

CLEBER JOSÉ ALÓ DE MORAES

**NARRATIVAS DE UMA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DIANTE DA
IMINÊNCIA DA MORTE**

**PUC-CAMPINAS
2012**

CLEBER JOSÉ ALÓ DE MORAES

**NARRATIVAS DE UMA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DIANTE DA
IMINÊNCIA DA MORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato

**PUC-CAMPINAS
2012**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t155.937
M827v

Moraes, Cleber José *Aló de*.
Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência da morte / Cleber José Aló de Moraes. – Campinas:PUC-Campinas, 2012.

98p.

Orientadora: Tânia Mara Marques Granato.

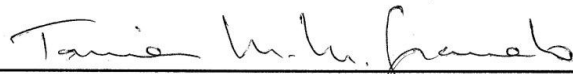
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Morte - Aspectos psicológicos. 2. Doentes terminais. 3. Enfermagem de tratamento intensivo. 4. Enfermeira e paciente. I. Granato, Tânia Mara Marques. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

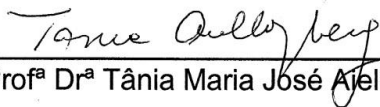
CLEBER JOSÉ ALÓ DE MORAES

**NARRATIVAS DE UMA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DIANTE DA
IMINÊNCIA DA MORTE**

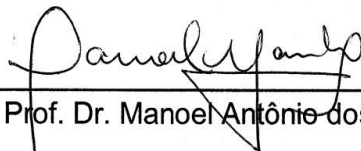
BANCA EXAMINADORA



Presidente: Profª Drª Tânia Mara Marques Granato



Profª Drª Tânia Maria José Ajello-Vaisberg



Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

**PUC-CAMPINAS
2012**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato, pela sua parceria e disponibilidade em me orientar neste trabalho, a quem sempre pude recorrer para aclarar conceitos e idéias.

À Profa. Dra. Tânia Maria José Aiello Vaisberg, pelo seu impulso a continuar pesquisando, apesar dos contratemplos da vida.

A meu pai Ismael, por todo incentivo em crescer e conquistar meu espaço no mundo.

À minha mãe Nilza (*in memoriam*), por sempre acreditar em meus sonhos e me ensinar a fazer deles um bem comum, para todos.

Aos meus irmãos, Cláudio e Silvia, mais velhos que eu, por terem sido espelhos no desejo e gosto pela busca do conhecimento.

Aos meus sogros, Pietro e Maria Helena, e a minha cunhada Aline, que muito me ajudaram, cuidando de minhas filhas para que pudesse estudar.

À minha esposa Nivia, a quem tanto amo, cuja compreensão e paciência foram fundamentais para que este mestrado chegasse ao desfecho.

Às minhas filhas, Ana Clara e Mariana, que perderam horas de convivência com o pai, mas que sempre curiosas sobre o que eu estudava, me impulsionavam mais ainda.

Às examinadoras da minha Banca de Qualificação, Profa. Dra. Tânia Maria José Aiello Vaisberg e Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, por seus apontamentos e contribuições nos rumos desta pesquisa.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Thiago Jurado, Renata Cardoso Tasca, Vanildo Paiva e Michele Miaching, por toda contribuição e holding ao longo deste processo.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelo auxílio e orientações ao longo destes dois anos de convivência.

Aos participantes desta pesquisa, sem os quais a mesma se faria impossível.

A CAPES, pelo suporte financeiro na realização deste mestrado.

A todos aqueles que, de forma indireta ou anônima, me auxiliaram ao longo desta jornada.

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	iii
APRESENTAÇÃO	v
PRIMEIRO ATO: INTRODUÇÃO	1
SEGUNDO ATO: OBJETIVO	23
TERCEIRO ATO: O CENÁRIO METODOLÓGICO	25
a. Contextualizando Método e Pesquisa Psicanalítica	27
b. Campos de Sentido, imaginário coletivo e produções imaginativas	29
c. Narrativa e seus usos em pesquisa qualitativa	34
d. Narrativas Interativas como procedimento	36
e. Narrativas Interativas: criação de um recurso dialógico	38
f. Narrativa Transferencial: registro do encontro vivido	40
g. Participantes e local da pesquisa	42
h. Criando/Encontrando Campos de Sentido Afetivo-emocional	44
i. Considerações Éticas	45
QUARTO ATO: REGISTRO DAS NARRATIVAS	46
QUINTO ATO: CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL	63
SEXTO ATO: CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
SÉTIMO ATO: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Caminho *	1
Figura 2: A Dança Macabra	8
Figura 3: The Dance of Death	9
Figura 4: Peste Bubônica	11
Figura 5: Ausência **	23
Figura 6: Montando Cenário	25
Figura 7: Cortinas	46
Figura 8: Morte e Vida	63
Figura 9: Solidão *	83
Figura 10: Liberdade **	87

* As Figuras 1 e 9 foram retiradas da Exposição de Fotos intitulada “Solidão”.

** As figuras 5 e 10 foram retiradas do Vídeo intitulado “Luto”, disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=rOOy-z3e8Ng>

RESUMO

Moraes, Cleber José Aló de. (2012). *Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência da morte*. 98 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas.

O profissional de enfermagem que trabalha no ambiente de UTI é diariamente confrontado com a realidade da morte. Tal processo é usualmente acompanhado de sentimentos ambivalentes que, ao serem menosprezados ou negados pela própria equipe, trazem prejuízos no que se refere ao acolhimento do sofrimento do paciente, ocasionando o sofrimento psíquico do profissional. Este estudo tem por objetivo investigar as produções imaginativas de uma equipe de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva que cuida de pacientes adultos, em busca dos campos de sentido afetivo-emocional que sustentam suas construções imaginativas diante da iminência da morte. Adotamos o método psicanalítico, que permeia nosso percurso desde a elaboração de uma narrativa interativa, a ser apresentada como procedimento dialógico que enseja a criação imaginativa dos participantes desta pesquisa, perpassando as entrevistas que se seguiram às narrativas interativas, até a análise interpretativa do material obtido. As narrativas interativas e as narrativas transferenciais, como os dois documentos de registro que compõem este estudo, desvelam, entre outros achados, o campo de sentido o qual denominamos Inevitabilidade da Morte, sendo este composto por três subcampos: a impotência, a indiferença e a ausência assimilada. Os três subcampos se encontram intimamente imbricados, por vezes surgindo ao mesmo tempo nas diversas narrativas. O subcampo da impotência é caracterizado por sentimentos e crenças ligadas ao sentimento de derrota ou fracasso da equipe de enfermagem ao enfrentar a morte sem conseguir subjugar-la. O subcampo da indiferença se expressa por reações predominantemente intelectualizadas, onde o distanciamento emocional e a racionalização predominam como defesa contra o impacto emocional da morte. No subcampo chamado de ausência assimilada, encontramos a integração

entre a potência relativa ou limitada aos recursos disponíveis e a vivência da dor da separação, o que vem resultar na aceitação da morte como parte integrante do viver. A gama emocional tecida em narrativas pelos participantes revela um campo fértil para a pesquisa do sofrimento profissional, dos processos de envelhecimento, dos cuidados paliativos, além de estudos psicossociais sobre o modo contemporâneo de lidar com a morte.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem, unidade de terapia intensiva, narrativa, morte, imaginário coletivo, psicanálise.

ABSTRACT

Moraes, Cleber José Aló de. (2012). *Narratives of a nursing team on the face of impending death*. 98 p. Dissertation (Masters Degree in Psychology as Profession and Science) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Campinas, SP, Brazil.

A professional nurse who works in an Intensive Care Unit (ICU) is daily confronted with the truth of death. Such process is usually followed by ambivalent feelings which, once overlooked or denied by the team itself, results in damages regarding the comforting of the patient's suffering, bringing on to the professional a psychical suffering. This study aims to investigate the imaginative expressions of an ICU nursing team who looks after adult patients, in search of the fields of affective-emotional meaning that sustain their imaginative constructions in the face of impending death. We have adopted the psychoanalytic methodology, which permeate our journey from the moment of an interactive narrative elaboration, to be presented as a dialogic procedure that entails an imaginative creation of the participants of this research, pervading the interviews that followed the interactive narratives, until the analysis of the obtained material. The interactive narratives and the transferential narratives, both considered record documents that compile this study, unveil, among other findings, the field we have called Death Inevitability, being this one compound by three subfields: impotence, indifference and the assimilated absence. All three subfields are inextricably interwoven, sometimes appearing simultaneously in several narratives. The subfield of impotence is characterized by feelings and beliefs of defeat or failure, whenever the nursing team faces death without being able to subdue it. The subfield of indifference expresses itself predominantly through intellectualized reactions, where the emotional detachment and the rationalization predominate as defenses against the impact of death. On the other hand, the subfield called assimilated absence reveals the possibility of integration between the relative or limited power to the available resources and the experience of pain of the separation, which results in the

acceptance of death as part of living. The emotional range that is woven by the participants through narratives reveals a fertile field of research on professional suffering, aging processes, palliative care, as well as psicossocial studies about the contemporary way of dealing with death and dying.

Keywords: Nursing team, ICU (Intensive Care Unit), narrative, death and dying, collective imaginary, psychoanalysis.

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa nasceu de minha prática como psicólogo clínico durante oito anos de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e cinco anos em uma Unidade de Hemodiálise. Cada um destes setores tem características específicas: na hemodiálise, os pacientes permanecem por longo tempo, realizando sessões de filtragem de seu sangue três vezes por semana, até que consigam um transplante de rim e sejam encaminhados para cirurgia. Embora gozem de certo grau de saúde, com o passar dos anos tem seu organismo debilitado e o comprometimento gradativo de diversos órgãos, caminhando frequentemente de um estado crônico, porém estável, para um quadro grave ou crítico de saúde, inclusive com risco de morte.

Na Unidade de Terapia Intensiva, grosso modo, não há pacientes de longa permanência. São recebidos pacientes em estado grave ou instáveis, que permanecem em cuidados intensivos por alguns dias, dos quais vários acabam por morrer, mesmo sob a supervisão de uma equipe médica e de enfermagem competentes. É característico deste setor a tensão emocional constante frente à iminência da morte, cujos desdobramentos podem ser observados no impacto emocional que atinge os profissionais que ali trabalham.

O estudo das vivências emocionais de profissionais que lidam diariamente com a precariedade humana despertou posicionamentos diferenciados nas pessoas que avaliaram este projeto, bem como em meus colegas do grupo de pesquisa. Por um lado, alguns apontaram a pertinência e

atualidade desta temática, destacando a importância clínica e social de estudos como este, no sentido de instrumentalizar profissionais de saúde, acolhendo as angústias despertadas pelo sofrimento de seus pacientes. Por outro lado, outros colegas viram nesta temática algo de mórbido ou patológico, condizente com a postura atual de que é mais seguro nos afastarmos da morte, já que esta temática costuma ser associada à depressão, tristeza, luto e perda. Sudnow (1967) fala em seu livro *A Organização Social da Morte* que o mesmo preconceito que nossa sociedade alimenta em relação à morte termina por resvalar naqueles que investigam profissionalmente os cadáveres e também a temática da morte, sendo eles muitas vezes considerados não saudáveis. A postura segundo a qual a morte deve ser evitada e mantida à distância é observada não apenas na vida cotidiana, mas também no ambiente acadêmico e hospitalar. A este respeito, Kubler-Ross afirma:

Embora todo homem, por seus próprios meios, tente adiar o encontro com estes problemas e estas perguntas enquanto não for forçado a enfrentá-los, só será capaz de mudar as coisas quando começar a refletir sobre a própria morte, o que não pode ser feito no nível da massa, o que não pode ser feito por computadores, o que deve ser feito por todo ser humano individualmente. Todos nós sentimos necessidade de fugir a esta situação; contudo, cada um de nós, mais cedo ou mais tarde, deverá encará-la. Se todos nós pudéssemos começar admitindo a possibilidade de nossa própria morte, poderíamos concretizar muitas coisas, situando-se entre as mais importantes o bem-estar de nossos pacientes, de nossas famílias e talvez até de nosso país (2011, p. 22).

Nessa mesma linha de raciocínio, Freud (1974) destaca o nosso pavor da morte, como se ela não fizesse parte do processo de viver. Ao se questionar

sobre o valor da vida e sobre nossos sonhos de imortalidade, diz textualmente: *“Revelávamos uma tendência inegável para pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida”* (p. 327). E mais adiante, neste mesmo artigo, nos diz o seguinte: *“Si vis vitam, para mortem. Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte”* (p. 339).

Schilling (2002), ao tratar da interdição da temática da morte na sociedade atual, afirma que os poucos estudos realizados se devem ao fato da morte ser considerada assunto particular, em que cada pessoa tem sua forma de ver e lidar com esta situação. Paradoxalmente, os meios de comunicação expõem cotidianamente cenas de violência e morte, promovendo banalização destas vivências, distanciando-nos da morte pessoal, tornando-a um evento banal, comum e impessoal (Kovács, 2005).

Entendo a morte como parte do processo de viver. Não há como dissociá-la e tratá-la como um evento à parte de nossas vidas. Suportar a realidade da morte, sem com isso deixar de lado a vida, pode ser uma experiência transformadora. Nesta perspectiva é que se insere esta pesquisa sobre a vivência emocional em face da iminência da morte em uma equipe de enfermagem.

A UTI é o setor do hospital mais comumente associado à morte (Frizon, Nascimento, Bertoncetto & Martins, 2011). O ingresso de um paciente neste setor é visto como indicativo de que seu estado é grave, o que muitas vezes pode se tornar fatal. Tal paciente necessita de cuidados intensivos, o que supõe uma vigilância constante da equipe e também o uso de tecnologias médicas de ponta na busca do reestabelecimento de sua saúde. Finalmente,

estes cuidados intensos e especializados, que de agora em diante passaremos a nomear por *cuidados críticos*, precisam ser realizados por profissionais especializados, pessoas com pouco envolvimento pessoal com o doente, ficando a família dispensada deste processo e cuidado contínuo.

A entrada na UTI deixa clara a fragilidade da condição humana e costuma desencadear no paciente uma desestabilização emocional importante, com aumento dos mecanismos de defesa e redução da tolerância à frustração (Guanaes & Souza, 2004). Acredito que a vivência desta fragilidade reativa processos psíquicos primitivos intensos em todas as pessoas envolvidas no processo de cuidar, sejam os próprios doentes, seus familiares ou os profissionais de saúde.

A UTI, apesar de ser um local onde a cura é pretendida, acaba por ser vista não como o lugar da vida e da plenitude, mas como o lugar da separação, da impotência, da ameaça real de morte. Um estudo realizado por Sulzbacher, Reck, Stumm & Hildebrandt (2009) aponta o intenso desgaste emocional do profissional ao lidar com pacientes que estão morrendo, o que pode desencadear na equipe sentimentos de culpa, tristeza e ansiedade. Paiva (2009), estudando a formação médica em relação à morte e ao morrer, assinala a dificuldade dos médicos em lidar e aceitar a morte, já que sua formação se dá preponderantemente no sentido de buscar a cura dos doentes, sendo pouco enfatizado o aprendizado do processo de cuidar dos mesmos, principalmente em casos terminais ou com poucas possibilidades terapêuticas. O corolário disto remete a um aumento na ansiedade dos médicos e profunda tristeza frente a “derrotas” sofridas ao perder os pacientes. Gutierrez & Ciampone (2007) também destacam esta vivência de ansiedade na equipe de

enfermagem da UTI, bem como a ameaça real de concretização da morte (Silva, Valença & Germano, 2010).

É curioso observar que há uma separação tanto física quanto emocional entre a UTI e os demais setores do hospital, separação esta vivida tanto pelos funcionários quanto pelos pacientes e seus familiares. Fisicamente, a UTI é um setor de entrada e saída restrita e controlada, onde apenas alguns familiares têm acesso ao doente em horários pré-fixados de visitas, ou quando há um pedido por parte do médico responsável, ou ainda por demanda da própria família. Dentro da UTI encontramos as mais diferentes configurações de uso do espaço físico, cujo único propósito é manter todos os pacientes visíveis à equipe médica e de enfermagem, para que em caso de emergências os pacientes possam receber socorro rápido. Por se tratar de um setor fechado, acredito que a UTI possa alimentar a ilusão de que a morte esteja confinada àquele local, ausentando-se dos demais setores do hospital.

Do ponto de vista emocional, esta separação também é visível. Estudos (Haberhorn & Bruscatto, 2008) relatam a relação ambivalente que os familiares mantêm com a UTI, pois ao mesmo tempo em que esperam a recuperação de seus entes queridos, também antecipam a possibilidade de um rompimento, de uma perda, enfim, da morte.

Já em relação aos demais funcionários do hospital, é curioso observar que muitos deles evitam trabalhar na UTI, exatamente pela proximidade imaginária que esta mantém com a morte, optando por trabalhar em outros setores, por exemplo, na maternidade, usualmente mais associada à vida que à morte. Trabalhar na UTI é, portanto, trabalhar com a morte ou com sua

expectativa, em grande parte do tempo. “Ver, cheirar, ouvir, pensar, tocar a morte ...” como Prade, Caselatto & Silva descrevem (2008, p. 153) é parte do ofício dos profissionais deste setor, figurando também como elemento desencadeador de sofrimento psíquico na equipe (Nogacz & Souza, 2004).

Poder lidar e elaborar essa relação estreita e diária com a morte torna-se uma necessidade para o profissional da UTI. A dificuldade na elaboração das perdas de pacientes é um fator de risco à sua saúde física e mental, podendo acarretar reações ansiosas ou depressivas, somatizações diversas e afastamentos do próprio trabalho. Prade, Caselatto & Silva (2008) descrevem que a falta de elaboração dos diversos sentimentos decorrentes de um luto mal resolvido pode desencadear crises no profissional, devido ao intenso sofrimento psíquico vivenciado por eles. Suponho que, dentre estes sentimentos, a impotência venha a ser um dos mais relevantes, conforme nossa prática clínica dentro da UTI nos tem mostrado.

Auxiliar estes profissionais na elaboração desta demanda emocional a que estão diariamente sujeitos pode propiciar um alívio de seu sofrimento psíquico e, conseqüentemente, uma redução em termos de afastamento e absenteísmo no trabalho. Kovács (2005, 2008, 2011, 2012) denomina este processo elaborativo de “educação para a morte”, e destaca que se trata da busca de autoconhecimento e de um sentido para a vida, nunca da oferta de respostas simples e estereotipadas ou doutrinárias, mas de favorecer a busca de sentido para o existir humano, não se restringindo apenas aos aspectos cognitivos e racionais do viver e do morrer. Nesta mesma linha, Santos e Bueno (2011) destacam a parca produção científica sobre a temática da morte no que diz respeito à equipe de enfermagem, bem como a falta de

comunicação destes conhecimentos aos profissionais da área, o que poderia proporcionar mudanças de crenças e atitudes na equipe de UTI.

Nesse sentido, o estudo das produções imaginativas de profissionais frente à iminência da morte nos conduz pelo caminho de suas crenças, preconceitos, anseios e sentimentos, fornecendo elementos de reflexão sobre o sofrimento psíquico destas pessoas. Também pode apontar o ambiente hospitalar suficientemente bom, em termos do acolhimento das angústias de pacientes, familiares e funcionários envolvidos com o cuidado em situações de precariedade e alto risco de morte, como as que são vivenciadas na UTI.

Acredito que o cuidado dirigido aos profissionais deste setor possa trazer benefícios também aos pacientes e familiares atendidos na UTI, pois profissionais que estejam técnica e emocionalmente preparados para o seu ofício poderão oferecer um melhor atendimento às demandas de pacientes e familiares.



