiniões e sentimentos que ilustravam os tópicos discutidos e prolongavam o tempo de duração dos encontros. Outros sinais também podem ser apontados como reveladores de uma vivência positiva da experiência grupal: a participação maciça e crescente do início ao fim dos encontros; o comparecimento e a pontualidade sobrepujando o cansaço de um plantão noturno de doze horas seguidas; e, significativamente, a presença de uma ex-colega do Isolamento (Rosângela), que se declarou identificada com a proposta do pesquisador. Cabe ressaltar, também, a resposta positiva do grupo ao processo de intervenção, ao presentear o pesquisador com uma camiseta confeccionada por eles mesmos para ser usada, a partir de então, exclusivamente pelos funcionários do Isolamento, com o lema *Nossos cuidados fazem a diferença!*.

Como uma última possibilidade interpretativa, a presente intervenção deve, na medida do possível, espelhar-se nos pouquíssimos trabalhos similares disponíveis na literatura, no sentido de avaliar o modelo escolhido através de critérios qualitativos

intercontextuais. Alguns treinamentos já mencionados na revisão teórica desse trabalho, ao longo desses quase trinta anos de estudo em tanatologia, têm obtido bons resultados no Brasil (Boemer et al., 1991; Damasceno et al., 1991; Figueiredo & Turato, 1995; Madeira et al., 1996) e no exterior (Lewis, 1977; Mandel, 1981; Murphy, 1986; Murray, 1974; Wise, 1974). Assim como neste trabalho, as intervenções procuram atender a exigências profiláticas de saúde mental para trabalhadores que sofrem altíssima pressão emocional, diminuir o nível de ansiedade perante a morte, ou melhorar a qualidade do relacionamento na equipe hospitalar. Todavia, não se tem registro de intervenções que objetivem não apenas a diminuição do nível de ansiedade e/ou estresse, mas o efetivo desenvolvimento de estratégias de enfrentamento baseadas na vivência grupal para a promoção da identidade e apoio mútuos. Na verdade, os sentimentos relacionados à rotina de trabalho na UTI constituem-se apenas no foco da proposição de um grupo de discussão. Todavia, em sendo considerado um recurso de intervenção, o grupo de discussão e apoio psicológico poderia, certamente, ser aplicado a outros contextos situacionais, favorecendo o alívio do estresse e aumentando a capacidade de suportar pressões.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta da presente pesquisa intervenção é “O trabalho profilático através do grupo de apoio psicológico, proveria uma real possibilidade de desenvolvimento humano e de preservação da saúde mental, especialmente no que respeita à expressão de idéias e sentimentos relacionados ao trabalho com a morte, tendo o grupo como agente de mediação e identificação?” A resposta é sim. Todavia, não deve se restringir a uma mera afirmativa ou negativa, mas demonstrar-se na relação entre o tema e o método, enquanto explicitação do rigor fenomenológico que dá credibilidade qualitativa à interpretação. Em verdade, com a articulação entre os critérios de evidência e os critérios de julgamento, com inspiração em Peirce (1975) e revisão em Lanigan (1997), pretende-se desvelar os princípios científicos e a ética da presente proposta.

No início, mediante contato com a enfermeira-chefe do setor, a intenção era explorar a vivência dos trabalhadores de enfermagem da UTI, apresentada ao pesquisador como uma situação-problema, sendo a rotina de morte dos pacientes altamente desgastante. Esse foi o momento em que o pesquisador se utilizou do contexto social do fenômeno como um “caldo de cultura” para o seu processo de investigação, que, ainda incipiente, poderia equiparar-se a um jogo probabilístico, um exercício de adivinhação (Restrepo, 2000, p. 43).

