



Interdisciplinary

LINKSCIENCEPLACE

DOI: 10.17115

ISSN: 2358-8411

Scientific Journal



Interdisciplinary Scientific Journal. ISSN: 2358-8411

Nº 5, volume 6, article nº 19, May 2019

D.O.I: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v6n5a19>

Accepted: 10/12/2018 Published: 30/05/2019

**I SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL DO NORTE E NOROESTE FLUMINENSE
– 27 A 30 DE NOVEMBRO DE 2018 – CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ**

PRODUCTION OF NARRATIVES AT WORK IN THE ICU NEONATAL AND PEDIATRIC

PRODUÇÃO DE NARRATIVAS NO TRABALHO EM UTI NEONATAL E PEDIÁTRICA

Camila Butinholli Rangel¹

Abstract

This is a qualitative research based on narrative stories produced by means of inquiry, workshop and by the researcher's experience. For the purposes of the present work, some accounts were inspired on self-ethnography. The health professionals from seven specialties, that work in the neonatal and pediatric ICU² on the Public Hospital in the Rio de Janeiro State countryside, deals with of birth, pain and death of children. The research shows how they identify the signs of suffering at work. We believe that the use of narratives is a device capable of including those dimensions of experience from which one tries to distance oneself (Bruner, 1991), thus producing knowledge about the life and the death in the work process developed.

Keywords: Narratives- Health professionals- neonatal and pediatric ICU

Resumo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada em narrativas, produzidas por meio de entrevistas, oficinas e da auto etnografia da pesquisadora que é profissional dos setores estudados. A pesquisa demonstra como profissionais de saúde de sete

¹ Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Mestrado Profissional em Saúde mental e Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro- RJ, camilabutinholli@oi.com.br.

² IntensiveCare Unit (ICU)

especialidades que atuam em UTI³ neonatal e pediátrica de um Hospital Público no interior do Rio de Janeiro, identificam sinais de sofrimento no trabalho ao lidarem com nascimento, dor e morte de crianças. Aposta-se que o uso de narrativas seja um dispositivo capaz de incluir as dimensões da experiência dos quais tenta-se afastar (Bruner,1991) produzindo conhecimentos sobre a vida e a morte nos processos de trabalho.

Palavras-chave: Narrativas -Profissionais de saúde- Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica

Introdução

Diante da Ciência Médica e das pesquisas quantitativas em saúde propor um trabalho na perspectiva qualitativa é um grande desafio. Este artigo apresenta uma pesquisa narrativa que demonstra como profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e pediátrica de um Hospital Público Municipal no interior do Rio de Janeiro, identificam sinais de sofrimento no trabalho. As narrativas foram produzidas por meio de entrevistas⁴, oficinas e da vivência de uma das pesquisadoras que também é psicóloga nos setores estudados. Serão apresentados relatos autoetnográficos⁵ e algumas entrevistas que fazem parte do seu projeto de pesquisa do mestrado profissional em atenção psicossocial⁶.

O momento do nascimento nem sempre acontece da forma idealmente esperada, assim como nem todas as doenças infantis conseguem ser erradicadas ou tratadas pelas formas mais simples. Diante dessas e outras situações a medicina intensiva se desenvolveu e gerou outras unidades específicas, entre elas, as Unidades Intensivas Neonatal e as Unidades Intensivas Pediátricas.

A revisão de literatura sobre o tema do sofrimento no trabalho evidencia que “no Brasil há escassez de estudos que problematizem os efeitos de um determinado

³ Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

⁴Alguns dos profissionais que participaram da entrevista, trabalham nos dois setores estudados. Durante as entrevistas pude ver que não houve especificidades que interferissem contraditoriamente nas narrativas, pelo fato de trabalharem em um ou nos dois setores. Pelo contrário, foi esclarecedor e complementar.

⁵A autoetnografia é um enfoque de investigação e escrita que busca descrever e analisar sistematicamente a experiência pessoal com a finalidade de compreender a experiência cultural. O pesquisador aplica os princípios da autobiografia e da etnografia. Como método, a autoetnografia é um processo e um produto, capaz de atender às implicações éticas do seu trabalho, para si, para os participantes e aos leitores (Adams, Jones e Ellis, 2015).