**PRIMEIRO ATO:
INTRODUÇÃO**

Desde que o homem passou a ter consciência de si, em algum momento do passado, a consciência da morte o acompanha, em maior ou menor grau. Porém, é difícil precisar se a consciência de si precede ou procede do medo da morte. É certo que são concomitantes e certamente interligados, e que a preocupação com a morte ultrapassa, desde a pré-história, o caráter de mero evento biológico. Bellato & Carvalho (2005) afirmam que “a imagem da morte tem acompanhado o existir humano desde seu alvorecer, abrindo enorme vazio diante da vida, representado por um aterrorizante não-ser inominável” (p. 100).

Morrer traz em si diversas dimensões de experiência: religiosa, social, antropológica, pedagógica, espiritual e filosófica e podemos afirmar ser uma experiência humana universal (Santos, 2007) e impactante a todos os que vivenciam a perda de pessoas com as quais mantinham fortes laços familiares e/ou afetivos.

A forma como lidamos com a morte varia de acordo com a época e a cultura na qual vivemos, dando origem a diversos mecanismos de defesa, cuja função é tornar suportável a idéia de nossa finitude, a fim de convivermos com ela de maneira menos angustiante.

Podemos ver na cultura atual algumas produções que versam sobre este assunto. José Saramago (2005) escreveu um livro instigante, a que deu o nome *As Intermittências da Morte*, onde vemos a personificação da Morte, e suas relações com uma sociedade que a menospreza. Neste livro, a Morte resolve entrar em greve por vários meses em um país. De primeiro de janeiro em diante, ninguém mais morre, causando grande confusão nos hospitais, pelo acúmulo de doentes; nas funerárias, que beiravam a falência pela falta de

mortos; na Igreja, que já não podia prometer uma vida pós morte, se não havia morte. Este livro trata com humor e sarcasmo das relações entre a Morte - no livro tornada pessoa -, a vida e as instituições sociais (Igreja, governo, etc).

Outra produção cultural sobre esta temática é o filme japonês *A Partida* (2008), dirigido por Yojiro Takita, onde o personagem central Daigo sofre profundas mudanças em sua concepção de vida ao iniciar um trabalho numa funerária, aprendendo a preparar os corpos, deixando-os belos e com aspecto sereno, preparando-os para a passagem para uma outra vida. Essa aproximação da morte opera profundas transformações na vida de Daigo.

O filme americano intitulado “Antes de Partir” (2008), estrelado por Morgan Freeman e Jack Nicholson, conta a história de dois homens cujos destinos se cruzam em função de um diagnóstico de câncer. Ambos recebem o mesmo diagnóstico e se encontram em fase terminal. Juntos, acabam por resgatar um sentido para suas vidas, cumprindo uma lista elaborada por um deles, com diversos locais a serem visitados antes de morrer.

Estes são apenas alguns exemplos atuais de como a problemática da morte, da dor e da perda permeiam nossas produções culturais. Poderíamos citar muitos outros, mas para o momento cremos que apenas estes são suficientes. Alinhamo-nos com a perspectiva de Benjamin (1936/1992) e de Ricoeur (1994), no sentido de interpretar tais produções culturais como narrativas de vivências humanas, atribuindo a este narrar um potencial de propiciar uma elaboração destas vivências, dando-lhes um sentido.

Neste trabalho nos restringiremos tão somente às formas de lidar com a morte existentes em nossa civilização ocidental, embora saibamos da

existência no Oriente de outras formas de vivenciar este fenômeno, condizentes com a cultura e valores sociais daqueles povos.¹

Já na Pré-História, encontramos indícios da preocupação do homem com os mortos. Objetos e, muitas vezes, alimentos eram enterrados junto com os corpos, na crença de que estes objetos pudessem ser úteis numa outra vida. No Egito Antigo, junto aos faraós eram enterrados seus pertences e muitas vezes seus serviçais. Todo egípcio tinha o desejo de ser enterrado com o *Livro dos Mortos*, texto considerado por eles como sagrado e que possuía basicamente duas funções: primeiro, prescrever aos vivos a forma mais adequada com que os ritos mortuários deveriam ser executados; e, segundo, também guiar a alma do morto ao outro mundo, ensinando-a diversas artimanhas para superar os desafios que os deuses lhe haviam preparado. Enfim, o objetivo era conduzir a alma rumo à salvação eterna (Rachet, 1996). Percebemos aqui o início de uma preocupação com as consequências dos atos realizados durante a vida e um temor de que pudesse haver alguma forma de julgamento após a morte, temor este que se propaga e se fortalece ao longo dos séculos na civilização ocidental.

Ora, se a morte acaba por ser um evento tão importante, os ritos que cercam a morte e o sepultamento ganham também um *status* diferenciado. Ariès (1976) destaca este ponto, ao aclarar que os rituais mortuários traziam em si o sentido de busca de purificação. Os vivos, além de se despedirem dos mortos, precisavam romper com eles, evitando o contato com o corpo em decomposição e escapando de sua influência sobre os vivos. Nesta linha de

¹ Para os que desejarem um maior aprofundamento na temática da morte na cultura oriental, sugerimos a trilogia coordenada por Santos (2009, 2009b, 2010), intitulada “A Arte de Morrer: visões plurais”.

pensamento, podemos constatar que os funerais tinham uma dupla função, assim como o próprio *Livro dos Mortos*: se por um lado buscavam assegurar a permanência do morto em outra dimensão, impedindo seu retorno, por outro auxiliavam os vivos a se despedirem do morto e continuarem cuidando de sua vida cotidiana (Vovelle, 2010).

Já na Idade Média, as crenças e atitudes em relação à morte passam a ser profundamente influenciadas pelo cristianismo, através da crença arraigada de vida após a morte. Ariès (1976) designa este período como período da Morte domada (*Tamed Death*) em contraposição à nossa percepção atual da morte, a qual é vista pelo mesmo autor como período da morte selvagem, indomada e aterrorizadora.

No período da morte domada, a morte era aceita no seio da família medieval como parte do processo de vida, no qual nascemos, crescemos e por fim morremos. Era comum morrer dentro de casa com dignidade, em meio aos familiares e amigos, observando rituais religiosos, em cerimônia aberta à comunidade. A morte costumava ser precedida por um aviso, vindo através de sinais naturais, sonhos ou alguma convicção íntima. Os enterros ocorriam fora da cidade, sendo que cristãos e pagãos dividiam o mesmo solo.

Segundo as crenças cristãs da época, o morto permaneceria em um estado semelhante ao sono, dormindo, aguardava a volta de Cristo para despertar no Paraíso. Ariès (1976) destaca que neste período “não há julgamento nem condenação (...) os maus – aqueles que não pertenciam à Igreja – não sobreviveriam à sua morte, não despertariam, sendo abandonados ao não ser” (p. 30).

A ritualização da morte tinha uma função religiosa e certamente normatizadora, sendo o presbítero aquele que, sob as bênçãos de Deus, poderia acalmar as almas dos vivos e abrir caminho à alma do morto:

Os ritos que tendiam a exprimir a violência da dor passaram a representar o controle de si, com a família e os amigos silenciados no seu drama. O padre passou a ocupar a cena principal, e não mais o morto (Bellato & Carvalho, 2005, p. 102).

Até este momento histórico, a morte era vista em um contexto social quase que exclusivamente. Já na alta Idade Média, começa a surgir uma preocupação não mais com o destino coletivo das pessoas religiosas, como era até então, mas com o destino de cada pessoa, de cada indivíduo. É quando se estrutura a idéia de julgamento individual após a morte, podendo o morto sofrer punição por pecados pessoais que tenha cometido durante a vida. O dia do novo Advento do Cristo, evento que marca a volta coletiva dos cristãos ao Paraíso, é substituído pelo dia do Julgamento Final, onde seriam separados os bons dos maus, um a um, cabendo aos maus uma punição sem fim:

Então dirá aos que estiverem à sua direita: 'Vinde benditos de meu Pai, recebi por herança o Reino preparado para vós desde a fundação do mundo'(...) Em seguida, dirá aos que estiverem à sua esquerda: 'Apartai-vos de mim, malditos, para o fogo eterno preparado para o diabo e para os seus anjos' (...) E estes irão para o castigo eterno, enquanto os justos irão para a vida eterna" (Evangelho de Mateus 25, 34. 41. 46.).

Segundo Ariès (1976), esta mudança do social para o individual marca uma mudança na relação com a morte, que passa a ser revestida de dor e

sofrimento. E não apenas a morte sofre esta transformação, mas tudo o que se refere ao estado da alma, após a morte do corpo físico.

O homem medieval, ao pensar no pós-morte e buscar a realidade transcendente, acaba por encarar o mundo material como sendo apenas um mundo de aparências, efêmero, como uma representação, uma imagem borrada de um outro mundo, oculto e inacessível pela matéria. Esta busca do além, mediante a busca incessante de Deus, o salvaria do inferno (Costa, 2010). Portanto, se a morte pode me atingir, pode atingir o meu semelhante também. Se nada posso fazer quanto à minha própria morte, há algo a se fazer quanto à morte do outro?

É neste contexto que o conceito de purgatório (Vovelle, 2010) se desenvolve dentro do catolicismo. Até então, a idéia de purgatório não era estruturada na igreja enquanto dogma, figurando apenas como elemento oriundo da credence popular, muitas vezes associado à idéia de limbo². O termo latino *purgatorium* (lugar de purificação), segundo Vovelle (2010), parece ter sido usado pela primeira vez no fim do século XIII, por Pierre le Mangeur, em Paris. No Concílio de Lyon, em 1274, o purgatório recebia uma primeira promulgação como dogma da Igreja católica, sendo definitivamente proclamado em 1439, no Concílio de Florença, que congregou católicos romanos e ortodoxos gregos.

Podemos perceber que há uma grande evolução para a época medieval com o conceito de purgatório. Substitui-se um esquema binário e fechado,

² O limbo seria o local onde as almas de crianças mortas sem batismo deveriam permanecer até a vinda definitiva de Cristo. Nele também permaneciam os adultos mortos que tivessem bom coração, os puros, mas que não tivessem sido batizados e, portanto, tornados participantes da Igreja Católica (Vovelle, 2010).

configurado entre inferno e céu, por um esquema ternário e mais aberto, composto por inferno, purgatório e céu (Vovelle, 2010), além deste ser passível de interferência humana. O homem já não é mais um espectador da morte e do julgamento divino: passando a influenciar ativamente em seu próprio destino e no daqueles que lhe eram caros em vida.

Podemos destacar outro aspecto, presente na Idade Média, que é o da personificação da morte. Na alta Idade Média, a morte se torna pessoal, ganhando um estatuto de existência própria. É possível observar pela iconografia da época como a morte ganhou contornos de pessoa humana, com caráter e personalidade próprios. Era frequente que a morte fosse representada como um horrível esqueleto ambulante, com pedaços de carne ainda viva penduradas nele, a atormentar os vivos para levá-los ao mundo dos mortos, não discriminando entre crianças, clérigos ou nobres, como se pode ver abaixo por duas ilustrações dessa época:



A Dança Macabra. Autoria desconhecida. Retirado de <http://pensandoemarte.wordpress.com/2009/07/29/a-danca-macabra/>



Holbein, Hans. "The Dance of Death." Woodcut, before 1538. Facsimile, London, 1892.

Passa a haver, portanto, um medo crescente da morte que, insidiosa, chega para todos, sem exceção. Huizinga (2010) ao falar deste momento em que a morte se torna personificada, sendo chamada de Morte, assim o descreve:

No final da Idade Média, ela se tornara uma importante concepção cultural. À idéia de morte mesclou-se um elemento novo, fantástico e hipnotizante, um calafrio que brotou da área consciente do gélido pavor fantasmagórico e de terror frio (p 231).

Huizinga (2010) destaca ainda que na Idade Média há apenas duas posições extremadas: por um lado, a tristeza pela precariedade e pela decadência do corpo e, por outro lado, o júbilo pela alma que se salva.

Com o intuito de afastar a morte ou minimizar seus efeitos, os ritos funerários sofrem alterações significativas. O advento do purgatório vem preencher esta lacuna entre o céu e o inferno, permitindo aos vivos uma atitude mais ativa frente à morte. A ritualização da morte é modificada, no sentido de obter o perdão pelos pecados cometidos pelo morto em vida, visando garantir um bom destino à alma que estivesse deixando o seu corpo mundano. As súplicas e indulgências dirigidas a Deus e aos santos, visavam diminuir o tempo de expiação dos pecados e facilitar a entrada do morto no céu.

A morte passa a ser temida e vista como um grande problema, deixando de ser algo natural, uma parte da existência humana, para se tornar fonte de terror. Ariès (1976) também aponta esta mudança importante: a imagem da morte se transforma, deixando de ser bela e pública para se tornar horrenda e secreta ou, melhor dizendo, interdita (*Forbidden Death*). Os ritos que outrora acompanhavam a morte e o morrer são esvaziados de sentido, em uma tentativa de evitar o sofrimento pela morte do outro e, conseqüentemente, pela própria morte e finitude. A morte antes aceita com naturalidade, ocorrendo em meio à tranquilidade dos familiares, passa a ser temida; a morte natural passa a ser a morte por velhice, enquanto todas as mortes ocorridas de outra forma sinalizam a possibilidade de um castigo da parte de Deus.

Concomitante a estas mudanças de mentalidade, ainda no século XIV, a Europa foi atingida pela peste Bubônica, apelidada de Peste Negra, que

chegou a dizimar um terço da população daquele continente, algo em torno de 25 a 75 milhões de pessoas. A peste atingiu todas as classes sociais, devastando a organização social. Segundo relatos da época, principalmente o Decameron de Boccaccio³, faltavam caixões e locais nos cemitérios para que os mortos fossem enterrados. Na França, os cemitérios foram deslocados para fora das cidades, em função do medo da peste, da doença e da morte. Já não há mais a morte natural e esperada por todos. A morte poderia chegar a qualquer um, independente da hora e de seu estado de saúde.



Peste Bubônica. A autoria desconhecida. Retirada de <http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo=765>

A este afastamento concreto dos cemitérios em relação às cidades, corresponde um afastamento emocional do homem em relação à morte (Ariès, 2003). Essa distância afastou o homem da consciência de sua finitude, e colaborou para uma associação entre doença e morte, que antes não era tão

³ O Decameron narra o período de transição vivido na Europa com o fim da Idade Média, após o advento da Peste Negra. Sua principal característica literária é a busca de narração dos fatos o mais fiel possível, rompendo com a mítica literatura medieval. É considerado o primeiro livro realista da literatura. Pode ser baixado gratuitamente, em italiano, pelo site <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/lb000120.pdf>

estreita. As pessoas passaram a morrer não porque era chegada sua hora, mas porque estavam doentes. Podemos ver que se estabelece aqui uma relação causal entre doença e morte: a morte como decorrência da doença. A conclusão que daí se depreende é que se não há doença, não há mais morte. Esta associação que se inscreve no imaginário medieval permanece de certo modo até a atualidade.

Com a revolução filosófica e científica dos séculos XV e XVI, testemunhamos uma nova elaboração da vivência da morte. Com o advento do Iluminismo, a morte passa a ser dissociada de seus aspectos religiosos e sagrados, adotando a racionalidade como elemento norteador. A morte passa a ser vista principalmente como evento biológico, sobre o qual se deve buscar um maior controle através da ciência e da razão. A ascensão do modelo científico e a busca pelo prolongamento da vida vão influenciar fortemente a Medicina e a estruturação dos hospitais. (Foucault, 2001).

Foucault observa que os primeiros hospitais surgiram por volta de 431 A.C. no Ceilão, ao sul da Ásia, expandindo-se para a Índia, dois séculos depois. Na Europa, seu surgimento remonta a 100 A.C. com o império romano construindo os primeiros hospitais para militares feridos em campo de batalha. É somente a partir do século IV, com o crescimento do cristianismo e das diversas ordens religiosas, que os hospitais se proliferam, ficando sob os cuidados dos sacerdotes e religiosos.

A relação entre a morte e o hospital foi se estreitando ao longo dos séculos. Os hospitais tiveram sua finalidade alterada de acordo com cada época e lugar. Foucault (1980) destaca que antes do século XVIII o hospital era

uma instituição de assistência aos pobres, que visava sua separação e exclusão. Os que tinham condições financeiras para pagar pelos cuidados médicos eram cuidados em suas próprias casas e nelas morriam; pessoas pobres ou indigentes se dirigiam aos hospitais em busca de recuperação da sua saúde, ou para morrer (Martin, 2004). Para ele, o principal personagem do hospital não era o doente que poderia ser curado, mas o pobre que estava morrendo e deveria ser assistido material e espiritualmente. O hospital seria, portanto, nesta época, um morredouro, um lugar para morrer.

Pessini (2001, 2004) afirma que o paradigma vigente nos hospitais nesta época era o **paradigma do cuidar**. Cuidava-se dos doentes, mas sem a pretensão de reintegrá-los à sociedade, enquanto estivessem vivos no aguardo da morte. O cuidar estava indissociavelmente ligado à religiosidade, tendo a presença do sagrado, exteriorizado nos cuidados dos religiosos e sacerdotes, uma função asseguradora: cuidava-se do corpo e da alma, de maneira a facilitar a entrada da alma nos céus. Um cuidado bem realizado, tanto do corpo quanto da alma, propiciaria aos vivos e ao moribundo um consolo espiritual importante. Este mesmo paradigma perdura até hoje, em vários aspectos do cuidado médico.

Com o tempo, a vivência da morte fica restrita ao hospital, transformado em local de cura e recuperação de doentes, mas também de morte aos pacientes sem bom prognóstico. Os doentes ficavam distantes do convívio familiar durante sua recuperação, ou mesmo no processo de morrer. Por ocasião da Peste Negra, os infectados, fossem vivos ou mortos, eram afastados do convívio social. Se não podiam ser curados, eram rotulados como doentes e segregados, a fim de evitar a contaminação dos sãos.

Cabe mencionar aqui alguns aspectos da prática médica desta época. A introdução da figura do médico no hospital no século XVII traz consigo grandes transformações. A formação médica, antes restrita aos textos sobre medicina clássica, passa a ser integrada, aproximando pacientes e médicos pela inserção deste no hospital. Inicia-se a individualização dos leitos e uma disciplinarização dos cuidados hospitalares, visando uma maior eficácia no cuidado com os doentes. A soberania do hospital passa das mãos dos religiosos para os médicos, que se tornam aqueles que detém o poder e o saber sobre as doenças, os doentes e as formas de se evitar a morte. Saber este que se apóia nas premissas básicas do método cartesiano, segundo o modelo matemático vigente no século XVII: evidência ou dúvida, análise, síntese, enumeração.

Descartes descreveu estas quatro regras de seu método na segunda parte do livro *Discurso sobre o do Método*:

O primeiro era o de jamais acolher alguma coisa como verdadeira que eu não conhecesse evidentemente como tal; isto é, de evitar cuidadosamente a precipitação e a prevenção, e de nada incluir em meus juízos que não se apresentasse tão clara e distintamente a meu espírito, que eu não tivesse nenhuma ocasião de pô-lo em dúvida.

O segundo, o de dividir cada uma das dificuldades que eu examinasse em tantas parcelas quantas possíveis e quantas necessárias fossem para melhor resolvê-las.

O terceiro, o de conduzir por ordem meus pensamentos, começando pelos objetos mais simples e mais fáceis de conhecer, para subir, pouco a pouco, como por degraus, até o conhecimento dos mais compostos, e supondo

mesmo uma ordem entre os que não se precedem naturalmente uns aos outros.

E o último, o de fazer em toda parte enumerações tão completas e revisões tão gerais, que eu tivesse a certeza de nada omitir. (Descartes, 1999, p. 49-50)

Desde então, a formação médica foi pautada nestes princípios metodológicos, o que propiciou grandes avanços nas diversas áreas da ciência. Podemos perceber uma grande influência das quatro regras cartesianas nas pesquisas de teor empírico, o que certamente fez progredir o conhecimento, o controle e tratamento de diversas doenças, garantindo uma maior sobrevivência e qualidade de vida ao ser humano. Porém, talvez tenha favorecido a ilusão de que o homem, ao conhecer a realidade, possa dominá-la a ponto de controlar não somente a vida, mas também a morte.