A lógica abdutiva, ou retrodução traduz o primeiro passo do processo de investigação, regido por uma abordagem intuitiva na inferência da hipótese a ser investigada frente a uma situação peculiar. Assim, o pesquisador inferiu a regra, que é o desgaste físico e emocional no trabalho diário com a morte dos pacientes, mesmo se tratando, ainda, de uma regra experiencial e *a priori*. Essa abordagem inicial, essencialmente experiencial, serve como definição de uma localidade, de um ponto de partida para a busca de evidências plausíveis. A partir dela, instaurou-se a investigação por meio de observações e entrevistas que, comparadas internamente, demonstraram o resultado, isto é, que, realmente, o enfrentamento diário da morte no trabalho em enfermagem na UTI consiste numa situação de risco para a saúde mental dos trabalhadores. A partir de então, inferiu-se o caso, a saber, os auxiliares de enfermagem da UTI de um hospital de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul enfrentam situações psicológicas críticas na lida diária com a doença grave e com a morte dos pacientes internados.

A etapa interventiva da pesquisa teve o caso inferido como mola propulsora, sendo a comparação entre experiências expressas no grupo de discussão o próprio resultado. A lógica indutiva dessa etapa caracteriza-se pela invenção da experiência grupal para atualização do material apresentado como descrição. A invenção factual teve por objetivo a verificação das possibilidades iniciais para o estabelecimento de uma proposição geral, a regra, a qual estabelece que um grupo de discussão para auxiliares de enfermagem é, efetivamente, uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e psicológico justificada na mutualidade da identificação experiencial, que promove o apoio e a aceitação entre colegas.

Nesse ponto, vale salientar que a lógica dedutiva se faz presente em todo o trabalho fenomenologicamente orientado. O procedimento analítico pautado na reflexão fenomenológica sistemática de passos sinergicamente imbricados – descrição, redução e interpretação - representa uma regra que, aplicada a casos, descrições das entrevistas, diários de campo e relatos dos grupos, conduz a um resultado, comparação que leva a uma interpretação da condição vivencial do auxiliar de enfermagem da UTI.

A etapa interpretativa, a última, tem por finalidade utilizar os procedimentos e critérios fenomenológicos para a análise do processo de pesquisa como um todo, no sentido de fornecer uma avaliação crítica, regida pela lógica adutiva. A proposta do grupo de discussão com auxiliares de enfermagem de UTI como oportunidade de efetivo apoio psicológico é a regra, que deve ser comparada com outras experiências para estabelecer uma identidade intercontextual entre fenômenos, o resultado, e propor, positivamente, um modelo confiável de intervenção psicológica junto à equipe de enfermagem hospitalar, como caso final. Esse é um ponto fundamental da atividade de pesquisa, equiparado ao que Bunge (1980) localiza como as últimas etapas do método científico, “investigação das conseqüências da solução obtida” e “prova da solução”, respectivamente (p. 25). Para o autor, constitui-se na busca de prognósticos que possam ser feitos com base nos dados obtido e no confronto da solução com a totalidade das teorias e da informação empírica pertinente, que constituiria, então, a própria validação da pesquisa qualitativa.

Algumas considerações, entretanto, justificam as dificuldades e limitações no cumprimento da exigência adutiva de comparação intercontextual da experiência de grupo de apoio psicológico com auxiliares de enfermagem na UTI com outros estudos dessa natureza. Nesse sentido, saliente-se, não existem muitas experiências semelhantes que sirvam como parâmetro para equiparação dos resultados terapêuticos e, menos

ainda, da estabilidade desses efeitos através do tempo. Nem mesmo o presente trabalho cumpre as pretensões comprobatórias e prognósticas ideais para as conclusões de estudos científicos, por questões óbvias de limitação de tempo. Todavia, alguns poucos estudos podem servir, mesmo que limitadamente, para uma avaliação crítica do modelo proposto e subsidiar, na medida do possível, novas intervenções com propósitos semelhantes a esses.