⁶ Este projeto fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil em 06 de Novembro de 2017, sob o n°: 71023817100005263.

processo de trabalho na saúde das equipes e em suas vidas cotidianas” (Zanatta& de Lucca,2015).

Os processos de trabalho nestes setores requerem frequentes contatos com doenças de mau prognóstico, com a morte, além das altas exigências e expectativas, e é comum a classificação diagnóstica dos sintomas dos trabalhadores expostos ao sofrimento. Não é comum compartilharem afetos e sentimentos, embora o trabalho seja atravessado intensamente pelas experiências de nascimento, dor e morte de crianças. De forma recorrente não incluem essa experiência como parte integrante de seus cotidianos de trabalho e não articulam narrativamente seu sofrimento, sendo mais comum o uso de defesas para lidar com eles.

Desenvolvimento

Itineranças de uma Psicóloga implicada

“Psicóloga, pode vir aqui na UTI neonatal porque tem uma mãe que não para de chorar? Sigo imediatamente e vejo M. chorando copiosamente na sala de espera. Aproximo-me com calma, M. cabisbaixa, seus cabelos encaracolados cobriam seu rosto, consigo me curvar um pouco e fisgar seu olhar. Pergunto-lhe se podia me contar tudo o que estava acontecendo. ‘Doutora, minha filha foi considerada um aborto pela junta médica! Quando viram ela com vida, não acreditaram. Nasceu com 24 semanas, 580 g. Agora ela é um milagre! Para mim e para o pai dele ela é sim um milagre! Essa médica que veio falar comigo aí, negativa, não sabe o sofrimento de uma mãe, veio me pedir o telefone em caso de óbito. Isso é coisa que se fale depois de tudo o que passei e estou passando! Eu acredito em milagre!’ Não demorou muito para que a médica também se dirigisse a mim: ‘Psicóloga, é praxe, eu tenho que falar quando tem risco de óbito. Só que daí a criança vai indo, sobrevivendo, e os pais acham que a gente está errado em falar, como se a gente fosse culpado. Como não podem ter raiva de Deus, fazem transferência para nós’”
(Médica 1).C. B. Rangel (Comunicação pessoal, 06 de Novembro de 2017).

Da minha parte resolvi que deveria escutar a todos, acompanhar e esperar o decorrer dos dias e dos acontecimentos, respeitar crenças, valores e saberes. Na mediação pela escuta e nas intervenções em ato, o psicólogo precisa tomar em perspectiva todos os envolvidos- paciente, família, profissionais, instituição. O

nascimento de qualquer bebê já configura um momento de crise e requer ajustes psíquicos e trabalho de alguns lutos. A interrupção de um processo de gravidez precocemente pode aumentar a intensidade dessa crise e exigir remanejamentos mais complexos (Aguilar,2018). Podemos buscar intervir nas dissonâncias da comunicação e exercer uma função de continuidade, em meio à tantas rupturas. Com poucos espaços de discussão, elaborações, compartilhamentos, fui percebendo nas queixas dos profissionais, o quanto estão pouco conscientes de suas emoções e afetos: crises de choro, mudanças repentinas nas rotinas de trabalho, paralisação das ações que levam a se afastar do trabalho. Tento construir espaços para escutar, ser escutada e nos escutarmos, recordo-me das seguintes colocações:

A busca objetiva do problema biológico tem levado a que a *ação do profissional* esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia (Mehry 2004)

A dimensão do cuidado em todos os seus aspectos e à de todos os envolvidos neste processo têm sido minha direção de trabalho premente.

À partir dessas considerações, comoseria mapear um cenário de pesquisa com sujeitos distintos, com profissões e valores diferentes, com saberes encarnados e fortemente fragmentados? O que poderia neste campo nos aproximar? Diante dessa problemática fora preciso buscar saídas que trouxessem pistas para novas ações e assim iniciamos as entrevistas.

“Como você identifica sinais de sofrimento no trabalho?”