No início da década de 50, no século passado, vemos duas transformações importantes no panorama hospitalar, ocasionadas pelo avanço de novas tecnologias a serviço da medicina. Por um lado, vemos a descoberta de novos psicofármacos e anestésicos que propiciam uma diminuição considerável da dor em casos de pacientes graves. Nesta época, principalmente após a segunda guerra mundial, os respiradores artificiais sofrem uma grande evolução, e passam a ser utilizados em maior escala no hospital. Concomitantemente, diversas equipes médicas ao redor do mundo percebem a necessidade de se criar um setor fechado para pacientes em graves condições de saúde. Em 1958, cerca de 25 por cento dos hospitais ao redor do mundo com mais de 300 leitos já contavam com uma UTI ativa (Seymour, 2001, Timmermans, 2010) tendência que permanece até hoje, onde

a maioria dos hospitais possui uma UTI destinada ao atendimento de casos graves.

Por outro lado, algumas vezes passam a questionar a utilização destas novas tecnologias, retomando a necessidade do cuidado médico humanizado, tanto em situações graves quanto naquelas em que se excederam as possibilidades terapêuticas. Kubler-Ross, uma psiquiatra americana, decide escutar os pacientes que estão em fase terminal, dando-lhes voz e procurando explicitar as dificuldades da equipe e da família em lidar com estas realidades dolorosas. Seu livro mais conhecido, *Sobre a Morte e o Morrer* (2011), editado pela primeira vez em 1969, narra diversas histórias sobre atendimentos a pacientes em seu processo de morte, tornando-se um marco no estudo da terminalidade. Cicely Saunders, enfermeira inglesa, dedica-se aos cuidados de pacientes portadores de câncer em fase avançada, tendo esgotado suas possibilidades terapêuticas, destacando a necessidade da abordagem de diversos aspectos do cuidar, não apenas o físico e o emocional, mas também o social e o espiritual (Menezes, 2004). Saunders criou a ideia de uma equipe multiprofissional realizando este tipo de trabalho, hoje conhecido mundialmente como *cuidados paliativos*. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo assim o define:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.” (CREMESP, 2004).

Na prática dos cuidados paliativos, formam-se equipes multiprofissionais cujo maior objetivo é o alívio do sofrimento do doente. Como complemento à esta premissa, temos uma maior valorização da postura dos profissionais que acolhem o sofrimento dos doentes e de seus familiares e podem auxiliá-los, inclusive no processo de morte. Para os paliativistas, a morte tende a ser considerada como parte natural da vida e deve ser aceita no momento em que chegar (Menezes, 2004), conceito por eles chamado de “boa morte”.

Portanto, podemos perceber duas linhas distintas de evolução nos cuidados críticos: uma linha mais tecnológica e outra mais humanizadora. Não há como concebê-las em separado, pois ambas tiveram seu desenvolvimento histórico comum a partir da segunda Guerra Mundial e apontam para concepções de ser humano que, embora diferentes, são complementares, e acabam por se tocar no cuidado ao paciente.

Pessini (2001) enfatiza que atualmente os cuidados médicos e hospitalares se pautam pelo **paradigma do curar**. Não basta cuidar do doente. É preciso curá-lo a todo custo e combater a morte:

O paradigma de curar facilmente torna-se prisioneiro do domínio tecnológico da medicina moderna. Se algo pode ser feito, logo deve ser feito. Também idolatra a vida física e alimenta a tendência de usar o poder da medicina para prolongar a vida em condições inaceitáveis. Esta idolatria da vida ganha forma na convicção de que a inabilidade para curar ou evitar a morte é uma falha da medicina moderna. A falácia dessa lógica é pensar que a responsabilidade de curar termina quando os tratamentos estão esgotados (Pessini, 2001, p. 217).

Desse modo, pautados pelo paradigma do curar, vivemos uma intensa negação da morte e do morrer. Becker (1973) salienta que um dos principais

afetos que movem o homem é o seu terror da morte, cujo destino é ser recalçado ainda na infância, para ser substituído pela crença na imortalidade dos pais e pela ideia de eternidade, tão presente em nossa cultura ocidental.

A ideia de eternidade pode ser vista nos diversos sistemas religiosos ocidentais. Por exemplo, no espiritismo e no cristianismo, sendo que em ambos a alma perduraria após a morte do corpo físico. No espiritismo, a alma poderia retornar a um novo corpo, buscando a evolução do espírito; no cristianismo, a alma, após a morte física, também viveria eternamente.

Podemos verificar também, em nossa sociedade pós-moderna, o culto ao corpo e o desejo de prolongamento da vida, fomentado pelos avanços significativos da medicina contemporânea na manutenção da vida, o que certamente acaba por fortalecer a ilusão de imortalidade e a negação da morte. Bauman (2008) ao falar sobre a morte na atualidade, afirma que “todas as culturas humanas podem ser decodificadas como mecanismos engenhosos calculados para tornar suportável a vida com a consciência da morte.” (p. 46).

A UTI, mesmo identificada como lugar de maior risco de morte no hospital, passa a funcionar sob esta mesma ótica. Ela se destaca dentro do hospital como um local onde o desenvolvimento de técnicas e procedimentos tecnológicos para conter e retardar a morte são mais explorados. Porém, o doente passa a vivenciar este processo de maneira dissociada e isolada, em termos afetivos, sem o apoio que tornaria o morrer menos técnico e mais humano. Novaes e Trindade (2007) afirmam que:

O mutismo e negação diante do morrer respeitam os preceitos de uma sociedade tecnológica onde a despersonalização do viver acaba por negar a

importância do morrer. O sonho de eternidade parece ser levado a sério pela ciência (p. 75).

Podemos supor que o paciente se sinta isolado e desassistido emocionalmente durante sua permanência na UTI, tendo de enfrentar sozinho suas angústias frente à morte. Também a equipe de enfermagem pode estar desassistida neste processo. A tecnologização da saúde, principalmente na UTI, que conta com os mais avançados equipamentos de suporte vital, determina um olhar mais técnico, por parte do profissional, além de direcionar todos os cuidados ao paciente, ainda que se vise atender apenas as demandas de sobrevivência física. Uma das consequências dessa situação é que a equipe que efetua estes cuidados não é vista enquanto grupo que também necessita de cuidados.

Deste modo, a tecnologização se torna mais presente que os processos de humanização da dor e do sofrimento, tanto de pacientes quanto da equipe de enfermagem. Shorter & Stayt (2010) assinalam a falta de estudos sobre a experiência de dor e os mecanismos de enfrentamento da equipe de enfermagem quando um paciente morre. Destacam que a exposição frequente a situações de risco de morte e ao morrer cria na equipe uma dissociação emocional a ser tratada para que a equipe não adoça. A função de cuidar fica a cargo da equipe enquanto cuidadores, mas não enquanto pessoas a serem igualmente cuidadas, o que certamente traz consequências para a qualidade do cuidar. Esta falta de suporte aos cuidadores foi um dos achados encontrados na pesquisa desenvolvida por Guimarães & Lipp (2011) junto a familiares cuidadores de pacientes oncológicos.

Investigando o desgaste emocional da equipe de enfermagem frente a situações de pacientes gravemente doentes, Stayt (2009) destaca que as emoções desses profissionais são geralmente suprimidas, entretanto podem ir se acumulando gradativamente, e se tornar fonte de grande ansiedade, ou ainda chegar ao extremo do adoecimento do profissional, conhecido pela designação de Síndrome de *Burnout*.

Este termo foi cunhado inicialmente pelo psicanalista Herbert Freudenberger, em meados dos anos 1970, para caracterizar um conjunto de reações físicas e emocionais a uma exaustão decorrente de trabalho excessivo, exercido sob forte pressão interior/exterior, resultando em uma sensação crônica de cansaço e frustração.

Macedo, Nogueira-Martins & Nogueira-Martins (2008) salientam que o *Burnout* está relacionado à exigência de desempenhar tarefas com alto grau de desempenho e de contato com outras pessoas, sendo uma resposta global ao estresse emocional crônico e intermitente. Para estes autores, *Burnout* “é uma metáfora para significar aquilo, ou aquele que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental” (p. 329).

Podemos entender o *Burnout* como uma forma da equipe de enfermagem em UTI lidar com a angústia desencadeada pelos lutos quase diários, vividos no ambiente de trabalho. Este sofrimento pode ser entendido como conduta humana, de acordo com a concepção de Bleger, de acordo com a qual toda manifestação humana é conduta e está sempre num grande devir⁴,

⁴ É interessante pontuar que esta perspectiva se coaduna bem com a visão grega de Heráclito (540-480 a.C.), onde a contradição e a dialética são inaugurados nos sistemas filosóficos ocidentais. O devir é sempre a mudança entre opostos, num movimento contínuo; é desta oposição entre os contrários que se produz a harmonia e a unidade do mundo, bem como a sua transformação. Heráclito sustenta que apenas

dialético por essência, englobando as áreas da mente, do corpo e da relação com o mundo externo, nas quais se expressa:

A conduta sempre implica manifestações coexistentes nas três áreas; é uma manifestação unitária do ser total e não pode, portanto, aparecer nenhum fenômeno em nenhuma das três áreas sem que implique necessariamente as outras duas; portanto, as três áreas são sempre coexistentes. O pensar ou imaginar – por exemplo – (condutas na área da mente) não podem se dar sem a coexistência de manifestações no corpo e no mundo externo e – respectivamente – também ao inverso. (Bleger, 1963/1989, p. 28)

O conceito blegeriano de conduta pode nos auxiliar a avaliar o sofrimento da equipe de enfermagem, a partir de sua expressão, seja na área mental, corporal ou de relação com o mundo externo. Neste sentido, as produções imaginativas, as doenças psicossomáticas e as dificuldades relacionais da equipe de enfermagem são condutas passíveis de estudo.

Como enfrentar a morte cotidianamente? Quais são os efeitos deste enfrentamento sobre o acolhimento e os cuidados do paciente internado e também sobre a vida destes profissionais? Estas são questões que emergem ao pensarmos no sofrimento destes profissionais e nos estimularam a buscar respostas.

Para tanto, abordaremos psicanaliticamente as produções imaginativas destes profissionais acerca da iminência da morte, ou seja o conjunto de idéias, crenças, medos e preconceitos que, de cuja perspectiva afetivo-emocional,

o movimento e mudança são reais. O permanente para ele não existe, apenas o mutável. (Lara, 1989; Abrão, 1999)

pretendemos iluminar o seu sofrimento psíquico, suas defesas e suas práticas na UTI.



SEGUNDO ATO:

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo investigar psicanaliticamente as produções imaginativas da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva para pacientes adultos, em busca dos campos de sentido afetivo-emocional que sustentam suas construções imaginativas e práticas clínicas diante da iminência da morte.



TERCEIRO ATO:
O CENÁRIO METODOLÓGICO

Visando explicitar as estratégias metodológicas adotadas, optamos pelo uso da palavra cenário no título deste capítulo, pois cenário nos remete à cena teatral, onde são representados os dramas humanos. O cenário, além de ser o pano de fundo contra o qual ocorre a peça teatral, insere o drama no tempo e no espaço, contextualizando a performance dos atores, mesmo que de forma discreta, contribuindo ativamente para o andamento da trama apresentada. Como diretores desta cena, compusemos este cenário de acordo com nossas experiências clínicas, pressupostos teórico-metodológicos e visão de mundo, o que inclui uma determinada visão de homem.

Tendo sido o objetivo já descrito no capítulo anterior, passo a descrever os diversos elementos que compõem nosso cenário teórico-metodológico. Em primeiro lugar, descrevo e contextualizo o método e a pesquisa psicanalítica. Em um segundo momento, debruçar-me-ei sobre o uso de narrativas na pesquisa qualitativa, o contexto teórico em que são produzidas as narrativas interativas como procedimento investigativo, e as narrativas transferenciais como forma de registro de nossos achados. Em seguida, procurarei abordar os conceitos de imaginário coletivo e de produções imaginativas. Finalizo o capítulo, discorrendo sobre o uso do método psicanalítico na produção interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional.

a. Contextualizando o Método e a Pesquisa Psicanalítica

O método psicanalítico foi criado por Freud no final do século XIX e explicitado em sua obra *A Interpretação dos Sonhos*, de 1900, com o objetivo de reestabelecer ou mesmo criar sentidos para o sofrimento humano, através de uma experiência diferenciada de relacionamento pessoal entre paciente e terapeuta. Para tanto, Freud concebeu a regra da associação livre, de acordo com a qual o paciente deveria dizer tudo o que se passava em sua mente, na situação analítica. O complemento desta recomendação freudiana refere-se à postura do analista que, frente ao relato de seu paciente, deve se manter em um estado de atenção equiflutuante.

Freud (1923/1974) define a psicanálise sob três diferentes aspectos: primeiro, um procedimento de investigação dos processos mentais; segundo, um método para o tratamento das neuroses; terceiro, um conjunto de pressupostos teóricos que se acumulam dando origem a uma disciplina.

Ora, a psicanálise sempre foi reconhecida enquanto terapêutica de problemas emocionais e como uma teoria sobre o psiquismo, mas seu aspecto investigativo, por vezes passa despercebido ou relegado a segundo plano. Com isto, corremos o risco de restringir a psicanálise e a pesquisa em psicanálise aos atendimentos padrão realizados em consultórios, o que certamente têm sua validade enquanto psicoterapia. Tal visão equivocada acaba por ignorar o potencial heurístico de uma psicanálise que se oferece como ferramenta de pesquisa de fenômenos psicológicos, sociais e culturais, além da análise institucional crítica.

Politzer (1928/2004), ao estudar mais profundamente a *Interpretação dos Sonhos* de Freud (1900/1974), destaca dois aspectos fundamentais: um é a busca freudiana por situar a psicanálise no panorama da ciência da época; outro é o rompimento com a abstração da Psicologia clássica, abrindo espaço para a busca de sentidos da vivência humana, a partir de sua concretude dramática. Para ele, o estudo do humano deve se distanciar tanto do reducionismo behaviorista quanto das especulações e se ater ao drama vivido pelo homem. Como consequência deste pensamento, propõe que a Psicologia use o teatro como sua metáfora principal: o paciente com o seu narrar e o terapeuta através da escuta interpretativa produzem um sentido pessoal e dramático.

Bleger (1963/1989), na mesma linha de Politzer, concebe o ser humano inserido num meio social, histórico e temporal, diferentemente da perspectiva da metapsicologia freudiana, na qual o homem seria talhado basicamente por fenômenos pulsionais. Bleger retoma o conceito de conduta, desenvolvido inicialmente por Daniel Lagache (1980) na psicanálise⁵, englobando todos os fenômenos humanos, e superando uma visão cindida do homem, que opõe corpo à mente. Para Bleger, toda conduta é pessoal e coletiva ao mesmo tempo, cabendo ao pesquisador que atua na área das Ciências Humanas definir de qual perspectiva estudará o homem, se a partir da perspectiva individual ou da perspectiva coletiva. Neste trabalho, iremos nos deter a pesquisar as condutas de um coletivo de pessoas, condutas estas que são expressas através das suas produções imaginativas pessoais ou individuais.

⁵ Cabe destacar que o conceito de conduta preconizado por Bleger em muito se distancia da perspectiva do behaviorismo e seu enfoque no comportamento (Bleger, 1963/1989).

Hermann (2004) destaca que o que caracteriza a psicanálise não é a sua terapêutica, mas o seu método, o qual pode ser empregado tanto na prática psicanalítica padrão, quanto fora desta. O método psicanalítico é aqui concebido como uma das estratégias metodológicas na pesquisa qualitativa, o qual visa apreender e compreender o fenômeno humano do ponto de vista afetivo-emocional. Por esse motivo a presente pesquisa se alinha teoricamente com a perspectiva da psicanálise intersubjetiva (Stolorow, 2000; Stolorow, Atwood & Brandchaft, 1994) ao utilizar o método psicanalítico como aproximação de realidades extra consultórios. Gomes (2007), ao descrever os fundamentos desta perspectiva de trabalho em psicanálise, destaca que:

O desenvolvimento normal e o patológico, a transferência e a ação terapêutica, todos emergem dentro de sistemas interativos relacionais e são afetados por estes. O desvio paradigmático continuado do modelo intrapsíquico para os modelos do campo relacional se ancora em parte, na mudança do paradigma da ciência positivista para a ciência relativista ou do objetivismo para o construtivismo; ou ainda, do constitucional para o relacional, predominantemente” (p. 116).

b. Campos de Sentido, Imaginário Coletivo e Produções

Imaginativas

Já dissemos anteriormente que esta pesquisa busca encontrar/criar campos de sentido advindos dos encontros com os pesquisados sobre a vivência da iminência da morte. Para Herrmann (2001) um campo, ou inconsciente relativo, é compreendido como um conjunto de regras que

atribuem um sentido afetivo-emocional às vivências humanas, e que se encontra grande parte do tempo funcionando sem que a pessoa esteja consciente de sua atuação; por isto, também chama os campos de inconsciente relativo. Herrmann (2001, p. 61) diz textualmente: “Não havendo para o sujeito consciência possível do campo em que está, equivale ao inconsciente”.

Os campos, ou inconsciente relativo, nos informam sobre as matrizes afetivo-emocionais subjacentes às vivências e condutas das pessoas. Nos campos se encontram elementos do psiquismo individual e também elementos sociais e culturais. Herrmann (2001, p. 61) nos diz que “(...) as determinações sociais profundas fazem parte dos campos que nos interessam, como igualmente o fazem as regras do psiquismo individual (...)”.

Este mesmo autor (Herrmann, 2001) ainda nos aponta que os campos de sentido, ou inconsciente relativo, são dinâmicos e não estão previamente construídos antes de serem acessados pelo psicanalista. Pelo contrário, os campos se encontram em constante produção e deslocamento, não cabendo aqui o uso da expressão “campos encontrados” ou “campos acessados”, já que não se trata de entidades estanques. A meu ver, cabe melhor a expressão “campos criados/encontrados”, expressão que diz respeito à criação e à mutabilidade.

Para entender a expressão “campos criados/ encontrados”, creio que vale a pena nos determos brevemente no exame do que seria uma experiência de ilusão, na visão do psicanalista Donald Winnicott.

Ilusão, em psiquiatria, difere de alucinação. Enquanto na alucinação, há uma percepção sem objeto, na ilusão há um encontro com um objeto real, que é distorcido e transformado em algo diferente do original. Em Winnicott (1945/2000), a mãe é a responsável pela experiência de ilusão do bebê. Quando o bebê sente fome, por exemplo, ele imagina a aproximação do seio. Quando a mãe, atende as necessidades do bebê, realiza esta aproximação, o bebê vivencia a ilusão de haver criado o seio que o alimenta. Desta forma, a apresentação do objeto (seio) coincide no tempo e no espaço com a satisfação da necessidade da criança (fome) por este objeto, criando nela a ilusão de que ela mesma o criou. Esta zona de ilusão é a semente que virá a se constituir como espaço potencial, onde ocorrem os fenômenos transicionais, o brincar e as atividades culturais. Winnicott assim nos diz em seu texto intitulado *Desenvolvimento Emocional Primitivo* (1945/2000):

O potencial criativo do indivíduo, que emerge da necessidade, produz prontidão para uma alucinação. O amor da mãe e sua intensa identificação com o bebê a torna capaz de perceber as necessidades deste, de tal forma que ela passe a oferecer algo mais ou menos no lugar certo e na hora certa. Isto, repetido diversas vezes, dá início à habilidade do bebê de usar a ilusão, sem a qual não é possível qualquer contato entre a psique e o meio ambiente. (p. 223)

Sem a possibilidade de viver esta experiência de ilusão, não se cria um diálogo autêntico entre o bebê e a realidade externa e, nos anos seguintes, a criança corre o risco de não se sentir capaz de enfrentar as dificuldades da vida com esperança e criatividade. O criar/encontrar o objeto é o gérmen da inserção do bebê na cultura e na sociedade humana (Winnicott, 1945/2000).