O trabalho de Mandel (1981), por exemplo, com quarenta enfermeiras que cuidavam de pacientes oncológicos, aponta questões importantes sobre as necessidades dos profissionais que trabalham com a morte no hospital. Houve consenso sobre a necessidade de compartilhar com os colegas os sentimentos e preocupações relacionadas ao trabalho com a terminalidade, mas os participantes do *workshop* admitiram que precisam aprender como fazê-lo, pois, normalmente, a expressão da fragilidade emocional da equipe de saúde não é bem recebida pelo *staff*. Essa necessidade, da mesma forma, foi reconhecida pelos participantes desse grupo de discussão, que manifestaram certa dificuldade de aproximar-se dos colegas para falar sobre seus sentimentos e reações diante do paciente, temendo um julgamento sobre sua incapacidade de enfrentar situações críticas da profissão. Nesse sentido, avaliaram que as discussões se constituíram numa real possibilidade de aproximação e livre expressão de sentimentos, promovendo a identificação e empatia entre colegas. Por outro lado, nos achados de Spencer (1994), as enfermeiras da UTI (72) dizem que, de alguma maneira, já se sentem informalmente apoiadas pelos colegas (80,4%), seja através de conversas individuais (43%), seja de discussões informais em grupo (60,8%), de apoio moral mútuo (29,4%), da disponibilidade de escutar (13,7%) ou de receptividade à sua tentativa de desabafar (3,9%).

No tocante à avaliação da experiência, devem-se ponderar algumas limitações e fraquezas metodológicas do presente trabalho. A apreciação crítica da participação nos grupos foi feita ao término do último encontro, através de um depoimento verbal espontâneo. É certo que essa não seria uma forma segura de exame de resultados, requerendo o desenvolvimento de estratégias mais eficazes, como, por exemplo, de respostas quantificáveis em delineamento pré-experimental de pré e pós- teste (Robson, 1995). Foi o que realizou Murphy (1986) no *workshop* para reduzir o nível de ansiedade de morte da equipe de enfermagem, aplicando a Escala de Ansiedade de Morte de Templer antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram um significativo decréscimo no nível de ansiedade de morte no pós-tese das 150 enfermeiras, confirmado

por um segundo pós-tese um mês depois com 67% dos participantes do grupo inicial. As variáveis idade e tempo de experiência na função mostraram-se significativas, apontando os sujeitos em torno de trinta anos e que trabalhavam em enfermagem de 7 a 12 anos como aqueles que tiveram os níveis de ansiedade mais diminuídos em relação aos seus colegas. O autor considera os resultados promissores para a implementação de programas de educação e de apoio à equipe de enfermagem no trabalho com a morte e o morrer, mas sugere, como aprimoramento, que também sejam contemplados conteúdos relacionados a experiências pessoais dessa natureza. Delineamento semelhante foi usado por Wise (1974) no programa educacional sobre a morte no curso de enfermagem de uma universidade do Texas. O desenvolvimento da habilidade para lidar com os próprios sentimentos em relação à morte dos pacientes foi avaliado imediatamente ao término das aulas através de entrevistas subjetivas. O alcance dos resultados foi medido por um questionário aplicado de 2 a 24 meses depois, pelo qual 90% dos participantes confirmaram ter melhorado a qualidade do atendimento ao paciente terminal pela autoconsciência dos seus próprios sentimentos em relação à morte.

Os efeitos da experiência grupal para reflexão e aprendizagem entre estudantes de enfermagem foram avaliados por Dasmasceno et al. (1991) depois das reuniões para discutir o medo de cuidar de doentes mentais. A proposta foi repetida consecutivamente com alunos (58) de enfermagem psiquiátrica de três semestres, sendo avaliada por um questionário de questões fechadas seguidas por justificativa. Os resultados mostraram que 95% dos participantes consideraram válida a participação “por promover o autoconhecimento”, “o crescimento pessoal e profissional”, “aumentar o conhecimento sobre colegas e professores”, “por ser um espaço para se comunicar dificuldades e sentimentos sem medo” e “por ser oportunidade única na vida acadêmica”. Os outros 5% justificaram “não gostar de se expor” e “que as pessoas não falavam de problemas que preocupavam no momento” (p. 481). A nova abordagem pedagógica, chamada de “laboratório de relacionamento interpessoal sadio”, foi aprovada por 98% dos alunos para ser repetida com outras turmas e desses, 97% participariam novamente. Sugerem, portanto, uma periodicidade semanal (83%), de um semestre, com duração de duas horas (50%) ou mais (50%). Da mesma forma, na presente proposta os encontros tiveram uma duração média de duas horas, uma vez por semana, durante três semanas consecutivas. De maneira geral, esse grupo também aprovou o tempo de duração e periodicidade dos grupos, mas lamentou que se realizassem apenas por um período limitado, sugerindo alguma possibilidade de continuidade dos encontros. Entretanto,

operacionalmente, essa é uma questão que transcende aos propósitos deste trabalho, mas requer consideração especial no tocante ao compromisso ético de atendimento a uma demanda carente de serviços psicológicos, embora nem sempre reconhecida pela instituição hospitalar.