Com essa pergunta pretendiescutar os aspectos do sofrimento que podem ser identificados pelos profissionais que ocorrem em si mesmos, nos colegas de trabalho, no paciente e na família do paciente, nos relacionamentos interpessoais e perante a instituição. Mapeei palavras e expressões que se repetiam na fala dos entrevistados. Levantei vocabulários cujos som, sentido ou aparência pudessem formar combinações lógicas, metáforas, associações, assuntos. Construí poesias a

fim de encontrar formas nas oficinas de expressar, compartilhar experiências, trazer à tona temáticas que deixamos de lado. A dimensão do sofrimento trabalhada levou em conta as experiências subjetivas, os “estados emocionais subjetivos”, conscientes e inconscientes, o critério experiencial de Stanghellini e Rosfort (2013).

No sofrimento identificado pelas dificuldades em lidar com doenças, perdas, luto e morte de pacientes e entes queridos, e com o sofrimento das famílias, a dificuldade para lidar com as perdas é relatada na fala desses profissionais:

“O estresse é maior quando o paciente fica internado a mais tempo, a perda é mais sentida”[...]“às vezes é angustiante por eu presenciar poucas perdas mas eu sei delas né, fico sabendo delas, às vezes chegar no setor e encontrar um berço vazio, fica aquela pergunta a princípio: “é alta? Faleceu? O que aconteceu?” [...] “ Eu extravaso, eu choro, eu expresso o que senti”[...] “A gente não foi preparado para a morte, eu não sei administrar muito bem essas perdas”[...]” Qualquer alarme, qualquer barulhinho, a gente fica muito assustada”[...]“O que pra mim é difícil é a separação” (**Técnica de Enfermagem 1**)

“A minha maior angústia é ver alguém indo embora, isso que é mais difícil, a gente se apega [...] É impossível você estar dentro de uma UTI e não vivenciar a dor, nem do paciente, nem do familiar né, porque, a gente é ser humano né, a gente é mãe, irmão, filho, a gente vai passar por isso também”[...] ”(**Enfermeira 1**)

“A gente se recolhe na sala, vai ao banheiro, chora um pouco, conversa com colegas pra continuar conseguindo atender, mas não passa simples assim, ainda somatizo um pouco”[...]“eu acho que o meu sofrimento é o sofrimento da colega”[...]” eu logo que voltei de licença dei umas travadinhas, mas a gente vai criando estratégias”[...]” pra mim ainda mexe bastante tratando-se de um setor que ainda lida com crianças e bebês, principalmente depois que fui mãe, eu tenho que respirar fundo para conseguir atuar e aquilo não me afete a ponto de travar um atendimento”[...]”pra eu entrar na neo e na ped impacta muito”[...]“manter um equilíbrio pra você intervir apesar da emoção aflorar quando tem óbito na unidade a gente vê como mexe muito com a equipe”(**Assistente Social 1**)

Ao me interessar pela experiência de sofrimento desses trabalhadores, preocupo-me com o fato dessas vivências intersubjetivas serem pouco ou quase

nunca ressignificadas. Por outro lado, trata-se de um ofício extremamente rico em produções de vida. Com formações e ideologias específicas, a elaboração do luto e as vivências de dor ocorrem de modos diversos. O lidar com a morte e o morrer neste trabalho é complexo e diversificado, requerendo maiores aprofundamentos.

“Na medida que eu vou preparando a família em relação a esse mau prognóstico eu vou me preparando também, treinamento de conversar com a família e explicar o prognóstico, sempre me tornou sensível a isso”**(Médica 2)**

“Inclusive uma coisa que eu aprendi no meu tempo de profissional, em que isso me gerou uma mudança em relação ao acontecimento do meu filho, foi com relação a visitas, porque, na época eu tinha vindo de uma UTI onde as visitas eram restritas e eu implantei a mesma rotina, visitas só pai e mãe, e, algumas vezes a gente tem que aprender passando. Ninguém precisa aprender passando, mas isso eu aprendi com a dor”[...]“O pior do que lidar com um paciente com um mau prognóstico, é lidar com o luto. Na hora do luto pra mim é complicado, sinto até um pouco de covardia ”[...]O óbito é um momento muito sofrido que a gente não tem o que falar, se sente impotente” [...] “Isso deixa resquícios tanto na nossa saúde física quanto na mental”[...]“As pessoas falam, você tem que separar, tem que ser forte, mas não tem como não chorar para não passar uma firmeza, uma segurança para os pais[...]“Hoje eu tenho muito mais medo de perder do que o próprio medo do desconhecido”[...]”