Viver de forma estagnada em um dentre os vários campos possíveis pode acarretar sofrimento ao paciente e por isto o terapeuta busca movimentá-los, rompendo campos de sentido que estejam se constituindo como obstáculo ao desenvolvimento emocional.

Os campos de sentido afetivo-emocional encontram expressão nas produções imaginativas dos participantes, colhidas sob a forma de narrativas. Estas produções imaginativas, longe de serem enganosas ou falsas, são manifestações do imaginário social aqui compreendido como substantivo (Belinsky, 2007), ou seja, como força produtora de imagens (Castoriadis, 2006) que dão forma às condutas de nosso grupo de participantes em face da iminência da morte.

Winnicott (1949/2000) também destaca a relevância dos processos imaginativos, enquanto elaboração psíquica dos processos somáticos, operação que permite a integração dessas experiências ao eu. A esta capacidade potencial de todo ser humano Winnicott denomina *elaboração imaginativa*, processo essencial para que a integração psicossomática, que está na base da saúde mental do indivíduo, tenha lugar. Deste modo, destacamos os processos imaginativos do fantasioso, do engodo, aproximando-os da proposta winnicottiana de que o viver criativo inclui tanto a adaptação às demandas da realidade quanto a criação de um mundo em que possamos ser autênticos.

Deparamos-nos com uma dificuldade em nosso caminho. Até que ponto o imaginário pode ser visto como uma representação do mundo real? Quais são as relações entre o real, as representações do real e o imaginário?

Moscovici (2012) propõe o termo representação social para tratar das expressões de um sentido coletivo, abarcando um conjunto de idéias e de concepções cognitivas que nos permitem apreender o mundo. Moscovici focaliza os aspectos cognitivos da apreensão do mundo, em detrimento da dimensão afetivo-emocional que também perpassa a constituição da subjetividade. Aiello-Vaisberg & Machado (2008) preferem trabalhar com o conceito de imaginário coletivo, no lugar de representação social, adotando a perspectiva da Psicologia, cujo recorte privilegia o aspecto afetivo-emocional da experiência humana, além de restringir as produções imaginativas ao grupo de participantes. Castoriadis (2010) destaca a radicalidade de um imaginário que, longe de ser um reflexo falseado da realidade, é força motriz na qual se apoia a realidade e a própria racionalidade (p. 414).

O dicionário de Psicossociologia (Barus-Michel, J., Enriquez, E. & Lévy, A. (2006), em seu verbete “representação e imaginário”, esclarece a noção de imaginário coletivo:

O imaginário coletivo é um sistema de interpretações da realidade destinado a produzir sentido. Sentido que o grupo dá à realidade para, ao mesmo tempo, se significar ele próprio na medida em que a percepção da realidade é simultaneamente uma percepção da existência. (...)” (p. 187).

Vemos o imaginário coletivo⁶ não apenas como atividade imaginativa que dá origem a posturas e condutas práticas e concretas, mas também como expressão de uma cultura que partilha de determinadas crenças e valores. Por outro lado, podemos ver o imaginário coletivo como a própria atividade

⁶ Para maiores detalhes o leitor pode consultar no site lattes.cnpq.br as produções das Profas. Tânia Aiello Vaisberg e Tânia Mara Marques Granato sobre o uso do imaginário coletivo em pesquisa.

imaginativa. Há um interjogo no imaginário entre a matriz que o produz, portanto enquanto estrutura imaginativa, e as produções desta mesma matriz, enquanto atividade imaginativa. Belinsky (2007) já assinalava esta polissemia, destacando-a como uma das riquezas do conceito de imaginário.

c. Narrativas e seus Usos em Pesquisa Qualitativa

Faremos uso do narrar como processo facilitador da produção imaginativa, compreendida como criadora de sentidos. A narrativa, como nos assinala Benjamin (1992) inscreve o homem em um tempo histórico e, ao mesmo tempo, é expressão desta mesma inserção histórica. Esse autor defende o uso das narrativas subjetivas, em oposição ao romance, como uma forma de organização da experiência humana. Ricoeur (1994) também destaca a capacidade da narrativa oferecer um sentido à vida, tornando seu sofrimento suportável, porque inserido no contexto do humano. O fazer sentido é um processo perpassado por certo grau de sofrimento, mas que pode ser modulado, como Figueiredo (2009) afirma:

Como os processos e atividades criativas de *fazer sentido* implicam sofrimento, elas só podem transcorrer em condições que modulam e atenuam este sofrimento e isso ocorre, necessariamente, no plano da cultura. Caso contrário, o sofrimento, tornando-se intolerável, vai produzir estados de terror e pavor diante dos quais poderosos mecanismos de defesa serão acionados. É preciso, por isso, darmos atenção ao que permite a moderação do sofrimento, garantindo o fluxo transitivo nos processos de *fazer sentido*” (p. 118, grifos do autor).

Dessa forma, compreendemos as narrativas produzidas no plano da cultura, a partir de vivências humanas, como processo de elaboração psíquica que dá suporte à fragilidade humana frente ao intolerável, modulando o sofrimento pelo compartilhar de sentidos entre narrador e interlocutor.

Nesta perspectiva narrativa, falar do que emerge diante da morte iminente pode fornecer aos participantes desta pesquisa a oportunidade de desenvolver novos recursos para lidar com suas vivências emocionais, já que o “fazer sentido” passa pela experiência de inteligibilidade e de integração. Citando novamente Figueiredo (2009):

Fazer sentido implica estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos que ao longo de uma vida evocam e provocam o retorno às experiências da loucura e da turbulência emocional. Em outras palavras: fazer sentido equivale a construir para o sujeito uma *experiência integrada*, uma *experiência de integração*. Tais experiências não se constituem se não puderem ser primeiramente exercidas, ensinadas e facilitadas pelos *cuidados* de que somos alvos (p. 134, grifos do autor).

As narrativas, em suas diversas formas e configurações, tem sido muito utilizadas como ferramentas de pesquisa na área de humanidades, bem como na área da saúde, constituindo o campo da pesquisa narrativa (Riessmann, 2008). Costa & Gualda (2010) destacam o uso da narrativa como instrumento etnográfico de pesquisa em saúde. Nunes, Castellanos & Barros (2010) utilizam a narrativa com forma de acesso às vivências do processo de saúde-doença. Campos (2005) liga o uso das narrativas à pesquisa em saúde coletiva. Favoreto & Camargo Júnior (2011) a utilizam como ferramenta para o desenvolvimento da prática médica e sua competência clínica. Albuquerque,

Moreira, Tanji & Martins (2010), usam a narrativa como instrumento de pesquisa com outros profissionais de saúde.

Nesta pesquisa, a narrativa será utilizada em dois momentos. Em ambos, será tomada como registro do encontro ocorrido entre pesquisador e participante. Em um primeiro momento de diálogo, usaremos a narrativa interativa, para em um segundo momento, complementar ao primeiro, lançar mão das narrativas transferenciais, realizadas logo após o encontro pesquisador-participante. Cada um destes procedimentos será descrito mais detalhadamente nas seções que se seguem.

d. Narrativas Interativas como Procedimento

Nesta pesquisa, fizemos uso de uma narrativa interativa (Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011), procedimento que parte de uma história fictícia, criada pelo pesquisador a ser completada pelo participante, a qual em nosso caso versa sobre o drama cotidianamente vivido pelos profissionais de UTI frente à iminência da morte. Como recurso dialógico e lúdico, as narrativas interativas propiciam ao pesquisador a abordagem de temas variados de modo breve, profundo e não invasivo, respeitando a subjetividade, potencialidades e limitações dos participantes da pesquisa:

Numa investigação psicanalítica como a que propomos não poderíamos nos furtar ao desafio de criar um procedimento que fizesse jus ao potencial elaborativo do narrar e preservasse maximamente a característica dialógica do encontro humano. Assim chegamos às narrativas interativas, procedimento que privilegia a interlocução entre pesquisador e pesquisado na produção de um

conhecimento que se assente sobre a dramática humana (Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 160).

Além disso, a narrativa se configura como uma aproximação sensível ao drama concreto, vivido ou testemunhado pelos participantes, o que revela seu potencial heurístico enquanto facilitador da expressão de sentidos afetivo-emocionais, recorte pretendido pela Psicologia (Bleger, 1989). Se um tal proceder nos aproxima da narrativa literária, do modo como é proposto por Benjamin (1992), dela se diferencia, ao propor que a trama seja construída em conjunto com o leitor, o qual se torna também autor daquela história.

O procedimento das narrativas interativas consiste na criação pelo pesquisador de uma trama que se organiza em torno da temática que deseja estudar, sendo interrompida assim que o conflito é apresentado, cabendo ao participante da pesquisa dar continuidade à situação proposta pelo pesquisador de forma livre e espontânea, o que poderá fazer oralmente ou por escrito, individualmente ou em grupo.

Optamos pelo uso de uma narrativa interativa por sua afinidade com o brincar winnicottiano. Para Winnicott (1975) o brincar se configura como atividade humana natural e espontânea, onde podemos ser autênticos ao mesmo tempo em que dialogamos com a realidade compartilhada. Ao fazer uso de uma história, convidamos os participantes deste estudo a adentrar nesse mundo imaginativo, e a viver uma experiência afetiva por meio de seus personagens, de forma a nos aproximarmos de sentimentos e emoções desencadeados pela ameaça de morte, pela via da experiência lúdica.

Winnicott (1984) desenvolveu um enquadre diferenciado de trabalho clínico para o atendimento de crianças e suas mães em ambiente institucional - as consultas terapêuticas - cujo objetivo era acolher e facilitar a emergência de comunicações emocionais importantes, no curto espaço de tempo de que dispunha para emitir um diagnóstico psicológico. Neste contexto, fez uso do que costumava designar como o Jogo do Rabisco (Winnicott, 1994), um recurso lúdico que o ajudava a produzir, numa experiência de mutualidade brincante, uma compreensão sensível e profunda do sofrimento emocional que ali se expressava pelo conjunto de desenhos produzidos pela dupla, a partir dos rabiscos de um e de outro.

O uso de uma narrativa interativa nesta pesquisa inspira-se no projeto winnicottiano de restabelecer a autenticidade/criatividade no diálogo entre o eu e o outro, a partir de um “rabisco narrativo” proposto pelo pesquisador e completado pelo participante, objetivando a criação/descoberta dos sentidos afetivo-emocionais que permeiam as vivências e práticas profissionais daquela equipe de enfermagem.

e. Narrativas Interativas: Criação de um Recurso Dialógico

Em termos da elaboração da narrativa interativa para esta pesquisa, podemos destacar três fases. Numa primeira fase, três versões de narrativas interativas foram elaboradas pelo pesquisador, sendo apresentadas e discutidas com o grupo de pesquisa, em termos de sua aproximação e pertinência à temática a ser estudada. As narrativas 1 e 2 foram variações da mesma história, sendo a segunda uma versão mais elaborada que narrava um encontro de uma equipe de enfermagem de UTI fora de seu local de trabalho,

quando um dos membros da equipe sofre uma parada cardíaca. Já a narrativa 3 não fazia referência ao ambiente hospitalar, mas descrevia dois amigos em uma viagem à região da Patagônia, onde um deles corria o risco de ser levado pelos fortes ventos da região e vir a morrer, cujo objetivo era distanciar os participantes do ambiente de trabalho para que se colhesse narrativas mais espontâneas acerca da experiência da iminência da morte.

As narrativas 2 e 3 foram apresentadas à Banca de Qualificação, que nos sugeriu manter a narrativa 2, por acreditar que era a mais pertinente à temática que buscávamos estudar. Colocamos abaixo a narrativa selecionada, para apreciação do leitor:

Naquele dia, tudo estava muito tranquilo e agradável. Se ainda estivessem na UTI, falar algo desse tipo seria um mau sinal.

– Não fale que está tudo bem ... se não a coisa com certeza vai piorar e chegar alguma emergência! – era a frase que todos estavam acostumados a dizer e a ouvir dia após dia, mas naquele dia a UTI estava longe de todos.

Aquela chácara, com piscina, churrasqueira, cervejas e muitas risadas tirava todo o peso dos aparelhos que apitavam constantemente no hospital. Apesar disso, era inevitável falar da UTI. Os casos, sempre interessantes, animavam as conversas da equipe. Comemoravam o aniversário de Joana, técnica de enfermagem, que trabalhava na UTI há muito tempo.

Joana voltou ao trabalho depois de um afastamento de quase um ano, após uma cirurgia cardíaca que quase lhe tirou a vida. Tinha visto a morte de perto e, segundo ela, não gostou do que viu, resolvendo voltar ao trabalho. Era lutadora e sempre driblava as situações difíceis com bom humor.

Naquele dia, Joana estava aproveitando a festa. Tomava uma gostosa caipirinha, apesar das recomendações médicas para que não bebesse nada com álcool. Também não tomava seus medicamentos há quase uma semana, mas nem sua filha, nem seu esposo haviam percebido. “Bom, se eu não senti nada”, pensou Joana, “é sinal que não preciso mais tomar remédios... esses médicos! Ficam enchendo a gente de remédios sem necessidade! Pra quê?” E bebia mais um gole.

Três horas depois, com todos mais soltos pelo poder do álcool, Joana se sentiu estranha. Tudo ao seu redor começou a rodar, sentiu uma queimação no peito, sensação que já conhecia. A mesma dor horrível do primeiro infarto, há quase dez anos. Soltou um grito, que arrepiou a todos, e caiu no chão, desfalecida.

Ricardo, médico intensivista recém formado e novo na equipe, correu para verificar os sinais vitais de Joana.

–Ela não está respirando, o coração parou! Alguém me ajude aqui com a massagem cardíaca, rápido!!

f. Narrativa Transferencial: Registro do Encontro Vivido

Como segunda fase do procedimento, após a execução da narrativa interativa, pesquisador e participante dialogam sobre as vivências e associações livres surgidas a partir daquela experiência. As entrevistas também foram realizadas individualmente, visando interferir o mínimo possível com a rotina da UTI. O registro deste segundo momento se deu por escrito, sob

a forma de narrativa transferencial (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron & Beaune, 2009).

A narrativa transferencial consiste no registro efetuado *a posteriori* pelo pesquisador sobre as suas vivências durante o encontro com os participantes. Expressa, portanto, o encontro sob a perspectiva do pesquisador enquanto participante e também produtor da experiência vivida pelo participante. Engloba as falas do pesquisador e do participante, bem como a repercussão emocional e associações livres que perpassaram o pesquisador durante aquele encontro. Tais narrativas transferenciais foram consideradas, juntamente com as narrativas interativas, na busca dos sentidos gerados pelo encontro pesquisador-participante e seus movimentos transferenciais e contratransferenciais.

Cabe destacar que não buscamos uma objetividade, no sentido positivista do termo, ao utilizar tanto as narrativas interativas quanto as transferenciais. Nossa perspectiva teórica, ancorada numa perspectiva intersubjetiva, busca desvelar o processo imaginativo que fundamenta tanto as vivências e condutas de nossos participantes, quanto as nossas próprias.

Portanto, o uso de narrativas, sejam elas interativas ou transferenciais, se justifica do ponto de vista epistemológico, segundo o qual os achados da pesquisa são produzidos e interpretados no campo da intersubjetividade. De acordo com esta perspectiva, a preocupação com a neutralidade do pesquisador é substituída pelo reconhecimento de que a subjetividade do pesquisador não deve ser posta de lado, mas inserida como elemento norteador da própria pesquisa (Simões, 2012).

No paradigma científico positivista, o fato de diferentes pesquisadores tecerem as mesmas considerações acerca de um mesmo material clínico é um indício do alcance do rigor e fidedignidade em relação ao fenômeno, o que torna frequente a busca de 'acordo entre juízes'. Entretanto, dentro do paradigma científico intersubjetivo, que visa a abrir horizontes compreensivos, a multiplicidade de olhares é vista como caminho para o enriquecimento da investigação científica” (Tachibana, 2011, p. 44).

Desde essa perspectiva, levantamos sentidos produzidos imaginativamente sobre a morte e o morrer dando aos participantes a oportunidade de construírem as próprias narrativas, cuja interpretação se assentará no diálogo com o grupo de pesquisa, com os autores referenciados e com a experiência clínica do pesquisador.

g. Participantes e Local da Pesquisa

Participaram desta pesquisa 10 membros de uma equipe de enfermagem de UTI, definida operacionalmente como o grupo composto por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Independentemente de sexo, idade ou tempo de profissão, foram incluídos todos aqueles que se mostraram dispostos a participar desta pesquisa. Como sua participação foi voluntária, os participantes poderiam interromper a pesquisa em qualquer momento do processo, se assim o desejassem, caso não concordassem com a forma ou conteúdo da pesquisa; porém, isso não ocorreu.

Ficaram excluídos da pesquisa os demais profissionais que trabalhavam na UTI, entre eles os médicos, psicólogos, fisioterapeutas e auxiliares

administrativos, por não fazerem parte da equipe de enfermagem, foco deste trabalho.

Na UTI pesquisada são atendidos tanto pacientes de diversos convênios de saúde privada quanto pacientes que são internados através do Sistema Único de Saúde (SUS). Todos os profissionais da equipe de enfermagem são funcionários do hospital, não havendo qualquer terceirização deste trabalho.

Esta pesquisa foi realizada em uma sala reservada dentro da UTI, usualmente destinada para anotações burocráticas de enfermagem, medindo cerca de 3 metros quadrados e contendo uma mesa e duas cadeiras. Tivemos condições ambientais adequadas para a realização desta pesquisa, no que se refere à iluminação e ventilação. Quanto à privacidade, por ser uma sala dentro da própria UTI, por diversas vezes houve a interferência dos sons que provinham dos monitores cardíacos e das bombas de infusão ligados aos pacientes. Além disso, como o profissional de enfermagem estava em horário de trabalho, não havia como ele se desligar completamente de sua função, o que por vezes ocasionou a interrupção da entrevista, como veremos em duas delas, no capítulo referente ao registro das narrativas.

Desde o início da pesquisa, deixamos claro aos participantes que não estávamos interessados em investigar problemáticas individuais de qualquer participante, mas que buscávamos o imaginário coletivo de um grupo de profissionais de enfermagem em UTI, portanto, sua personalidade coletiva.

A duração deste procedimento ficou a critério do participante, que podia completar sua narrativa no tempo que julgasse necessário. As entrevistas que ocorreram logo em seguida à realização da narrativa interativa, também

tiveram sua duração determinada pelos participantes, de acordo com a vivência emocional e a disponibilidade para o diálogo de cada um.

As entrevistas foram realizadas de forma aberta, de forma que o participante pudesse falar à vontade sobre a construção de sua narrativa interativa e o que as narrativas suscitaram em si mesmos. Deste modo, pudemos obter associações livres sobre as narrativas e sobre a prática diária do trabalho da enfermagem em uma UTI adulto.

h. Criando/Encontrando Campos de Sentido Afetivo-Emocional

As narrativas obtidas no contato com os participantes da pesquisa, sejam elas interativas ou transferenciais, foram discutidas com o grupo de pesquisa do qual faço parte, em busca dos campos de sentido afetivo-emocional que perpassam as experiências da equipe de enfermagem em relação à iminência da morte. Entendemos os campos de sentido como determinantes ou organizadores das manifestações simbólicas de subjetividades individuais ou grupais, que se encontram intimamente ligadas às ações humanas sobre o ambiente (Tachibana, 2011).

Da mesma forma que o psicanalista em seu trabalho clínico, deixamos nos tocar pelas narrativas dos participantes desta pesquisa, trabalhando com o impacto emocional por elas causado: uma palavra, gesto, olhar, um silêncio, algo que nos despertasse a atenção interpretativa. Tal ressonância abrange desde as sutilezas entre o dito e o não-dito até o valor impactante de respostas intensas da parte dos participantes.