A importância de prover apoio para a equipe de enfermagem no seu trabalho com a doença grave e a morte é amplamente aceita, mas, na prática, existem poucas evidências de que trabalhos dessa ordem sejam implementados, apontando para a necessidade de mais pesquisas nessa área. Sobre a questão, Spencer (1994) também aponta algumas sugestões de 72 enfermeiros da UTI na implementação de um programa de apoio psicológico para lidar com a ansiedade e a tristeza diante da terminalidade: 1) conversas individuais (37,2%); encontros com colegas da unidade (33,3%); 3) encontros com os colegas da unidade, mas com um conselheiro presente (62,7%); e 4) conversas individuais com um conselheiro quando necessário (15,7%).

Sobre as questões formais dos grupos, algumas ponderações que foram feitas na avaliação final (Anexo I) merecem ser retomadas. Para os auxiliares, o fato de o pesquisador não fazer parte da equipe de trabalho do hospital facilitou a livre expressão de idéias e sentimentos, sem preocupação com possíveis retaliações. A relação de total confiança, talvez, não pudesse ser estabelecida se os enfermeiros responsáveis pelos turnos de trabalho estivessem presentes no grupo. A falta de naturalidade dos funcionários frente à chefia de enfermagem para expressar sentimentos mais íntimos também foi reportada no estudo de Spencer (1994), sendo a recíproca verdadeira. Nesse sentido, Grossman e Silverstein (1993) sugerem que os grupos de apoio para profissionais da saúde funcionem separadamente para chefes e subordinados, no sentido de evitar que questões hierárquicas mascarem o propósito original dos encontros.

Os participantes do estudo de Spencer (1994) subsidiam outros questionamentos interessantes sobre o funcionamento de grupos de ajuda psicológica aos profissionais da enfermagem. Para eles, talvez o nome “grupo de apoio psicológico” pudesse ser um agravante para a entrada de novos membros, bem como para a imagem da pessoa do coordenador. Sobre esse ponto, vale lembrar que os participantes dos grupos desse estudo foram convidados pelo pesquisador para uma conversa informal (Anexo E), e não para grupos de apoio psicológico. Saliente-se, também, que a realização de um prolongado estudo exploratório serviu não apenas para familiarizar o pesquisador com o grupo e com a rotina da UTI, mas o grupo com a figura e a proposta do pesquisador. A relação estabelecida no grupo pode ser avaliada por sinais de reconhecimento e simpatia

mútua: por parte do pesquisador, um lanche especial e os certificados oficiais da universidade; por parte dos auxiliares de enfermagem, a presença maciça e um presente muito significativo ao final dos encontros.

Por outro lado, alguns aspectos devem ser revistos, em termos de possibilitar a replicação e ampliação da proposta: 1) oportunizar a preservação da qualidade do registro filmado dos grupos com elevado número de participantes, seja através de múltiplas câmeras, seja de um equipamento tecnicamente capaz de captar a imagem total com precisão e qualidade de áudio; 2) delimitar o número de participantes a fim de prever o bom andamento, em termos de espaço físico e material de consumo interno do grupo; 3) viabilizar, mesmo que informalmente, a continuidade dos encontros, no sentido de preservar os laços de apoio e ajuda mútua, por um tempo hábil que permita cristalizar padrões de relacionamento mais solidários na equipe de trabalho.