“Quando eu chego no setor e vejo um berço vazio eu sou pega de surpresa, a primeira coisa que passa na minha cabeça é se a criança partiu”**(Técnica de Enfermagem 1)**

“Eu tenho especialmente dificuldade com questão de óbito, a questão é, um limite meu assim, dificuldade se o bebezinho ta morrendo..., isso me abala, me incomoda muito”**(Fisioterapeuta 1)**

Ser Psicóloga em Hospital é um trabalho cujo *setting* diferencia-se de outros trabalhos clínicos; não tem hora marcada, nem lugar específico, as demandas vêm de todos os lados- pacientes, familiares, profissionais, diretores, e junto a eles, traçamos nossos itinerários terapêuticos, sem uso de roteiros pré-estabelecidos. Do conforto de nossas salas, saímos em direção aos leitos, corredores e tantos outros lugares no hospital. Levamos conosco a escuta, uma grande sensibilidade e a

coragem. Certas vivências que experimento neste trabalho causam um misto de pesar e satisfação em ajudar; muitas vezes questiono o meu papel e penso que certas ações nunca me foram ensinadas em *“Manual de Psicologia Aplicada”*, nem em protocolos de Humanização e nem na minha vida pessoal.

“O que vi quando te olhei”

“Um casal veio do nordeste em busca de emprego, Ingrid estava gestante. Bruno nasceu de parto normal, prematuro e faltou-lhe oxigenação no cérebro. Léo, o pai, após o nascimento do filho pede a separação.

Foram dois anos entre a UTI neonatal e pediátrica, mais 8 meses na pediatria e depois novamente na UTI pediátrica. Seu desenvolvimento psicomotor ficou prejudicado, adquiriu uma cegueira, tinha problemas para mastigar e deglutir, e respirava com a ajuda de aparelhos. Menino carinhoso e risonho, vivia feliz dentro do hospital com sua mãe. Mãe e filho “habitavam” o hospital e perdi as contas da quantidade de vezes que fui vê-los na pediatria. Em uma dessas visitas recebo a notícia de que Bruno havia contraído uma infecção e falecido. Toda a história que acompanhei com eles, as brincadeiras risonhas, beijos na bochecha, vieram à tona na minha mente. Uma pontada no peito me assolou e pensamentos me invadiram: ‘e se ele já estivesse em casa, estaria vivo?’ Não me conformava com a morte de Bruno. Não me conformava com o fato dele não ter ido para casa. Ingrid estava perdida, não sabia o que fazer, nem para onde ir, segurava bolsas e sacos de roupas. A equipe estava triste e contendo o choro. O pediatra se lamentava e pedia desculpas por não ter podido salvá-lo. Percebi naquele momento que a comoção pessoal impedia as pessoas de agirem. Aproximei-me, segurei suas bolsas e perguntei o que ela queria fazer naquele momento. ‘Quero comprar uma roupa branca para vestir meu filho’, disse Ingrid. Sem transporte na instituição fui com a mãe no meu carro comprar a roupa. No caminho escutava a tristeza do luto de Ingrid. Fomos à três lojas de crianças até encontrar o tamanho certo, ouvindo das lojistas se a roupa branca era para batizado. O que responder nessa hora? Ficamos caladas. Porque não dissemos que era para um enterro?

Ao chegar ao hospital mais um desafio: ir com a mãe vestir a criança! Nesse momento chamei a Assistente Social para me acompanhar. Não sabia se eu deveria olhar para Bruno e ver a morte tão de perto. Olhei! Bruno estava lindo! Aguardamos

o carro da funerária e junto chegou o pai. O sujeito mal sabia de tudo que já havíamos experienciado. Abraçamos a mãe enquanto o motorista do carro funerário interrompeu a despedida nos apressando, o tempo para ele urgia! Retornamos para nossos postos reflexivos, com lágrimas nos olhos. Passei semanas lembrando desse episódio. Um mês depois Ingrid recebe uma casa do programa “Minha casa, minha vida”, o que para os gestores era uma quebra de protocolo, afinal, a pessoinha com necessidades especiais já havia partido. Apesar da morte do filho Ingrid ficou feliz ao poder vestir Bruno de branco. Conseguiu uma casa para morar o que a fez se sentir acolhida pela instituição. O que se passa nos bastidores ninguém vê, mas o que importa é o que eu pude ver quando olhei !”**C. B. Rangel (Comunicação pessoal, 28 de Setembro de 2016).**

Eis que uma nova e inusitada situação adveio. Um pai queria ver seu casal de filhos gêmeos natimortos, a fim de constatar de que realmente não estavam vivos e se eram de fato seus filhos, uma semana depois do ocorrido!