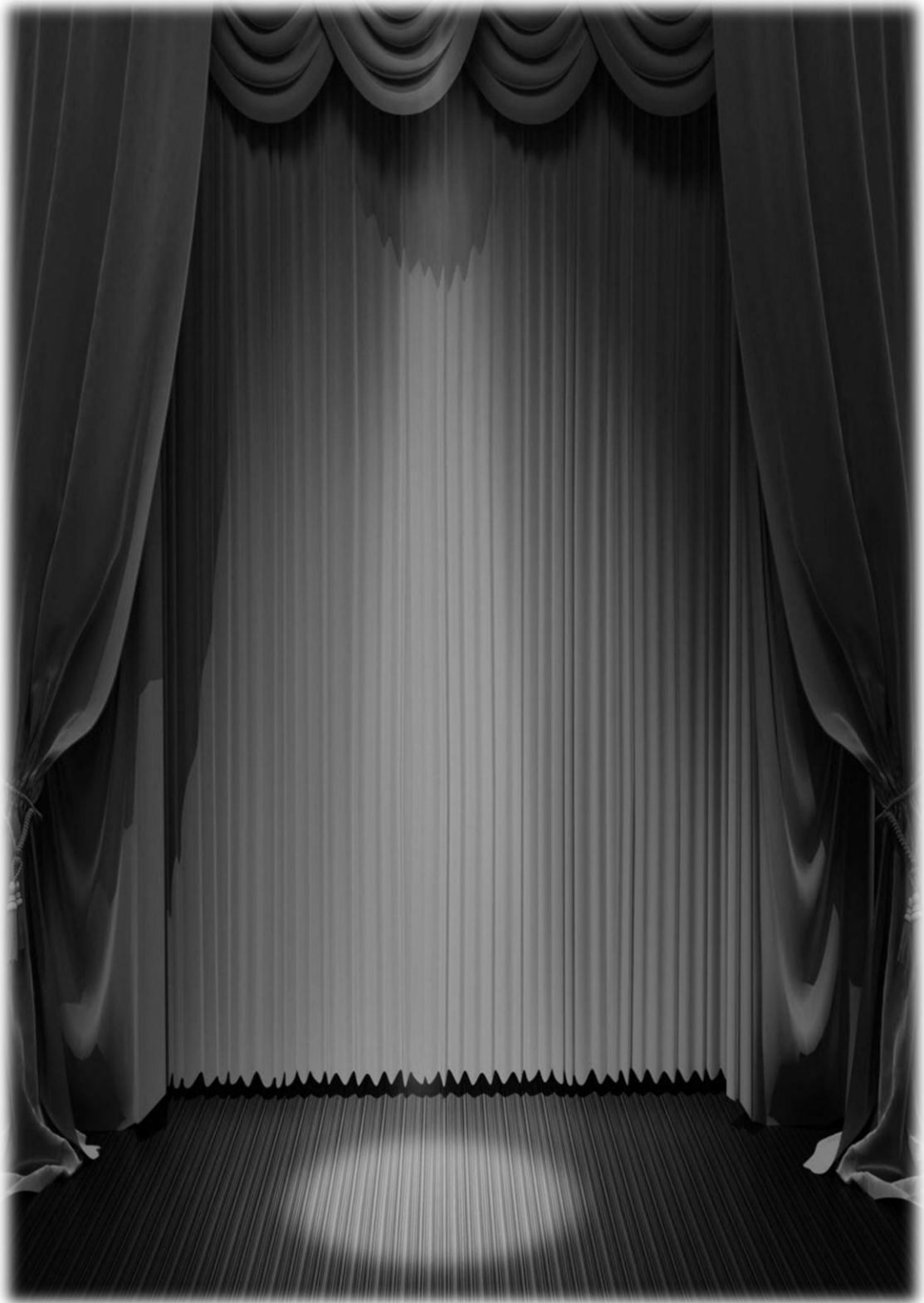
Vale lembrar que a perspectiva metodológica adotada inclui e reconhece a personalidade do pesquisador que, longe de obscurecer seu objeto de pesquisa, torna-se veículo de compreensão da experiência emocional do participante, ao fazer uso da contratransferência.

A partir da criação/encontro dos campos de sentido subjacentes às produções imaginativas dos participantes, atribuímo-lhes um nome, semelhante ao título de um filme, livro ou música, a fim de expressar, de maneira emblemática, o drama emocional comunicado pelas narrativas.

i. Considerações Éticas

Este projeto de pesquisa levou em consideração as diretrizes e normas regulamentadas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito às pesquisas realizadas com seres humanos. Os participantes receberam um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) para serem informados, de forma clara e precisa sobre os objetivos e a justificativa do trabalho, garantindo o sigilo e anonimato das informações e da identidade dos mesmos.

O pesquisador, seguiu todas as orientações veiculada na Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, avaliando constantemente a situação em que os participantes se encontravam, com o objetivo de protegê-los, estando atento a todo e qualquer imprevisto que pudesse vir a ocorrer. A realização desta pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas sob o parecer número 72201/2012.



QUARTO ATO:

REGISTRO DAS NARRATIVAS

Apresentamos o material gerado nos encontros com os participantes, registrado sob a forma de narrativas interativas e de narrativas transferenciais, para que o leitor possa ir adentrando nas produções imaginativas da equipe de enfermagem, tendo subsídios para seguir nossa linha de trabalho e compreender os passos utilizados na composição desta pesquisa.

PARTICIPANTE 1

Profissão: Técnico de Enfermagem

Sexo: M

Idade: 25 anos

Tempo de trabalho na UTI: 6 anos

Narrativa Interativa

Um de seus colegas rapidamente iniciou as manobras juntamente com o médico, os demais chamaram a ambulância pois Joana precisava de um hospital para ser atendida.

Após 15 minutos da chamada de emergência, chega a ambulância no qual levou Joana.

A festa teve seu fim todos para suas respectivas residências e acompanhando Joana o médico, a sua colega de trabalho e a sua chefe que se fazia presente no momento da festa.

No hospital Joana já quase estável terminaram as manobras de RCP (“recuperação cardiorespiratória”) no ambulatório e já anunciarão a UTI sobre uma vaga para a mesma.

Ao chegar na UTI; Joana teve novamente 2 PCR⁷ sem sucesso nas manobras de RCP; tentando a cada instante instabilizá-la porem nada conseguiram .

A tristeza bate a porta de todos os seus colegas e lhes trazem uma lição:

- O poder de Deus está a cima dos Homens, porem a inteligência dos Homens veio de Deus –

Narrativa Transferencial

M estava disponível para fazer a narrativa. Apesar disso, percebi que ele estava muito cansado, parecia preocupado. Enquanto escrevia a narrativa interativa, não falou absolutamente nada, estava concentrado. Depois ao terminar, pergunta o motivo de eu estar fazendo esta pesquisa. Retomo a explicação, dizendo que a pesquisa é sobre a vivência da enfermagem em situações extremas na UTI. Fala que para ele, “a morte não é uma situação extrema . É muito mais extrema a convivência dentro da equipe e com os pacientes e familiares”.

Para ele, a morte faz parte do ciclo da vida. “Nascemos, crescemos, nos tornamos adultos e morremos e não há nada que a gente possa fazer pra isso ser diferente. É o nosso destino ”.

Fala sem qualquer expressão de emoção, num tom monótono, mas não distante: “No meu ver, é mais importante, é mais extrema a convivência dentro da UTI. Aqui tem muita gente que tem uma autoconfiança grande demais. Falam assim: no meu plantão ninguém morre, como se pudessem controlar a morte. Isso não existe. Quando é hora de partir, ninguém consegue evitar, a gente está predestinado. Pode o médico fazer o que quiser, todos os procedimentos, que não vai resolver.”

Na história a Joana estava mal porque não fez a parte dela, não se cuidou. Aqui a gente vê muito disso, pessoas que se acham deuses e que

⁷ Parada cardíaco-respiratória.

podem tudo. Eu não vejo assim. Acho que a gente vai até um certo ponto só, dali não passa .

Pergunto se ele fica mal quando morre algum paciente que ele estava cuidando. “Não, eu não fico. Só se for um paciente que estava evoluindo pra alta, melhorando e morre de repente. Aí eu fico triste, chateado, porque a expectativa era que ele saísse bem. Mas se ele estava bem mal, eu já vou me preparando pra hora que ele morrer.”

“A morte pra mim não é um problema. Talvez eu fale isso agora e no futuro seja diferente. Sabe, eu nunca perdi alguém próximo de mim, então pode ser que eu esteja falando uma besteira muito grande (nesta hora, percebo que fica apreensivo, parece estar sentindo medo...mas não sinto espaço para tocar neste assunto). Mas é mais difícil pra mim lidar com os vivo que com os mortos.”

“A gente não é preparado pra cuidar da cabeça dos pacientes . Faz uma falta muito grande ter alguém aqui que ajude a pensar como lidar com os pacientes mais difíceis, com a família que perde alguém. E também que possa ajudar a gente a resolver problemas dentro da equipe, porque é muito difícil você conviver 12 horas direto com alguém sem ter problemas de relacionamento.”

PARTICIPANTE 2

Profissão: enfermeira

Sexo: F

Idade: 32 anos

Tempo de trabalho na UTI: 4 anos

Narrativa Interativa

...eu junto do médico iniciaria as manobras de reanimação e providenciaria o mais breve possível o transporte até uma unidade de Pronto Socorro/Emergência.

Não interferiria em mais nada, a não ser somente o histórico breve da paciente. No caso da colega que eu passaria aos atendentes se solicitado fosse .

Narrativa transferencial

M. pede desculpas pela história, dizendo que pouco ou nada mais tem a acrescentar sobre o que escreveu, e fica me olhando com jeito de quem quer acabar logo a conversa. Pergunto a ela sobre como é enfrentar situações de morte todos os dias na UTI. Diz que é bem tranquilo, que já está acostumada até demais com isso, não sentindo qualquer dificuldade em lidar com o morto. Sua dificuldade às vezes é com a família, que fica “dando trabalho” e atrapalhando a rotina da enfermagem.

Mostra-se bem defendida e diz que achava que a minha pesquisa seria mais válida se fosse realizada no pronto socorro. “Lá sim, as coisas não tem rotina nenhuma, tudo é imprevisível. Aqui, a gente já sabe que, mais hora menos hora, a morte vai chegar pra uma parte das pessoas, isso é um fato. No pronto socorro tudo é diferente”.

Passa a falar de turnos que trabalhou no pronto socorro, sempre com uma “frieza” para poder trabalhar bem. Mas diz que, depois no nascimento de sua filha, hoje com dois anos, passou mal num plantão, onde teve o que chamou “apagão”: “Eu estava de plantão e chegou uma mãe com a filha no colo. A menina devia ter um ano e pouco e estava enrolada numa toalha, toda ensanguentada. Quando eu abri a toalha, sem querer gritei pra mãe: o que a senhora fez com essa criança!? E saí correndo, com a criança no colo, atrás do médico. Ela estava com a nádega toda rasgada, lacerada, tinha se cortado num caco grande de vidro e estava com a nádega literalmente pendurada. Quando eu entreguei a criança no colo do médico, tive um apagão...não me lembro de mais nada, só das pessoas batendo no meu rosto pra eu acordar e tirando sarro porque eu tinha desmaiado. Depois disso,

nunca mais quis fazer plantão no PS⁸, pois não ia aguentar ter que cuidar de outra criança...ia me fazer lembrar da minha pequena” .

Nesta hora se emociona por alguns instantes, e logo em seguida diz: “mas isso não tem nada a ver com morte nem com a sua pesquisa. É uma dificuldade que eu enfrentei”. Digo que deve ter sido bem difícil pra ela aquela situação, pois também tenho filhos e o que nenhum pai ou mãe quer ver seu filho machucado. Mais acessível, ela responde que sim, que acha que seu lugar é mesmo na UTI, porque o risco de chegar algum parente ali é bem menor, já que sua família é toda de fora da cidade, de uma região distante .

Como percebo que ela já está preocupada com os barulhos dos monitores cardíacos da UTI, pergunto se quer falar mais alguma coisa e agradeço sua colaboração.

PARTICIPANTE 3

Profissão: técnica em enfermagem

Sexo: F

Idade: 21 anos

Tempo de trabalho na UTI: 2 anos e 10 meses

Narrativa Interativa

Naquele exato momento todo clima de festa desapareceu do local, afinal de contas Joana era uma pessoa na qual tínhamos uma convivência, dividíamos longos plantões, compartilhávamos sensações de alegria, tristezas, particularidades tanto dentro como fora do local de trabalho. É como todos profissionais da saúde, trabalhando em um setor onde intercorrências daquele tipo era comum, todos começaram a se organizar para prestar socorros a Joana. Enquanto duas pessoas tentasse manter os sinais vitais de Joana, outras pessoas ligavam para a equipe de resgate para Joana ter o devido atendimento.

⁸ Pronto socorro

Mesmo que algo rotineiro de cada um ali, a emoção tomou conta de todos e a dificuldade para viabilizar os procedimentos tornou-se visível, onde um acabava apressando e culpando o outro por deixar Joana chegar em tal estado. Lagrimas tomou conta da grande parte dos convidados, a chegada do resgate parecia demorar anos e a vida de Joana todas nas mãos de suas colegas. A necessidade de salvar Joana era precisa para aquela equipe, ou seja, como tantas vidas foram salvas a de uma amiga seria ainda mais precisa.

Após minutos que pareciam anos o resgate chegou, logo pegaram Joana continuaram os cuidados e levaram para uma unidade hospitalar, foi aí que Joana foi internada em uma unidade onde antes prestava cuidados hoje era o local onde Joana continuava a lutar para viver.

Pensando em Joana a todo tempo acabamos esquecendo de comunicar sua família, porém após estar já internada e sobre cuidados, tomamos por decisão avisar seu esposo e filhas afinal a família toda quem comandava era Joana; Joana era a base de todos dentro de sua casa .

Após ser avisado imediatamente seu marido e filhas compareceram ao hospital e dali em diante tomaram a frente de todos boletins médico e processo de internação. Não sabíamos quanto tempo duraria essa angústia toda de ver Joana naquela situação mais todos cuidados, amparo, ajuda, carinho que sua família e Joana necessitasse estavam todos dispostos a fazer e ajudar.

Narrativa transferencial

C. me conta que a história mexeu muito com ela. “Não me considero uma pessoa fria, mas acho que aqui na UTI muita gente acaba ficando insensível a todo que acontece. Eu não. Quando morre alguém eu fico mal, mesmo já estando aqui há um bom tempo. Quando eu estou cuidando de um corpo, logo depois da morte, não fico fazendo piadas ou falando alto...faço tudo em silêncio em respeito a pessoa que esta ali . Acho que não ia gostar

que ficassem fazendo piadas quando estivessem cuidando de meu corpo. Eu fico mal por uns dois dias, mas depois eu volto ao normal.

“Em casa, minha mãe fica sempre me dizendo: o que foi filha? E eu respondo que não foi nada, porque acho que eles não vão conseguir entender porque eu estou sofrendo. A morte é uma coisa que a gente não acostuma, ela sempre chega de repente mesmo que a gente não queira.”

“Na história que eu escrevi, a Joana não morreu, mas pode morrer...vai depender dela e dos cuidados que ela tiver com ela mesma e de se já chegou a hora dela ou não. Mas eu acho que a gente tem que investir sempre. Tem médico que diz: não vamos investir mais, essa pessoa não vai resistir. Mas quem é ele pra saber disso? Ele é só um médico...acho que a gente tem que investir o máximo, tudo que está ao alcance...o resto não depende de nós.”

PARTICIPANTE 4

Profissão: auxiliar de enfermagem

Sexo: F

Idade: 32 anos

Tempo de trabalho na UTI: 2 meses

Narrativa Interativa

A festa parou imediatamente para ver o que estava acontecendo; nessa altura da festa eu que já estava bem alterada; fui ver o que estava acontecendo. Enquanto o médico dava os primeiros socorros; outra pessoa da festa começou a fazer massagem cardíaca; enquanto outra ventilava; passei a mão no telefone e chamei a ambulância; e iam nos reveesando na massagem e ventilação até o socorro chegar; com a chegada da ambulância ainda no chão começou a ser medicada; voltando ao nível de consciência; Joana foi levada para o hospital mais perto onde foi encaminhada para UTI; até o momento em que fomos informados o estado é grave; mais está sendo bem assistida; todos agora queríamos saber o que ia acontecer ; com Joana; familiares todo muito não estava entendendo direito o que aconteceu; mas ela

estava em boas mãos foi socorrida à tempo o plantonista do hospital era um bom médico ; Joana ficou internada por uns dias; mas hoje Joana está bem; preste a ter alta da UTI. Joana vê o que aconteceu com ela como uma lição que não devemos parar ou interromper um tratamento por conta própria e jamais tomar medicação com bebida alcoólica; ainda bem que deu tudo certo para Joana mas o pior poderia ter acontecido.

Narrativa Transferencial

“Bom, o que eu quis dizer é que ela teve muita sorte, ela conseguiu se salvar. Eu podia ter matado a Joana (risos), mas achei que era melhor deixar ela viva. Mas se ela não se cuidar, ela pode morrer sim, mesmo tendo passado por esse susto antes.”

“Eu estou na UTI há dois meses”. Pergunto se ela está gostando do trabalho. “Não estou não. Sabe, eu trabalhava na clínica médica e cirúrgica, mas é bem diferente daqui. Lá quase não morre paciente nenhum. Aqui morre todos os dias . Isso pra mim é muito difícil. A gente tem mais recursos aqui, mas nem sempre ter recursos é o suficiente.”

“A gente da enfermagem fica muito na mão do médico que está de plantão. Se o médico decide investir no paciente, tudo bem...se não, a gente fica sem poder fazer nada”. Conta caso de médico que decidiu não investir num paciente jovem para poder continuar a dormir. “Já é difícil lidar com a morte, se o médico não ajuda, fazendo a parte dele, fica pior ainda. Eu tenho vontade de sair daqui, voltar para o setor externo. Mas por outro lado, aqui eu me sinto mais útil que lá fora, com mais recursos.”

“Quando a gente vai ser internado, tem que rezar pra pegar um bom médico e uma boa equipe..às vezes você interna por uma porcaria e acaba saindo do hospital morto”. Conta a história de uma gestante que foi fazer uma cesárea e acabou morrendo, porque o médico suturou a musculatura com a parede do intestino. “Ela tinha uma vida inteira pela frente...e agora? Quem vai cuidar do filho dela? Isso me deixa muito mal.”

Pede desculpas por estar falando todas estas coisas. Digo que a pesquisa é para isso mesmo, para poder ouvir o que eles tem a dizer e ajudá-los a digerir estas coisas. O clima fica mais ameno e ela agradece por poder falar disso tudo. Fico de trazer uma devolutiva após a pesquisa. Como a percebi mais fragilizada durante a entrevista, coloco-me à disposição caso queira falar comigo em um outro momento.

PARTICIPANTE 5

Profissão: Enfermeira

Sexo: F

Idade: 30 anos

Tempo de trabalho na UTI: 7 anos e 5 meses

Narrativa Interativa

As enfermeiras e técnicas que estavam mais perto da cena, vendo o corredor se aproximaram e começaram a auxiliar o médico na parada cardíaca. Enquanto uma realizava as compressões torácicas, a outra passava o ocorrido para o SAMU.

Já se foram 15 min de parada, quando felizmente se escuta a sirene do SAMU, nisso já descem os médicos e enfermeiros socorristas para prestar os primeiros atendimentos, enquanto isso outra enfermeira conversava com a família tentando acalmá-los diante de tanto desespero. Todos estavam muito chocados.

Em seguida, encaminharam Joana para o serviço de emergência, ainda chocada. Pulso fraco, entubada sendo ventilada por ambú⁹, ao dar entrada no PS, foi colocada no ventilador e iniciado todas as medicações necessárias para manutenção de sua vida.