Considerações Finais

Este estudo-intervenção insere-se na linha da Psicologia da Saúde, no que respeita ao desenvolvimento de novos modelos de interação no ambiente hospitalar (Remor, 1999), e na perspectiva bioética de atuação frente a situações e questões complexas, como as decorrentes da medicina intensiva (Torres, 2001). Assim, o trabalho representa um avanço significativo no esforço das ciências da saúde para a humanização da UTI (Oliveira & Ogasawara, 1992), movimento recente ainda pouco explorado, que envolve a transformação de objetivos meramente curativos de reabilitação orgânica, para a busca de uma atenção mais singularizada à pessoa internada nesta unidade e sua família. A idéia é desenvolver habilidades especiais e qualificação técnica e humana para o trabalho de quem assiste a morte no hospital, com envolvimento e interesse genuínos pelo doente, em um ambiente onde reinem harmonia e respeito pelo ser humano (Souza et al., 1985). Para esses autores, a qualificação humana do profissional da saúde legitima-se na possibilidade de emocionar-se, como uma grande capacidade que não deve ser inibida pelo profissionalismo. Nesse contexto, a atuação do psicólogo na perspectiva fenomenológico-existencial visa preservar a humanização do homem, rejeitando abordagens impessoais e massificadoras pautadas na objetividade, que coisifica as experiências e as emoções.

Referências Bibliográficas

- Alves, R.N. & Godoy, S.A.F. (1997). Reflexões sobre a morte e a AIDS na rotina de Enfermagem. Psicologia em Estudo, 2(3), 79-91.
- Antunes, J.L.F. (1991). Hospital – instituição e história social. São Paulo: Letras.
- Ariès, P. (1989). O Homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Atkinson, L.D. & Murray, M.E. (1989). Fundamentos de enfermagem – introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara.
- Barros, C.A.S.M. (1998). Sentimentos de perda numa equipe hospitalar. Aletheia, 8, 101-105.
- Barreto, S.M. (1993). Rotinas em Terapia Intensiva. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, C.L.C. (1995). O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Bleger, J. (1984). Psico-Higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boemer, M.R. (1986). A Morte e o morrer. São Paulo: Cortez.
- Boemer, M.R., Rossi, L.R.G., & Nastari, R.R. (1989). A idéia de morte em Unidade de Terapia Intensiva: análise de depoimentos. Revista Gaúcha de Enfermagem, 10(2), 8-14.
- Boemer, M.R.; Veiga, E.V.; Mendes, M.M.R. & Valle, E.R.M. (1991). O tema da morte: uma proposta de educação. Revista Gaúcha de Enfermagem, 12(1), 26-32.
- Bolle, J. (1988). Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. Nursing Clinics of North America, 23(4), 843-850.
- Bond, M. (1991). Setting up groups: a practical guide. Nursing Standard, 5(48), 47-51.
- Bromberg, M.H.P.F., Kovács, M.J., Carvalho, M.M.M.J., & Carvalho, V.A. (1996). Vida e morte: Laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brondi, M.L. (1997). O tema da morte enquanto possibilidade de acesso à dimensão existencial do educando. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Bunge, M. (1980). Epistemologia: curso de atualização. São Paulo: EDUSP.
- Caminho – Centro de Reabilitação Psicossocial (1995). Pesquisa feita com equipe de