⁹ Reanimador ventilatório manual ou Ambú – equipamento destinado a estabelecer ventilação artificial manual. Composto de bolsa, válvula e máscara, garantindo assim eficiente insuflação de ar e maior concentração de oxigênio para a vítima. Equipamento disponível nos tamanhos adulto e infantil. Retirado de <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAf5QAE/primeiros-socorros>.

Após 30 min que estava já no PS, Joana não resistiu e acabou falecendo. Neste instante já estavam todos lá fora – (os que estavam na festa) angustiados ... mas quem havia prestado o primeiro socorro na chácara no fundo já sabia que ela não iria resistir , mesmo assim a hora que o médico chamou a família para dar a notícia, (todos) alguns já começaram a chorar e tentar consolar os que estavam mais abatidos; um dia que estava alegre infelizmente acabou em tristeza para todos.

Narrativa Transferencial

Esta enfermeira já me conhecia de quando trabalhei na UTI. “Olha Cleber, esta história me deixou impactada. Não sei se você sabia, mas meu pai faleceu faz dois meses e fui eu que acabei encontrando ele caído no banheiro. Parecido com essa história que você trouxe, mas com a diferença que foi dentro da casa dele.”

“Eu cheguei pra tomar café da manhã, como eu faço às vezes...e minha mãe me recebeu na porta... perguntei do meu pai e fui procurar ele...ele tava caído pelado dentro do banheiro, sem respirar. Sai correndo e pedi pra minha mãe ligar no SAMU¹⁰ e fui fazendo a massagem e a respiração, mas no fundo eu já sabia que ele estava morto e não ia voltar...que aquilo era fatal...mas sempre tem uma pontinha de esperança de que aquilo não vai acontecer . Eu ainda estou tentando lidar com isso, porque eu fiz tudo que estava ao meu alcance, mas ele faz muita falta.”

“Por exemplo, na história que você trouxe, todo mundo foi pego de surpresa. Aqui na UTI, já ficamos esperando que a surpresa aconteça...a surpresa é normal! A morte acaba sendo normal também, menos quando é de alguém conhecido ou que ficou com a gente por um bom tempo. Aí fica bem difícil. Dá gosto a gente ver quando alguém sai bem daqui, mas se alguém sai morto, eu não fico mal, porque sei que dei o melhor de mim mesma pra aquela pessoa.”

¹⁰ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

“Acho que a UTI vai deixando a gente mais maduro e às vezes mais frio. Não sei se isso é bom ou não, mas comigo foi assim nesses anos todos.”

Senti muita compaixão por esta enfermeira, que estava sofrendo, mas estava com uma aceitação da morte do pai. Ela não estava angustiada ao falar de seu sofrimento, nem seus mecanismos de defesa estavam rígidos, mas havia boa expressão emocional diante de suas perdas. Por isso, não vi necessidade de oferecer a ela outra entrevista.

PARTICIPANTE 6

Profissão: Técnica em Enfermagem

Sexo: F

Idade: 38 anos Tempo de trabalho na UTI: 3 anos - 3 meses (voltou à UTI)

Narrativa Interativa

Todos que estavam ali se divertindo ficaram parados diante daquela cena horrível e imediatamente começamos a massagear enquanto outros ligava para o hospital e logo um seguida levamos Joana para dentro do carro e saímos em disparada para o hospital ao chegar alguns funcionários e medico já nos aguardava na porta da emergência com (...) e mais do que rapido encaminhamos para sala de urgencia e lá começamos uma luta incansavel onde entrou com medicamentos,tubo, PA, etc etc depois de alguns minutos + ou – (50 min).

Conseguimos converter o quadro e logo foi encaminhada para a UTI já estabilizados mas porém ai começou o nosso drama pois não sabia se ela ia conseguir sair dessa ou não olhávamos para a família e todos aflitos e chorando e nós falando que tudo ia dar certo . Após alguns dias ela foi dando os primeiros sinais e aos poucos foi melhorando e nos viamos a alegria da familia e principalmente da filha. Após mais alguns dias ela melhorou e foi de alta pro quarto e acho que dessa vez aprendeu a lição e ver a vida de uma outra maneira.

Narrativa Transferencial

A participante demonstra que gostou da história, de poder falar destas coisas. “A gente não fala disso com muita gente”. Percebeu-se narrando a história com naturalidade, porque não se tratava de ninguém muito próximo, mas de uma colega de trabalho. “Eu não perdi nenhum familiar ainda, não sei como vai ser quando eu acabar perdendo alguém.”

“A gente aprende a encarar a morte como uma parte da vida. Quando chega a hora da pessoa, não tem muito o que fazer, apenas aceitar que a morte chegou. A nossa profissão é isso, e deixa a gente frio, distante dos outros. Fica normal escutar as pessoas gemendo e sofrendo, no meio dos barulhos daqui. Mas eu não sei como seria se eu perdesse alguém da família, nem gosto de pensar nisso. Eu queria conseguir me emocionar quando um paciente morre, mas eu não consigo. A gente faz tudo que pode, mas mesmo assim é limitado.”

Opto por interromper a entrevista, pois a funcionária estava preocupada com um paciente com monitores cardíacos “apitando fora do normal”.

PARTICIPANTE 7

Profissão: Técnica em Enfermagem

Sexo: F

Idade: 26 anos

Tempo de trabalho na UTI: 1 ano

Narrativa Interativa

Todos ao seu redor ficaram chocados com aquela situação, imediatamente chamaram uma ambulância e a levaram; todos chorando desesperados, ao chegar ao hospital Joana foi atendida, e encaminhada para UTI ainda com vida, muito descompensada; entubada com drogas entre a vida e a morte. Pouco mais tarde, Joana apresentou sinais de taquicardia, queda saturação e evoluindo para mais uma parada cardio respiratório todos os seus amigos que estavam no plantão ficaram naquele momento

paralisados, e chamaram o médico e começaram os cuidados, seus amigos chorando, mas dando os cuidados necessários. Mas Joana não reagiu a nada e foi a óbito; foi um choque naquele dia, ver sua amiga morrendo na sua mão.

Narrativa Transferencial

J fala que achou a história interessante e bem real. “Só quem já perdeu alguém da família sabe o que é ficar desesperada. Perdi o meu pai há 12 anos e ainda hoje sinto muita falta dele . Quando interna alguém aqui parecido com ele, eu tenho dificuldade em cuidar; prefiro trocar com outro colega.

A morte aqui é uma coisa bem complicada pra mim. Quando alguém morre, eu fico com medo por vários dias. Não é medo da pessoa que morreu acabar voltando..é medo das pessoas que eu amo acabarem morrendo também. Acho que eu ia sofrer muito de novo. Tem gente que consegue ser bem frio, eu não. Fico chateada quando a gente perde alguém, mais ainda se for jovem. Eu não servia pra trabalhar na UTI Neo (natal)..lá é ver bebês morrendo...credo!”

PARTICIPANTE 8

Profissão: Técnica em Enfermagem

Sexo: F

Idade: 31 anos

Tempo de trabalho na UTI: 03 meses

Narrativa Interativa

Apesar de todos terem investido e o médico intensivista, recém-formado ter treinado os primeiros socorros, infelizmente, não houve reversão em seu infarto, indo a óbito, antes mesmo que a ambulância chegasse para a levar a uma unidade de pronto atendimento.

Narrativa Transferencial

A estava bastante fria e distante, não parecia estar satisfeita com a conversa. Pergunto se ela queria falar alguma coisa a mais do que tinha escrito. Disse que não, que essas situações de morte eram uma coisa que eles da enfermagem precisariam aprender a lidar de qualquer jeito. “Lidar com a morte é nosso dia a dia.” Para ela tal tarefa ainda era difícil, mas imaginava que com o tempo ela iria se acostumar a ver pessoas morrendo, “pois a vida é assim, não dá pra evitar”. Pouca expressão emocional, parecia estar fugindo das emoções ao falar destas coisas. Opto por encerrar a entrevista e agradeço sua colaboração.

PARTICIPANTE 9

Profissão: Técnica em Enfermagem

Sexo: F

Idade: 28 anos

Tempo de trabalho na UTI: 06 meses

Narrativa Interativa

Então alguns de seus amigos se organizaram e vieram ajudar a prestar os primeiros socorros, enquanto todos, aflitos esperavam a chegada da ambulância.

Logo depois o resgate chegou e foi aquela correria para o hospital mais próximo, ao chegar lá foi realizado o procedimento de rotina, ela foi entubada e subiu para qual setor? Ah UTI, seu local de trabalho, e quando foi admitida foi um susto porque todos a conheciam, e fica difícil cuidar de alguém que você conhece e ainda mais um companheiro seu de trabalho.

Dias se passaram e Joana permanece ali em cima de um leito, sedada, entubada, sendo cuidada ao invés de cuidar, e o inesperado acontece alguns dias depois ela foi a obito, no plantão que ela trabalhava mesmo, daí foi

aquela tristeza porque além de paciente ela era amiga de todos. Esse foi o final de Joana.

Narrativa Transferencial:

Após a narrativa interativa, a participante precisou interromper a entrevista, pois estavam com uma emergência na UTI. Fiquei imerso em meus pensamentos e sentimentos, sentindo muita tristeza frente ao destino de Joana: seus amigos não puderam salvá-la, apenas cuidar dela por curto período de tempo. Fiquei me questionando se esta impotência não seria um dos sentimentos da equipe frente a situações tão graves, tanto do ponto de vista físico quanto emocional.

PARTICIPANTE 10

Profissão: Técnica em Enfermagem

Sexo: F

Idade: 26 anos

Tempo de trabalho na UTI: 05 anos

Narrativa Interativa

Então uma parte da equipe começou a massagear Joana, só que ali naquela chácara não tinha medicamentos, mas tinha todos profissionais preparados para a dada situação.

Depois de algum tempo de massagem cardíaca Joana começou a apresentar batimentos cardíacos e em seguida abertura ocular¹¹.

Todos ficaram assustados com essa evolução dela e todos começaram a chorar.

¹¹ Abertura ocular é o termo técnico usado em medicina e enfermagem para descrever que o paciente está abrindo os olhos.

Em seguida Joana se levantou e perguntou a todos o que tinha acontecido com ela, e todos explicaram que ela começou a beber e em seguida desmaiou, mas ela não acreditou nisso e disse que era impossível de acontecer.

E começou a beber de novo dando muitas risadas e dessa vez pior, ela estava bebendo muito e outra vez Joana caiu desfalecida e Ricardo outra vez corre para verificar os sinais vitais de Joana, mas desta vez eles não conseguiram fazer com que Joana ressuscitasse e depois de muito tempo conseguiram, voltaram os batimentos cardíacos e ela abriu os olhos e perguntou de novo o que tinha acontecido e eles explicaram.

Joana começava a imaginar coisas trocando o nome de todos, estava muito agressiva e todos não entendiam o que estava acontecendo com ela e Ricardo começou a dizer só pode ter faltado oxigênio no cérebro dela e ela está rebelde deste jeito.

Em seguida Joana entrou no quarto e pegou uma arma e começou a atirar em tudo e todos na chácara e a única pessoa que ela não atirou foi em Ricardo e ela gritava você é o único que tem que ficar vivo pois você tem uma missão ainda...

Em seguida ela atirou nela mesma e Ricardo deu um grito “Não pelo amor de Deus não”...

E Ricardo o único sobrevivente da história hoje está afastado por depressão...

Narrativa Transferencial:

Novamente houve uma emergência no setor e esta participante também precisou sair. Esta narrativa me impactou com a loucura e o alcoolismo que surgiram, coisa que até então não havia aparecido em nenhuma história. Uma história trágica, com morte em massa. O único sobrevivente carregando um mal estar a ponto de não mais trabalhar. Qual teria sido a associação que a participante fez entre morte, vício e loucura??



“MORTE E VIDA”, GUSTAV KLIMT, 1915.

QUINTO ATO:

CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL

Passo agora a descrever os campos de sentido afetivo emocional encontrados/criados a partir da interlocução entre o pesquisador e seu grupo de pesquisa. Estes campos dizem respeito ao diálogo estabelecido com as produções do grupo estudado, o que não significa que sentidos diferentes não possam ser articulados por outros grupos que exerçam as mesmas funções, ou mesmo neste grupo, em um outro momento de seu cotidiano, de seu percurso profissional, ou das contingências sócio-históricas.

Destaca-se como campo principal que regula as manifestações imaginativas da equipe de enfermagem, tomada em consideração neste estudo, o campo que alude à “Inevitabilidade da Morte”. Dentro deste campo maior, foi possível identificar três subcampos, nomeados como os campos da “Impotência”, da “Indiferença” e da “Ausência Assimilada”. Os três subcampos encontram-se intimamente imbricados sob a égide do campo mais abrangente da Inevitabilidade da Morte, que aos três permeia.

Cada subcampo traz peculiaridades que os distinguem e se referem a elaborações imaginativas pessoais dentro desta equipe. Entretanto, cada subcampo é atravessado pelas crenças, sentimentos e modos de atuação dos demais, revelando o movimento dialógico de constituição de um imaginário que é ao mesmo tempo pessoal e coletivo.

INEVITABILIDADE DA MORTE

A partir das narrativas interativas e das narrativas transferenciais pudemos colher produções imaginativas ligadas à morte como evento inexorável, ainda que possamos adiá-la e que o atendimento seja prestado por uma equipe médica e de enfermagem competentes. Além disso, de nada adianta questionarmos a morte sobre suas atividades na arte de ceifar vidas, pois, como aponta Saramago (2005, p. 125), “a morte nunca responde. E não é porque não queira, é só porque não sabe o que há de dizer diante da maior dor humana”.

Apresento a seguir, sob a forma de vinhetas construídas a partir das falas dos próprios participantes, algumas das elaborações imaginativas desta equipe de enfermagem, relativas ao campo da inevitabilidade, aqui tomadas como expressão de um coletivo:

“É o nosso destino”.

“Quando é hora de partir, ninguém consegue evitar, a gente está predestinado. Pode o médico fazer o que quiser, todos os procedimentos, que não vai resolver”.

“A morte vai chegar pra uma parte das pessoas, isso é um fato”.

“Mas Joana não reagiu a nada e foi a óbito”.

Podemos perceber que as apreensões da realidade se estruturam em torno da inevitabilidade da morte. A morte vista como destino, fatalidade, ou como parte da vida, impõe-se como premência, urgência ou realidade contra a qual precisamos mobilizar todos os recursos de que dispomos, uma vez que o adversário se mostra forte e incansável. Porém, Alves (2002) nos alerta contra o enfoque ostensivo no instrumental de que nos servimos na luta contra a morte, haja vista que ela vai chegar a todos, mais hora, menos hora, momento em que um ouvido afinado pode ser muito valioso:

Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como a inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornamos na arte de viver. E, quando isso acontece, a Morte que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por detrás. Acho que, para recuperar um pouco da sabedoria de viver, seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da Morte. Mas, para isso, seria preciso abrir espaço em nossas vidas para ouvir a sua voz. Seria preciso que voltássemos a ler os poetas... (Alves, 2002, p. 76).

A partir da escuta psicanalítica das narrativas produzidas no encontro com os participantes, pudemos observar três modos distintos de experimentar a inevitabilidade da morte: a impotência, a indiferença e a ausência assimilada.

Primeiro subcampo: Impotência

No campo da Inevitabilidade da Morte, uma verdadeira batalha é travada pela equipe de enfermagem sempre que a vida de um paciente se encontre ameaçada. Porém, mais cedo ou mais tarde, a equipe acaba se confrontando com a precariedade e finitude da vida humana, condição que os remete forçosamente à inexorabilidade da morte.

Quando a morte chega, apesar do empenho da equipe de saúde, aqueles que acreditavam que poderiam adiá-la uma vez mais podem experimentar sentimentos intensos de impotência, derrota e pesar, como se a morte os tivesse sobrepujado em todo aquele esforço conjunto (Sulzbacher et al 2009). Deste modo, a equipe ou parte de seus membros pode se sentir responsável por aquela perda, principalmente quando o paciente parecia ter um bom prognóstico.

“Aí eu fico triste, chateado, porque a expectativa era que ele saísse bem”.

“Quando morre alguém eu fico mal, mesmo já estando aqui a um bom tempo”.

Quando há uma maior proximidade física e emocional, parece haver uma exacerbação do sentimento de impotência e a vivência de derrota diante da morte. Quando os participantes se referem à personagem Joana, uma colega de trabalho, sentem que deveriam salvá-la a todo custo:

“A necessidade de salvar Joana era precisa para aquela equipe, ou seja, como tantas vidas foram salvas a de uma amiga seria ainda mais precisa”.

“Tentar salvar o doente e não conseguir, é ser derrotado”

Pesquisas que abordam as vivências emocionais de profissionais de saúde têm lançado luz sobre os sentimentos desencadeados na equipe de enfermagem. Pastor Montero et al. (2011) descrevem sentimentos de pesar, desamparo e frustração na equipe de saúde frente à morte de bebês. Gargiulo et al. (2007) referem-se ao sentimento de impotência em uma equipe de enfermagem oncológica. Aguiar et al (2006) também destacam os mesmos sentimentos em outra equipe de enfermagem encarregada de uma UTI Neonatal.

De acordo com Oliveira e Santos (2010), no momento do diagnóstico e da luta contra uma doença considerada grave, somos confrontados com a fragilidade da vida humana e, no caso de um diagnóstico de câncer, por exemplo, nem sempre conseguimos nos defender contra a dolorosa constatação de que somos mortais.

A necessidade de lutar incessantemente contra a morte alinha-se ao *paradigma do curar*, citado anteriormente na página 17, e condizente com a lógica de busca da imortalidade. A busca pela cura do doente, mais que cuidar de seu corpo e de suas necessidades, pode ser interpretada como uma tentativa de controle da situação, tornando-nos fortes o suficiente para o enfrentamento da morte, retirando-a, ainda que provisória e ilusoriamente, de nossas vidas. Como uma outra face da mesma moeda, esta busca pelo curar também se torna uma fonte de esperança a alimentar a equipe de enfermagem, dando-lhe forças para enfrentar um inimigo invencível.

Freud (1915), em seu texto intitulado “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, discorre sobre a nossa tendência a negar a morte, silenciando-a como modo de nos convencer de que não nos alcançará. Porém, ao nos defrontarmos com a morte de outro ser humano, principalmente de parentes ou pessoas próximas, a realidade da morte volta a nos assolar. A proximidade emocional com aquele que morre nos coloca na desconfortável posição de antever a nossa própria morte. Talvez por isso, como reflete Freud, além do que indicam as pesquisas citadas acima, a morte de bebês ou de jovens seja vivida como mais dolorosa e sofrida quando comparada à morte de idosos. Associamos os bebês e os jovens à vida, a um longo tempo de existência que teria sido bruscamente, ou injustamente, interrompido pela morte. Como assinala Berlinck (2011, p. 419), “Quando um filho morre durante a vida dos antepassados, o luto deixa de ser um afeto passageiro porque o futuro se interrompe”. E é nessa interrupção que a suposta ordem “natural” das coisas se inverte: os mais jovens também estão sujeitos à morte, como mostra de maneira intensa a ilustração inicial deste capítulo, de autoria de Klimt (1915).

Neste aspecto, podemos pensar que todo o aparato tecnológico existente na UTI, com o intuito de salvar vidas, parece ter uma dupla função: em termos concretos, tem a função de evitar a morte, mantendo o doente vivo e estabilizado dentro de padrões médicos considerados como “esperados” numa situação de gravidade, como é o caso do paciente de UTI; desde uma perspectiva emocional, este mesmo aparato forneceria a ilusão de que o domínio de técnicas e tecnologias pode deter o próprio rumo da vida em direção à morte.