- profissionais que atuam na UTI do Hospital Samaritano/Campinas. Manuscrito não publicado.
- Carvalho, M.V.B. de (1994). O preparo do professor de enfermagem, ensinando e refletindo com o aluno a lidar com a morte de pacientes terminais [Resumos]. Em Associação Brasileira de Enfermagem (Org.), Anais, 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem (p. 26). Porto Alegre: Seção RS.
- Cassorla, R.M.S. (1998). Como lidamos com o morrer. Em R.M.S. Cassorla (Org.), Da morte: estudos brasileiros (pp. 17-23). Campinas: Papirus.
- Coelho, C. D. (1996). Humanizando a terapia intensiva. Revista Realidade Hospitalar, 2, 10-11.
- Costenaro, R.G.S., & Moreira, L.C. (1995). O Autoconhecimento do enfermeiro e sua relação com a administração dos serviços de enfermagem. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 15(2), 128.
- Creswell, J.W. (1994). Research design: Qualitative versus quantitative approaches. London: Sage.
- Damasceno, R.N.; Braga, V.A.B. & Fraga, M.N.O. (1991). Grupo de reflexão e vivência com alunos de enfermagem psiquiátrica: Avaliação da experiência. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 40, 479-486.
- Di Biagi, T.M. (1993). Lidando com o paciente terminal e seus familiares. Em H.B.C. Chiatonne & M. Andreis (Orgs.), Os limites da vida (pp.38-40). Simpósio conduzido pelo Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa, São Paulo.
- Dellarossa, A. (1979). Grupos de reflexión-entrenamiento institucional de coordinadores y terapeutas de grupos. Buenos Aires: Paidós.
- Farrel, M. (1992). A process of mutual support. Professional Nurse, 8(1), 10-14.
- Feifel, H. (1959). The meaning of death. New York: Mc Graw-Hill.
- Feifel, H. (1976). Morte – variável relevante em psicologia. . Em Rollo May (Org.), Psicologia Existencial (pp. 67-82). Porto Alegre: Ed. Globo.
- Figueiredo, R.M. & Turato, E. R. (1995). A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44, 641-647.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, 30(1), 159-165.
- García, J.C. (1989). As Ciências Sociais em Medicina. Em E.D. Nunes (Org.). Juan Cesar García/ ABRASCO (pp. 62-63). São Paulo: Cortez.

- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. Em A.Giori (ed), Phenomenology and Psychological Research, (pp. 8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gomes, W.B. (1987). As aplicações sociais da pesquisa qualitativa. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2, 3-12.
- Gomes, W.B. (1988). A experiência retrospectiva de estar em psicoterapia: Um estudo empírico fenomenológico. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 4(3), 187-206.
- Gomes, W.B. (1998). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. Em W.B. Gomes (Org.), Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia (pp. 19-44). Porto Alegre: Ed. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Grossman, A.H. & Silverstein, C. (1993). Facilitating support groups for professionals working with people with AIDS. Social Work, 38(2), 144-151.
- Guareschi, P.A. (1996). A técnica dos grupos focais como pesquisa qualitativa. Manuscrito não-publicado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Hartmann, J.B. (1998). Saúde e doença na perspectiva dos profissionais de saúde no hospital. Psico – USF, 3(2), 59-74.
- Herrle, S. (1987). Helping staff cope with grief. Nursing Management, sep, 33-34.
- Jordon, P. (1991). Psychiatric ward handovers. Nursing Times, 87(43), 40-41.
- Kahnweiler, W.M. & Riordan, R.J. (1998). Job and employee support groups: past and prologue. The Career Development Quarterly, 47, 173-187.
- Kastenbaum, R. & Aisenberg, R. (1983). Psicologia da Morte. São Paulo: Pioneira.
- Kovács, M.J. (1987). O Medo da morte: uma abordagem multidimensional. Boletim de Psicologia, 37 (87), 58-62.
- Kovács, M.J. (1992). Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (1996). Morte: estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Record.
- Kübler-Ross, E. (1998). Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes.
- Kyes, J.J., & Hofling, C.K. (1985). Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Lanigan, R.L. (1992). Phenomenology of communication. Pittsburg, PA: Duquesne University Press.

- Lanigan, R.L. (1997). *Capta versus Data: método e evidência em comunicologia. Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(1), 17-45.
- Lapertosa, M.C.M.T. & Duarte, M.S.Z. (1996). Percepções e necessidades dos pacientes, familiares e equipes na Unidade de Terapia Intensiva - um estudo qualitativo. Monografia de Especialização não-publicada, Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar, Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo.
- Lautert, L. (1997a). O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 18(2), 83-93.
- Lautert, L. (1997 b). O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 18(2), 133-144.
- Leitão, M.S. (1993). O psicólogo e o hospital. Porto Alegre: Sagra Luzzatto.
- Lewis, F.M. (1977). A time to live and a time to die: An instructional drama. *Nursing Outlook*, dec., 762-765.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic Inquiry. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lucia, M.C.S. & Gavião, A.C.D. (2001). Novas abordagens em Psicologia hospitalar: Teoria dos Campos e escuta psicanalítica a equipes de enfermagem [Resumos]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos e Comunicações Científicas (p. 281). Rio de Janeiro: SBP.
- Madeira, C.G., Jorge, S.A., Kakehashi, S., & Oliveira, I. (1996). Saúde e educação: cursos alternativos para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30(2), 217-228.
- Mandel, H.R. (1981). Nurses' feelings about working with the dying. *American Journal of Nursing*, jun, 1194-1197.
- Mallett, K.; Price, J.H.; Jurs, S.G. & Slenker, S. (1991). Relationship among burnout, death anxiety, and social support in hospice and Critical Care Nurses. *Psychological Reports*, 68, 1347-1359.
- Mello, C.M.M. (1986). Divisão Social do Trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez.
- Mendes, A.M., & Linhares, N.J.R. (1996). A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: Uma abordagem psicodinâmica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49, 267-280.
- Menzies, I.E.P. (1969). El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Em I.E.P. Menzies & E. Jacques (Org.), Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad (pp. 53-125). Buenos Aires: Hormé.

- Merleau-Ponty, M. (1971). Fenomenologia da percepção. (R. di Piero, trad.). Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos. (Originalmente publicado em francês, 1945)
- Miranda, F.M.L.; Assis, F.M.V.; Sposito, L.S.; Araújo, R.R. & Delacoleta, M.F. (2001). O stress entre enfermeiros de um hospital universitário [Resumos]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos e Comunicações Científicas (p. 278). Rio de Janeiro: SBP.
- Moares, T.M. (1993). A morte na rotina de enfermagem. Em H.B.C. Chiatonne & M. Andreis (Orgs.), Os Limites da Vida (pp.41-42). Simpósio conduzido pelo Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa, São Paulo.
- Monteiro, A.R.M. & Valle, E.G. (1994). O relacionamento enfermeiro-auxiliar de enfermagem e suas implicações na prática profissional [Resumos]. Em Associação Brasileira de enfermagem (Org.), Anais do 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem (p.45). Porto Alegre: Seção RS.
- Morgan, D.L. (1993). Successful focus groups – advancing the state of the art. Newbury Park, Ca: Sage Publications.
- Morin, E. (1997). O Homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago.
- Motta, M.G.C.; Luz, A.M.H. & Rezende, A.L.M. (1995). O cotidiano de uma equipe de saúde – relato de um caso. Revista Gaúcha de Enfermagem, 16 (1/2), 58-62.
- Murphy, P.A. (1986). Reduction in nurses' death anxiety following a death awareness workshop. The Journal of Continuing Education in Nursing, 17(4), 115-118.
- Murray, P. (1974). Death education and its effect on the death anxiety level of nurses. Psychological Reports, 35, 1251.
- Neves, F.S. (2001). Grupos de investigação em função terapêutica (GIFT) – uma experiência psicanalítica na enfermagem dos Instituto Central do Hospital das Clínicas, FMUSP. [Resumos]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos e Comunicações Científicas (p. 282). Rio de Janeiro: SBP.
- Newman, I., & Benz, C.R. (1998). Qualitative versus quantitative research methodology: exploring the interactive continuum. Carbondale Il: Southern Illinois University Press.
- Nordquist, G. (1999). American Health Care and the medicalization of dying. Journal of Applied Sciences, 23(2), 31-42.