Cabe aqui uma reflexão sobre o papel da técnica e da tecnologia no imaginário da cultura ocidental. Para tanto, vamos nos remeter, ainda que brevemente a fim de não nos distanciarmos demais de nosso objeto de estudo, à antiguidade grega e seu pensamento.

Para Aristóteles, a questão da técnica está intimamente ligada ao domínio sobre o mundo. Para ele, a *Physis*, conjunto natural de todas as coisas que existem, pode ser conhecida de duas formas: através da *epistême*, cuja missão é desvendar o substrato invisível da *Physis*; e através da *Téchne*, cujo papel é dominar a *Physis* e proporcionar-lhe mudanças práticas e possíveis, retirando a *Physis* da ordem do imutável (Drane & Pessini, 2005, p. 74). Portanto, através da *Téchne*, ou da chamada tecnologia, o homem alcança um certo domínio concreto da natureza, obtendo benefícios reais. Basta ver, como citado anteriormente, os avanços terapêuticos observados na UTI a partir da invenção dos respiradores artificiais, dos transplantes e do desenvolvimento da anestesiologia.

O domínio da técnica e da tecnologia possibilita um certo controle da morte, mas acena com a ilusão de controle total. Talvez seja esta uma ilusão necessária, que nos permite continuar a luta pela vida, apesar da precariedade humana, condição esta que muitas vezes sequer nos damos conta.

Nesta linha de pensamento, podemos conceber a tecnologia como objeto externo que é apresentado à equipe de enfermagem, que nele encontra o que busca: a manutenção da vida, que nada mais é do que a contraparte do desejo de evitar a morte. Esta experiência de ilusão, no sentido de encontrar o

que lá está para ser descoberto, pode trazer esperança à equipe, como assinalava Winnicott.

Porém, se esta experiência de ilusão não evoluir para o reconhecimento das próprias limitações, haverá uma tendência da equipe ao uso exacerbado de mecanismos de defesa contra essa conscientização, como a negação, a onipotência e a postura narcísica de superioridade frente à morte.

“Aqui tem muita gente que tem uma autoconfiança grande demais. Falam assim: no meu plantão ninguém morre, como se pudessem controlar a morte”.

“Aqui a gente vê muito disso, pessoas que se acham deuses e que podem tudo”.

Não seria este sentimento de onipotência apenas mais uma defesa contra a impotência? Afinal, nossos participantes oferecem o testemunho do quanto é difícil nos situarmos entre os extremos da onipotência e da impotência, sentindo-nos apenas potentes. Tais anseios de controle são ilustrados em muitas das narrativas pela descrição detalhada dos procedimentos técnicos empregados para salvar Joana, como se o rigor técnico garantisse a sobrevivência do enfermo, como uma espécie de vacina contra a morte, e o sucesso do profissional.

“Eu junto do médico iniciaria as manobras de reanimação e providenciaria o mais breve possível o transporte.”

“Em seguida, emcaminharam Joana para o serviço de emergência, ainda chocada. Pulso fraco, entubada sendo ventilada por ambú¹², ao dar entrada no

¹² Reanimador ventilatório manual ou Ambú: equipamento destinado a estabelecer ventilação artificial manual. Composto de bolsa, válvula e máscara, garantindo assim eficiente insuflação

PS, foi colocada no ventilador e iniciado todas as medicações necessárias para manutenção de sua vida”.

“Infelizmente, não houve reversão em seu infarto, indo a óbito, antes mesmo que a ambulância chegasse”.

Alguns participantes relataram em suas narrativas os procedimentos técnicos, a serem realizados para salvar o infartado, com grande minúcia. Outros participantes enfatizaram os diversos recursos e equipamentos disponíveis na UTI como um fator de maior segurança para seu trabalho diário.

“A gente tem mais recursos aqui.”

“aqui eu me sinto mais útil que lá fora, com mais recursos.”

Seja na suposta segurança física que a UTI oferece ao paciente ou na imaginada garantia de se seguir um protocolo de procedimentos previamente definidos, a ilusão de controle parece ser essencial à equipe de enfermagem, sobretudo nos momentos em que a vida dos pacientes está por um fio. Sem esta ilusão, possivelmente, a equipe de enfermagem seria capturada por emoções tão intensas que inviabilizariam sua atuação nas cotidianas situações-limite. Porém, esta ilusão de controle cai por terra quando a morte é iminente e somos confrontados com a fragilidade da vida.

Vida e morte. Quando pronunciamos estas palavras, tem-se a impressão de que um estado está distante do outro, mas estão sempre interligados como gêmeos siameses, um não existe sem que o outro exista. No entanto, *nos defendemos separando-os, tentando controlar o incontrolável*, buscando

de ar e maior concentração de oxigênio para a vítima. Equipamento disponível nos tamanhos adulto e infantil. Retirado de <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAaf5QAE/primeiros-socorros>.

apaziguar nosso sofrimento diante do desconhecido, do limite maior que nos remete à nossa humanidade (Fazolin, 2000, p. 86, grifos nossos).

Por outro lado, se esta ilusão for tomada como defesa contra a impotência, e, portanto, não como ferramenta de enfrentamento de angústias intensas, pode gerar na equipe de enfermagem uma negação mais acentuada da morte e um uso acirrado da técnica. Cassorla (2009, p. 68), ao refletir sobre o sofrimento e a morte na atualidade, assim descreve:

A negação do sofrimento e da morte se articula, também, com as características da sociedade atual, que preza o prazer imediato, a rapidez e o consumo e *se guia pelo superficial e técnico em detrimento do pensar e sentir em profundidade*. Com isso, é negada a complexidade do ser humano e sua humanidade. (grifos nossos)

Se no campo da impotência o uso adequado da técnica pode ser visto como garantia de evitação da morte, mantendo a ilusão de controle que a equipe de enfermagem teria sobre a morte, o distanciamento afetivo dos profissionais de saúde em relação ao drama vivido pelo paciente e sua família é outra defesa usualmente empregada. O pressuposto de que o afeto pode vir a comprometer a estabilidade do profissional fundamenta a falta de envolvimento emocional do profissional de saúde. Passamos, portanto, a refletir sobre o segundo subcampo encontrado – o subcampo da indiferença.

Segundo Subcampo: Indiferença

Encontramos neste subcampo vivências organizadas em torno da crença de que o bom profissional, ao lidar com situações de morte, tem de ser

o mais técnico possível, evitando todo e qualquer envolvimento emocional com o paciente ou com a sua família, o que o faria perder o foco de seu trabalho, ou seja, o cuidado físico do paciente grave.

Este aspecto fica muito claro em uma das narrativas transferenciais, na qual a enfermeira relata um desmaio por ela vivido, logo depois de ter entregue uma criança de dois anos ao médico do pronto socorro. Houve naquela narrativa uma identificação muito grande entre a criança socorrida e sua própria filha, na época com a mesma idade da pequena paciente. Segundo a lógica da indiferença, elementos profundos de identificação entre o paciente a ser tratado e figuras importantes da vida do profissional de saúde comprometeriam o bom andamento do atendimento emergencial. A identificação afetiva, aqui sentida como um “contágio psíquico” inadequado e indesejável, é evitada a fim de que os profissionais não se deixem paralisar pela intensa emoção que costuma acompanhar vivências-limite.

Em um ambiente como o da UTI onde a morte, segundo alguns participantes, “é uma rotina”, os afetos surgem à revelia do profissional, sempre que projeções e identificações inconscientes com o doente tenham lugar. Quanto maior a proximidade afetiva, seja ela resultado de laços de sangue, de amizade ou trabalho, há um maior risco de que as emoções surjam sem o controle que talvez fosse esperado pelos próprios profissionais. Algumas narrativas interativas sobre o atendimento de Joana expressam bem este aspecto do contato diferenciado com alguns dos pacientes:

“os seus amigos que estavam no plantão ficaram naquele momento paralisados...”

“a emoção tomou conta de todos e a dificuldade para viabilizar os procedimentos tornou-se visível, onde um acaba apressando e culpando o outro por deixar Joana chegar em tal estado”.

Daqui podemos depreender que diante do envolvimento afetivo, poderosos mecanismos de defesa são postos em ação, em busca de condições adequadas de trabalho e de sobrevivência psíquica em um ambiente de trabalho tão mobilizador. Apesar do pretendido isolamento afetivo, é extremamente desorganizador quando a morte se apresenta como a grande surpresa, contra a qual não há possibilidade de preparação:

“A morte é uma coisa que a gente não acostuma, ela sempre chega de repente mesmo que a gente não queira”.

“Aqui na UTI, já ficamos esperando que a surpresa (a morte) aconteça...a surpresa é normal”.

Quando a morte de um paciente é esperada pelo profissional, principalmente para os pacientes cuja internação é de longa permanência, os funcionários e familiares desligam-se progressivamente dele, em um processo de luto com o doente ainda vivo. Sudnow (1967) chama este processo de *morte social*, anterior à morte biológica, onde ocorre um desligamento afetivo progressivo do doente, até que ele “morra” ainda em vida.

“Mas se ele (o paciente) estava bem mal, eu já vou me preparando pra hora que ele vai morrer.”

A meu ver, esta é uma forma de evitar que a morte os surpreenda. Tornando-a rotineira e previsível, algo comum dentro do ambiente de UTI.

Digerível e controlável, o impacto emocional desencadeado pela morte é afastado ou minimizado.

Podemos perceber, portanto, que o subcampo da indiferença compartilha a negação da morte com o subcampo da impotência. Porém, suas expressões imaginativas, desveladas através das narrativas, organizam-se em torno da indiferença afetiva. Os profissionais de saúde não se sentem abalados pela iminência da morte, pois o componente afetivo das relações com seus pacientes acaba sendo recalçado, em prol da restrição do vínculo ao âmbito profissional. Laplanche e Pontalis (1992), explicam o mecanismo defensivo da intelectualização:

Processo pelo qual o sujeito procura dar uma formulação discursiva aos seus conflitos e às suas emoções *de modo a dominá-los*. (...) preponderância conferida ao pensamento abstrato sobre a emergência e o reconhecimento dos afetos e das fantasias. (p. 242, grifos nossos).

Zimerman (2004, p. 312) diferencia intelectualização de racionalização, dizendo que na intelectualização há uma tentativa de neutralizar ou retirar a emoção. Na racionalização, a emoção permanece, porém sua verdadeira origem é deslocada e as explicações para a emoção tendem a se tornar cada vez mais complexas e distantes do real motivo:

“A morte pra mim não é um problema. Talvez eu fale isso agora e no futuro seja diferente. Sabe, eu nunca perdi alguém próximo de mim, então pode ser que eu esteja falando uma besteira muito grande.”

“...isso não tem nada a ver com morte nem com a sua pesquisa. É uma dificuldade que eu enfrentei.”

Há aqui alguns aspectos importantes a serem destacados. Se a dimensão afetiva da relação com o doente é deixada de lado, na busca de um cuidado mais eficaz, para onde é deslocado este afeto? Ele acaba por ser deslocado para a técnica e para os cuidados físicos com o doente. Desse modo, não vemos tal deslocamento como expressão patológica da dificuldade da equipe lidar com seus afetos, mas como manobra psíquica protetora da sanidade mental da equipe. Caso a equipe não se protegesse dos afetos desencadeados pela iminência da morte, seria tomada por angústias intoleráveis, comprometendo a realização dos procedimentos necessários.

Becker (1973), ao comentar os estudos de Zilboorg sobre a percepção da morte em nosso funcionamento mental, afirma que caso o medo da morte permanecesse em nossos pensamentos não conseguiríamos funcionar de maneira normal. Apesar de estar sempre presente, este temor precisa ser reprimido e esquecido para que tenhamos um mínimo de conforto na vida.

E assim podemos compreender o que parece ser um estranhíssimo paradoxo: ao mesmo tempo que o temor da morte está sempre presente no funcionamento psicológico normal do nosso instinto de autopreservação, também é total o nosso *esquecimento* desse temor em nossa vida consciente (Becker, 1973, p. 37)

Por outro lado, na presença da intelectualização ou racionalização excessivas, a relação terapêutica torna-se automática, protocolar, dando ao paciente um cuidado parcial e desintegrado. Só é possível fornecer um cuidado integrado quando o cuidador também está emocionalmente integrado.

Entendo o cuidado integrado fornecido pelo cuidador a outra pessoa como um desdobramento da integração psicossomática, ou melhor, somatopsíquica, de Winnicott. Na experiência de ilusão, já citada anteriormente, o bebê ao criar/encontrar o objeto desejado, vivencia a ilusão de completude. Com o tempo, se não houver interrupções em sua continuidade de ser, desenvolve-se a capacidade de percepção de si mesmo e do outro, do dentro e do fora, do físico e do psíquico.

O cuidado integrado passa necessariamente por uma maior integração psicossomática dos cuidadores, onde os aspectos afetivos do cuidar, mesmo que em situações graves como as que ocorrem dentro de uma UTI, podem ter espaço para sua expressão e elaboração. Com esta possibilidade, passamos a abordar o terceiro subcampo, por nós intitulado *ausência assimilada*.

Terceiro Subcampo: Ausência assimilada

Neste subcampo encontramos elementos dos subcampos anteriores, mas numa configuração diferente. Observamos um sentimento de pesar pela morte dos doentes que estiveram aos cuidados da equipe de enfermagem, mas tal pesar não é acompanhado por sentimentos de impotência, de revolta ou de indiferença. Há sim uma tristeza, muitas vezes profunda, pela perda do paciente, intensificada pela expectativa de recuperação, mas que não precisa ser negada e pode ser vivenciada e, quem sabe, elaborada. Os funcionários não parecem invadidos por sentimentos de culpa ou remorso, pois têm consciência de que fizeram tudo que estava ao seu alcance para o bem estar dos pacientes. Pudemos perceber este subcampo nas sutilezas das narrativas

apresentadas, muitas das quais comunicavam primeiramente os outros subcampos.

“Quando chega a hora da pessoa, não tem muito o que fazer, apenas aceitar que a morte chegou”.

“A gente faz tudo que pode, mas mesmo assim é limitado”.

“Lidar com a morte é nosso dia a dia”.

A realidade da morte pode ser aceita e assimilada. Há espaço para a tristeza da equipe pela perda de pacientes sem prejudicar a capacidade de cuidar dos demais pacientes, nem de si mesmos. Podemos pensar que ao profissional se abra a oportunidade para a elaboração de lutos e ausências através do contato com aqueles que morrem. Inspiramo-nos na poesia intitulada *Ausência* de Carlos Drummond de Andrade para nomear este subcampo:

Por muito tempo achei que a ausência é falta
E lastimava, ignorante, a falta
Hoje não a lastimo.
Não há falta sem ausência.
A ausência é um estar em mim.
E sinto-a branca, tão pegada, aconchegada em meus braços,
Que rio e danço e invento exclamações alegres,
Porque a ausência, essa *ausência assimilada*
Ninguém a rouba mais de mim. (Grifos nossos)¹³

¹³ Poesia retirada do site <http://www.astormentas.com/drummond.htm>

Este subcampo traz em si uma dimensão diferenciada das vivências emocionais em relação à morte iminente. No campo da impotência, a vivência da morte era sentida com uma derrota, na qual a equipe de enfermagem se dobrava numa impotência extrema frente à perda do paciente, com reações de revolta, culpa e medo. No campo da indiferença, a vivência da morte é destituída de seu componente afetivo através das intelectualizações, sendo a angústia substituída por um primor técnico e tecnológico e pela realização dos procedimentos sob o controle de uma rotina precisa e previsível.

Já no campo da ausência assimilada, a morte pode ser vivenciada, apesar da técnica e da tecnologia, sem culpa ou impotência. A equipe acaba por se entristecer com a perda da batalha contra a morte, sem paralisar-se nos extremos da impotência ou da onipotência. Fizeram o que poderia ser feito, e isto lhes dá um alento frente à morte do paciente. Está presente a preocupação com o sofrimento do doente, com o seu “descanso”, o que muitas vezes é alcançado somente com a morte física. Esta postura parece ser muito semelhante a que observamos nos estudos sobre os cuidados paliativos, citados no início deste trabalho.

Neste contexto há uma postura de respeito pelo corpo morto, quase como uma antítese ao conceito de morte social de Sudnow (1967), já citado anteriormente. Enquanto na morte social há um desligamento dos cuidadores *antes* que o doente morra, aqui temos a crença de que o espírito do morto talvez ainda esteja ligado ao corpo, que segue sendo cuidado como se ainda estivesse vivo. Cito uma das narrativas transferenciais para ilustrar, destacando

nela um componente imaginativo ímpar, que propicia à participante se colocar empaticamente no lugar da pessoa morta:

“Quando alguém morre, eu fico mal, mesmo já estando aqui há um bom tempo. Quando eu estou cuidando de um corpo, logo depois da morte, não fico fazendo piadas ou falando alto...faço tudo em silêncio em respeito a pessoa que está ali. Acho que eu não ia gostar que ficassem fazendo piadas quando estivessem cuidando do meu corpo. Eu fico mal por uns dois dias, mas depois eu volto ao normal”.

Parece-me que, além de causar dor, a identificação com o morto pode se constituir como oportunidade para a elaboração. Ao se colocar no lugar do outro, a vivência da perda e da morte não precisa ser descartada, mas pode ser integrada na experiência do cuidador. Por isto chamamos este subcampo de ausência assimilada: ao se colocar no lugar do outro, a ausência física se faz presença emocional e, ao vivenciá-la, pode haver a integração da experiência da morte com parte do viver.

A ausência quando assimilada torna-se presença. E a presença traz saudade. Talvez por isso seja tão difícil assimilar qualquer perda: ela carrega em seus ombros todas as perdas anteriores e corremos o risco de que as feridas antigas se abram, tornando-nos vulneráveis. Neste sentido, a presença do profissional da área de psicologia no ambiente de UTI pode ser muito significativo, auxiliando-os na difícil tarefa de lidar com as demandas emocionais da equipe, dos pacientes e de seus familiares.

“A gente não tem preparo pra cuidar da cabeça dos pacientes. Faz uma falta muito grande ter alguém aqui que ajude a pensar como lidar com os pacientes mais difíceis, com a família que perde alguém. E que também possa ajudar a gente a resolver problemas dentro da equipe...”.

Deste modo, podemos perceber nas narrativas referentes a este subcampo uma aproximação com as considerações de Ariès (2003) sobre a morte domada. Mas com uma grande diferença: na perspectiva de Ariès, a sociedade medieval aceitava a realidade da morte, esperando-a e encarando-a como parte do processo do viver. Não encontramos nenhuma narrativa que trouxesse este elemento puro, sem estar configurado conjuntamente com os demais subcampos da impotência e da indiferença. O que nos faz pensar que a aceitação da morte não exclui outras vivências, como a dor pela separação ou mesmo a tentativa de fugir deste sofrimento. Assim concluímos que as vivências nos diversos subcampos ocorrem concomitantemente, sem necessariamente se excluírem umas às outras.

Refletindo sobre nossos achados percebemos que o processo de luto normal compreende momentos onde a recusa da perda deixa de ser vista como necessariamente patológica, para tornar-se parte integrante do processo de elaboração, como nos aponta Kubler-Ross (2011) em seus estudos, corroborando a idéia de que a morte, como qualquer outra experiência afetivo-emocional que nos retira da zona de conforto que construímos em torno de uma suposta invulnerabilidade, precisa ser paulatinamente digerida para ser assimilada.



**SEXTO ATO:
CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo pudemos desvelar campos de sentido afetivo-emocional de uma equipe de enfermagem que enfrenta cotidianamente a morte iminente. Encontramos um campo maior, denominado “Inevitabilidade da Morte”, que rege seus três subcampos, que nada mais são que estratégias para lidar com o primeiro, a saber: “Impotência”, “Indiferença” e “Ausência Assimilada”.