- Oliveira, M.A.P. & Ogasawara, M. (1992). Contribuição para uma postura mais humana em situação que se relaciona com a morte. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 26(3), 365-378.
- Patton, M.Q. (1990). Qualitative evaluation methods. Beverly Hills: Sage.
- Pitta, A. (1991). Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC.
- Peirce, C.S. (1975). Semiótica e Filosofia. São Paulo: Cultrix.
- Ramsey, P.W. (1992). Characteristics, processes, and effectiveness of community support groups: a review of the literature. Family & Community Health, 15(3), 38-48.
- Rebello, E. (1993). Morte e formação da enfermagem. Em H.B.C. Chiatonne & M. Andreis (Orgs.), Os limites da vida (pp.26-30). Simpósio conduzido pelo Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa, São Paulo.
- Remor, E.A. (1999). Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. Psico, 30(1), 205-217.
- Restrepo, L.C. (2000). O direito à ternura. Petrópolis: Vozes.
- Rezende, A.L.M.; Santos, G.F.; Caldeira, V.P. & Magalhães, Z.R. (1994). Ritos de morte na lembrança de velhos [Resumos]. Em Associação Brasileira de Enfermagem (Org.), Anais do 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem (pp. 506-507). Porto Alegre: Seção RS.
- Ribeiro, M.C., Baraldi, S., & Silva, M.J.P. (1998). A Percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 32(2), 117-123.
- Rivetti, L.A. (1993). Fatores estressantes do exercício profissional. Em H.B.C. Chiatonne & M. Andreis (Orgs.), Os Limites da Vida (pp.41-42). Simpósio conduzido pelo Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa, São Paulo.
- Robson, C. (1995). Real World Research – a resource for social scientists and practioners-researchers. Oxford: Blackwell.
- Rollo May (1976). Psicologia Existencial. Porto Alegre: Ed. Globo.
- Romero, S.M. (2000). A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. Em H. Scarparo (Org.), Psicologia e Pesquisa (pp. 55-78). Porto Alegre: Sulina.

- Sadala, M.L. (1999). O cuidar que é educar: o olhar fenomenológico. Em I.F. Capelletti & L.A.N. Lima (Orgs.), Formação de Educadores (pp. 37-64). São Paulo: Ed. Olho D'Água.
- Santos, A.N.A.; Carvalho, F.T.; Mania, V.M. & Rech, T. (2001). "Sou enfermeira. Meu paciente morreu. E agora?" Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 1(1), p. 7-11.
- Sebastiani, R.W. (1999). Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. Em W. A. Angerami-Camon, F.A.R. Trucharte, R.B. Knijnik & R.W. Sebastiani, Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática (pp. 29-71). São Paulo: Pioneira.
- Shoemaker, W. (1992). Tratado de Terapia Intensiva. São Paulo: Panamericana.
- Silva, C.O. (1998). Trabalho e subjetividade no hospital geral. Psicologia Ciência e Profissão, 18(2), 26-33.
- Silva Jr., R.C.; Camponogara, S. & Hansel, T.D. (1998a). O cuidar em terapia intensiva. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 18, 126.
- Silva Jr., R.C.; Camponogara, S. & Hansel, T.D. (1998b). O significado da morte em terapia intensiva: a visão dos profissionais de enfermagem. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 18, 126.
- Souza, M.; Possari, J.F. & Mugaiar, K.H.B. (1985). Humanização da abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva. Revista Paulista de Enfermagem, 5(2), 177-179.
- Speer, G. M. (1974). Learning about death. Perspectives in Psychiatric Care, 12, 70-73.
- Spencer, L. (1994). How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively? Journal of Advanced Nursing, 19, 1141-1150.
- Spiegelberg, H. (1982). The Phenomenological movement (3rd ed. rev.) (2 vols.) The Hague: Martinus Nijhoff.
- Spíndola, T. & Macedo, M.C.S. (1994). A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Revista Brasileira de Enfermagem, 47(2), 108-117.
- Torres, W.C., Guedes, W.G., & Torres, R.C. (1983). A Psicologia e a morte. Rio de Janeiro: Ed. da FGV.
- Torres, W.C. (1989). Atitudes frente à morte: implicações na formação de equipes profissionais multidisciplinares. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 41(1), 33-41.
- Torres, W. C., & Guedes, W. G. (1992). A morte no contexto hospitalar. Revista de Psicologia Hospitalar, 1(2), 56-59.

- Torres, W.C. (2001). A bioética e a Psicologia da Saúde: questões de vida e morte [Resumos]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de Comunicações Científicas, XXXI Reunião Anual de Psicologia (pp.12-13). Rio de Janeiro: SBP.
- Vinogradov, S., & Yalom, I.D. (1992). Manual de psicoterapia de grupo. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wise, D.J. (1974). Learning about dying. Nursing Outlook, 22(1), 42-44.
- Ziegler, J. (1977). Os vivos e a morte. Rio de Janeiro: Zahar.