Todos os subcampos se relacionam direta e constantemente com o campo maior da Inevitabilidade da Morte, o que certamente é um desafio ao profissional de enfermagem, em grande parte plasmado para cuidar das situações que envolvem a vida, mas pouco preparado para lidar com situações de morte. Com isto, todo um terreno de práticas de enfermagem que poderiam ser altamente psicoprofiláticas é deixado de lado. Bousso (2011, p. ix-x) afirma que:

experiências de luto têm sido objeto de estudo dos pesquisadores. Pouco conhecidas, ainda, são as intervenções que podem ser oferecidas pelos enfermeiros na assistência aos indivíduos e famílias para caminhar com menos sofrimento nessas tristes experiências.

Neste aspecto, concordamos com Kovács (2008, 2011, 2012) quanto à necessidade de uma maior preparação para lidar com a morte. Porém, discordamos de sua terminologia “educação para a morte” por acreditarmos que intervenções educativas não se colocam adiante, mas como fruto do conjunto de crenças e valores de uma sociedade, que certamente se entrelaçam às configurações de campos de sentido afetivo emocional que

sustentam as condutas humanas. Uma “educação para a morte” inclui o desenvolvimento de capacidades afetivas e efetivas no lidar com a morte e com os vivos que frente a ela padecem, pois do contrário correremos o risco de cair no uso exagerado da técnica, tal como descrito no subcampo da indiferença.

Destacamos também a necessidade de dirigir o olhar ao profissional de enfermagem que hesita entre sentimentos de impotência e onipotência em sua lida diária com a morte. Em virtude de nosso hábito de negar a morte, negligenciamos aqueles que estão envolvidos dioturnamente com esta realidade. Santos (2003) desenvolveu um interessante trabalho de escuta a estes profissionais e, em artigo sobre o tema, assinala:

Embora na prática seja muito difícil delimitar com precisão onde terminam os cuidados remediativos e começam os cuidados paliativos, essa etapa do tratamento acarreta inúmeros sentimentos desagradáveis àqueles que cuidam do paciente. Tristeza, ansiedade, irritabilidade, inconformismo e sentimentos de impotência contribuem para o aumento da vulnerabilidade do profissional. Essas manifestações emocionais, acrescidas das condições adversas de trabalho dentro da complexidade que envolve a organização hospitalar, contribuem para elevar a suscetibilidade da equipe ao estresse ocupacional, aumentando a incidência de sintomatologia psicológica e psiquiátrica (p. 46).

Portanto, há que se cuidar destes cuidadores, fornecendo-lhes canais adequados de expressão de seus aspectos afetivo-emocionais e um ambiente de trabalho suficientemente adequado que tenham condições de trabalho dignas e saudáveis.

Outro aspecto a ser destacado neste estudo é o fato de que as narrativas de nossos participantes rompem com o caráter romântico da morte vivida como natural, apresentada na introdução, segundo a ótica de Philippe Ariès. O panorama desvelado nas narrativas é denso e carrega em seu bojo diversas contradições, avanços e retrocessos em relação à possibilidade de aceitação da morte, bem como sentimentos de medo, tristeza, horror, raiva, culpa, compaixão, dor e saudade. A gama emocional aqui tecida em narrativas revela não uma psicopatologia, mas um campo fértil para a pesquisa do sofrimento profissional, dos processos de envelhecimento, dos cuidados paliativos, além de estudos psicossociais sobre o modo contemporâneo de lidar com a experiência da morte.



SETIMO ATO:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrão, B. S. (1999) *História da Filosofia*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural.
- Aguiar, I. R., Veloso, T. M. C., Pinheiro, A. K. B. & Ximenes, L. B. (2006). O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 131-137. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200002&lng=en&tlng=pt.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch T., Caron R., & Beaune, D. (2009). Les récits transférenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues* (pp. 39-52). Lille: L'Harmattan.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2008). Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da teoria dos campos. In J. Monzani, I. R. Monzani (Orgs.). *Olhar: Fábio Herrmann uma viagem psicanalítica* (pp. 311-324). São Carlos: Pedro e João Editores
- Albuquerque, V. S., Moreira, C. O. F., Tanji, S., & Martins, A. V. (2010). A narrativa da prática como uma estratégia de construção do conhecimento na formação superior em saúde. *Educ. rev.* [online], n.spe2, pp. 191-205.
- A Dança Macabra. Autoria e data desconhecida. Retirado de <http://pensandoemarte.wordpress.com/2009/07/29/a-danca-macabra>.
- Almeida, C. (2010) Exposição "Solidão". Arquivo pessoal.
- Alves, R. (2002). *O Médico*. Campinas: Papirus.
- Andreoli, P. B. A., & Erlichman, M. R. (2008). *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu.
- Ariès, P. (1976). *Western Attitudes toward Death*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.

- Barus-Michel, J., Enriquez, E., & Lévy, A. (2006). *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi.
- Bauman, Z. (2008). *Medo Líquido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Becker, E. (2010). *A Negação da Morte*. Rio de Janeiro: Record.
- Belinsky, J. (2007) *Lo Imaginario: um estudio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bellato, R., & Carvalho, E. C. (2005). O jogo existencial e a ritualização da morte. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13, 99 -104.
- Benjamin, W. (1992). O Narrador: reflexões sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin (1992). *Sobre Arte, Técnica, Linguagem e Política* (pp. 27-57). Lisboa: Relógio D'Água.
- Berlink, M. T. (2011). Morte sem futuro e morte com futuro. A questão do tempo na morte. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, 14 (3), pp. 419-425.
- Bíblia de Jerusalém* (1985). São Paulo: Edições Paulinas.
- Bleger, J. (1989). *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bouso, R. S. (2011). A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta Paulista de Enfermagem* [on-line], 24(3), ix-x.
- Cassorla, R. (2009). A Negação e outras defesas frente à morte. In F. Santana (2009) *Cuidados Paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 59-76). São Paulo: Atheneu.
- Castoriadis, C. (2006). *O Mundo Fragmentado. As Encruzilhadas do Labirinto III*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Castoriadis, C. (2010). *A Instituição Imaginária da Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Original publicado em 1975)
- Costa, G. M. C., & Gualda, D. M. R. (2010). Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online], 17 (4), pp. 925-937.

- Costa, R. (2010) Morte e representação do Além na Idade Média: inferno e paraíso na Doutrina para crianças (c. 1275) de Ramon Llull. In F. Santos (Org.) *A Arte de Morrer: visões plurais* (pp. 118-134). Bragança Paulista: Comenius.
- Drane, J., & Pessini, L. (2005) *Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento*. São Paulo: Loyola.
- Descartes, R. (1999) *O Discurso sobre o Método*. In Coleção Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural.
- Favoreto, C. A. O., & Camargo Jr., K. R. (2011). A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu)* [online]. 15 (37), pp. 473-483.
- Fazolin, M. A. X. (2000). Uma compreensão Psicodinâmica das experiências de perda, de limites e de impotência no processo da vida. In V. Resende (Org.) *Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal* (pp. 83-89). Campinas: Editora da Unicamp.
- Figueiredo, L. C. (2009). *As Diversas Faces do Cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (2001). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense.
- Foucault, M. (1990). O Nascimento do Hospital. In Michel Foucault (1990) *Microfísica do Poder* (pp. 101-126). Rio de Janeiro: Graal.
- Freud, S. (1974). Interpretação dos Sonhos. In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (volume IV, pp. 309-341)* Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1974). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, pp. 309-341)* Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1974). Sobre a Transitoriedade. In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, pp. 343-348)*. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1974). Dois verbetes de enciclopédia: Psicanálise. In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII, pp. 253-274)*. Rio de Janeiro: Imago.
- Frizon, G., Nascimento, E. R. P., Bertencello, K. C. G., & Martins, J. J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre (RS): 32(1), 72-8.
- Gargiulo, C. A., Melo, M. C. S. C., Salimena, A. M. O., Bara, V. M. F., & Souza, I. E. O. (2007). Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(4), 696-702. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400014&lng=en&tlng=pt.
- Granato, T. M. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo*. Maringá: 16(1), 157-163.
- Gomes, P. (2007). Psicanálise Relacional contemporânea: uma nova maneira de trabalhar em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 41 (4), 113-123.
- Guanaes, A., Souza, R. P. (2004). Introdução: objetivos, conceito, histórico e filosofia. In R. P. Souza. (Org.) *Humanização em cuidados intensivos*. (pp. 1-8). Rio de Janeiro: Revinter.
- Guimarães, C. A., & Lipp, M. E. N. (2011). Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. *Psicologia teoria e prática*. 13(2), 50-62.
- Gutierrez, B. A. O., & Ciampone, M. H. T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem em UTIs. *Revista da Escola de Enfermagem USP*: 41(4), 660-667.
- Haberkorn, A., & Bruscato, W. L. (2008). Qualidade de Vida e internação em UTI. In P.B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Orgs.) *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 125-131). São Paulo: Atheneu.

Holbein, Hans. "The Dance of Death." Woodcut, before 1538. Facsimile, London, 1892.

Huizinga, J. (2010). *O Outono da Idade Média*. São Paulo: Cosac Naify.

Herrmann, F. (2001). *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herrmann, F. (2004), Pesquisando com o Método Psicanalítico. In Fábio Herrmann, João Frayze-Pereira, Theodor Lowenkron (Orgs.). *Pesquisando com o Método Psicanalítico* (pp. 43-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Klimt, G. (1915) Vida e Morte. Retirado de <http://emmila.canalblog.com/archives/2008/06/03/index.html>.

Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia ciência e profissão*: 25 (3), 484-497.

Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte. *Paidéia*. Ribeirão Preto: 18(41), 457-468.

Kovács, M. J. (2008). Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. In Maria J. Kovács (2008). *Morte e existência humana* (pp. 193-219). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Kovács, M. J. (2011). Instituições de Saúde e a Morte. Do interdito à comunicação. *Psicologia: Ciência e Profissão*: 31 (3), 482-503. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a05.pdf>

Kovács, M. J. (2012). Educadores e Morte. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. São Paulo: 16 (1), 71-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/08.pdf>.

Kubler-Ross, E. (2011). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Lagache, D. (1980). *La Unidad da la Psicología*. Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J.; Pontalis, J-B. (1992). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

- Lara, T. A. (1989). *Caminhos da Razão no Ocidente: a filosofia nas suas origens gregas*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Martin, L. M. (2004). A Ética e a humanização hospitalar. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.) *Humanização e Cuidados Paliativos* (pp. 31-50). São Paulo: Edições Loyola.
- Macedo, P. C. M., Nogueira-Martins, M. C. F., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). Técnicas de Intervenção Psicológica para humanização das equipes de saúde: grupos Balint e grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial. In P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Orgs.). *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 325-341). São Paulo: Atheneu.
- Medeiros, W. (2009). *Humanização nos serviços de saúde*. Sorocaba, SP: Editora Minelli.
- Menezes, R. A. (2004). *Em Busca da Boa Morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond/FioCruz.
- Moscovici, S. (2012). *A Psicanálise, sua Imagem e seu Público*. Petrópolis: Vozes.
- Nascimento, M. (2008). Luto. Vídeo disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=rOOy-z3e8Ng>.
- Nogacz, F. R., Souza, R. P. (2004). Fatores Estressores em UTI. In R. P. Souza (Org.) *Humanização em cuidados intensivos* (pp. 31-40). Rio de Janeiro: Revinter.
- Novaes, M. R. C. G., Trindade, E. M. (2007). A Morte e o Morrer: considerações bioéticas. *Com. Ciências Saúde*. 18(1), 69-77.
- Nunes, E. D., Castellanos, M. E. P., Barros, N. F. (2010). A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. *Physis* [online], 20(4), pp. 1341-1356.
- Paiva, L. E. (2009). O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In Franklin S. Santos (Org.) *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 77-86). São Paulo: Atheneu.

- Pastor Montero, S. M., Romero Sanches, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas-Jaén, A.G., Rodrigues-Tirado, M. B. (2011). A experiência da perda perinatal à partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem (On-Line)*. 19 (6), pp. 1405-1412. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600018&lng=en&nrm=iso.
- Pessini, L. (2001). *Distanásia: até quando prolongar a vida?*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo & Loyola.
- Peste Bubônica. Pintura sob Tela. Autoria desconhecida. Retirado de <http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo=765>.
- Prade, C. F., Casellato, G., Silva, A. L. M. (2008). Cuidados paliativos e o comportamento perante a morte. In P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Orgs.). *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 149-158). São Paulo: Atheneu.
- Politzer, G. (2004). *Crítica dos Fundamentos da Psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Piracicaba: UNIMEP.
- Rachet, G. (1996). *Le Livre des morts des anciens Egyptiens*. Texte et vignettes du Papyrus d'Ani. Éditions Du Rocher.
- Ricoeur, P. (1994). *Tempo e narrativa*: Vol. 1. Campinas, SP: Papirus.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. California: Sage Publications.
- Santos, F. S. (2007). Perspectivas Histórico-Culturais da Morte. In D. Incontri & F. S. Santos (Orgs.). *A Arte de Morrer – Visões Plurais* (pp. 13-25). Bragança Paulista: Editora Comenius.
- Santos, J. L., Bueno, S. M. V. (2011). Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*: 45(1), 272-276.

- Santos, M. A. dos (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. *Revista SPAGESP*, 4 (4), 43-51.
- Saramago, J. (2005). *As Intermittências da Morte*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Schilling, F. (2002). *Reflexões sobre justiça e violência: o atendimento a familiares de vítimas de crimes fatais*. São Paulo: Educ/ Imprensa Oficial do Estado.
- Seymour, J. E. (2001). *Critical Moments – death and dying in intensive care*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Shorter, M., Stayt, L. C. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 159-167.
- Silva, L. C. S. P., Valença, C. N., & Germano, R. M. (2010). Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília: 63(5), 770-774.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. & Brandchaft, B. (1994). *The intersubjective perspective*. Oxford: Roman & Littlefield Publishers, Inc.
- Stolorow, R. D. (2000). Psicanálise relacional: entrevista com Robert Stolorow. *Percurso*, 13 (24), 97-102.
- Sudnow, D. (1967). *Passing on: the social organization of dying*. New Jersey: Prentiss-Hall.
- Sulzbacher, M., Reck, A. V., Stumm, E. M. F., & Hildebrandt, L. M. (2009). O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. *Scientia Medica*, Porto Alegre: 19(1), 11-16.
- Tachibana, M. (2011). *Fim do Mundo: O Imaginário da Equipe de Enfermagem sobre a Gravidez Interrompida*. Tese (Doutorado em Psicologia). Campinas: PUC-Campinas.

- Timmermans, S. (2010). There's more to dying than death: qualitative research on the end-of-life. In I. Bourgeault, R. Dingwall, R. Vries (Orgs.). *The Sage Handbook of qualitative methods in health research* (pp. 19-33). London: Sage.
- Vovelle, M. (2010). *As Almas do Purgatório ou o Trabalho de Luto*. São Paulo: UNESP.
- Winnicott, D.W. (2000). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In D. W. Winnicott (2000). *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*.(pp. 218-232) Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (2000). A mente e sua relação com o Psicossoma. In D. W. Winnicott (2000). *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1984). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1994). O jogo do rabisco. In Claire Winnicott (Org.). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimmerman, D. E. (2004). *Manual de Técnica Psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESTE TERMO É O CONSENTIMENTO DE DUAS PARTES ENVOLVIDAS EM UM PROCESSO DE PESQUISA CIENTÍFICA. DE UM LADO, O PSICÓLOGO CLEBER JOSÉ ALÓ DE MORAES, MESTRANDO EM PSICOLOGIA E ESTUDANTE ASSOCIADO AO GRUPO DE PESQUISA “ATENÇÃO PSICOLÓGICA CLÍNICA EM INSTITUIÇÕES: INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO” DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, REALIZANDO UMA PESQUISA INTITULADA “UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: IMAGINÁRIO COLETIVO DE ENFERMEIROS SOBRE A MORTE”; DE OUTRO LADO, OS PARTICIPANTES VOLUNTÁRIOS E ADULTOS.

TRATA-SE DE ESTUDO QUE BUSCA PRODUZIR CONHECIMENTOS PSICOLÓGICOS QUE POSSAM VIR A BENEFICIAR INDIVÍDUOS E GRUPOS DIRETA OU INDIRETAMENTE ENVOLVIDOS COM O CUIDADO INTENSIVO PRESTADO NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA. O TEMA É RECONHECIDAMENTE IMPORTANTE, UMA VEZ QUE A SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS QUE PRESTAM ESTE ATENDIMENTO PODE SER CONSIDERADA FUNDAMENTAL NO COTIDIANO DE SEU TRABALHO.

A TAREFA DE CADA PARTICIPANTE DA PESQUISA CONSISTE EM COMPLETAR UMA HISTÓRIA FICTÍCIA, REALIZADA EM ENTREVISTAS INDIVIDUAIS. TAIS HISTÓRIAS SERÃO REGISTRADAS POR ESCRITO PELOS PARTICIPANTES OU PELO PESQUISADOR. NA SEQUÊNCIA, PESQUISADOR E PARTICIPANTES PODERÃO CONVERSAR SOBRE AS VIVÊNCIAS DAQUELE MOMENTO. AS HISTÓRIAS SERÃO POSTERIORMENTE CONSIDERADAS À LUZ DO MÉTODO PSICANALÍTICO, LEVANDO EM CONTA AS VIVÊNCIAS EMOCIONAIS E AS ASSOCIAÇÕES FEITAS TANTO PELO PESQUISADOR QUANTO PELO PARTICIPANTE.

A PARTICIPAÇÃO É TOTALMENTE VOLUNTÁRIA, PODENDO O PARTICIPANTE SE RECUSAR A PARTICIPAR OU RETIRAR O SEU CONSENTIMENTO EM QUALQUER MOMENTO DA PESQUISA, SEM PENALIZAÇÃO OU PREJUÍZO, ASSIM COMO IMPEDIR A INCLUSÃO DE SUAS COMUNICAÇÕES NA PESQUISA. A PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA NÃO LHE TRARÁ QUALQUER PREJUÍZO FINANCEIRO OU PROFISSIONAL.

INFORMO, AINDA, QUE ESSE TERMO SERÁ FEITO EM DUAS VIAS, FICANDO UMA COM O PARTICIPANTE E OUTRA COM O PESQUISADOR.

EU, _____,
R.G. _____ DECLARO ESTAR CIENTE DOS OBJETIVOS E MÉTODOS
DESSA PESQUISA, ASSIM COMO DECLARO MINHA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA NA
MESMA, AUTORIZANDO A INCLUSÃO DA MINHA HISTÓRIA NA INVESTIGAÇÃO,
RESPEITADAS AS CONDIÇÕES DE SIGILO, PRIVACIDADE E O DIREITO DE AVALIAR O
MATERIAL TRANSCRITO, NOS TERMOS ACIMA DESCRITOS. TAMBÉM ESTOU CIENTE DE
QUE PODEREI ME RETIRAR DA PESQUISA A QUALQUER MOMENTO, SEM NENHUM
PREJUÍZO À MINHA PESSOA.

O PROJETO EM QUESTÃO FOI ANALISADO E APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DA PUC-CAMPINAS, ROD.
DOM PEDRO I, KM. 136 – PQ. DAS UNIVERSIDADES – CAMPINAS – SP – CEP:
13.086-900; TELEFONE / FAX: (19) 3343-6777; E-MAIL: [comitedeetica@puc-
campinas.edu.br](mailto:comitedeetica@puc-campinas.edu.br), QUE PODERÁ SER CONTATADO PARA QUAISQUER
ESCLARECIMENTOS QUANTO À AVALIAÇÃO DE SEU CARÁTER ÉTICO.

PARA MAIORES ESCLARECIMENTOS COM RELAÇÃO À SUA PARTICIPAÇÃO NA
PESQUISA, FAVOR ENTRAR EM CONTATO COM O PESQUISADOR ATRAVÉS DO TELEFONE
(019) 9753-5922 OU (19) 3343-6892.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

CLEBER JOSÉ ALÓ DE MORAES
cmoraes13@hotmail.com