“Onde é possível ter registro diante do que não tem?”

“José recebeu a notícia quando foi ver os filhos na maternidade, mas fora informado do óbito e de que os bebês haviam sido levado para descarte. Dra, porque falaram isso, descarte? Após esse primeiro momento de escuta, não queria ir novamente à “geladeira”, mas não recuei. Chegamos lá, o mesmo os viu e disse emocionado: são a minha cara! São meus filhos sim, doutora! Obrigado. Eu sou pai! Eu sou pai! A sogra veio até nós e falou: ‘vocês não têm ideia do que fizeram por nossa família; estávamos angustiados, sem comer nem dormir há uma semana, agora vamos prosseguir tranquilos’. Eu mesma só pude entender o efeito desse ato, depois. Como a elaboração do luto pela perda dos filhos poderia acontecer se nem mesmo a paternidade havia sido registrada, simbolizada? Essa é a sutileza da nossa escuta e uma importante contribuição nessas intervenções em ato. Poder ‘prosseguir tranquilos’ onde tudo era angústia e incertezas, um casamento em risco, talvez não pela aceitação da morte ainda recente, mas pela tranquilidade de se ver PAI. Um nome, um lugar, um efeito de sentido que pôde advir. Para eles, para mim e acredito que para a minha colega assistente social que nos acompanhou e disse:

‘É óbvio que do ponto de vista do serviço social a gente tem que trabalhar no sentido de buscar contribuir para a melhor qualidade de vida possível nesse momento. Pra que você enfrente esse sofrimento em geral, são famílias que tem uma vulnerabilidade social muito grande, então essa dor é agravada pela falta de acompanhamento adequado. Ninguém sai impune de um negócio desse, de um atendimento desse. Assim, nunca que eu vou estar preparada para uma coisa dessa, assim, eu penso nos meus filhos, mas é obvio que quando você lida com isso todo dia você diz, é, e essa experiência, toda quarta-feira, eu me humanizo. Eu saio daqui muito cansada, a viagem, é um trabalho muito cansativo, o plantão 24 hs, mas eu me humanizo e esse humanizar é assim, nós estamos aqui hoje, amanhã podemos não estar. Preciso correr para a sala pois tenho muitos registros a fazer!’”
(Assistente Social 2).C. B. Rangel (Comunicação pessoal, 08 de Outubro de 2016).

Narrativas são compostas por sentimentos, humores e afetos que imprimem movimento. Elas nos ajudam a clarificar o desenvolvimento dialético de humores em afetos e vice-versa. Se aplicarmos a estrutura narrativa à nossa experiência emocional, seremos capazes de dar sentido às nossas experiências emocionais na relação com a pessoa que somos. O uso de narrativas é um dispositivo capaz de incluir as dimensões da experiência dos quais tenta-se afastar (Bruner,1991),por isso a nossa aposta em narrar histórias e emoções nos encontros intercessores deste trabalho, mesmo na dureza que a tecnologia e o lidar com o sofrimento impõem.

Em contextos de trabalho, os trabalhadores enquanto coletivo utilizamestratégias defensivas para protegerem-se do sofrimento patogênico e assim conseguirem trabalhar. Estas estratégias permitem lidar com o medo e a angústia no trabalho e pressupõem a construção de regras, ou seja, supõem um acordo normativo, um consenso, tendo um papel essencial na estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão e estabilização.Na medida em que se tornam um objetivo, um fim em si mesmas, podem se radicalizar a ponto de impedir o reconhecimento do sofrimento como recorrente do trabalho, dificultando a avaliação da realidade e consequentemente paralisando a emancipação e a mudança do que há de penoso.“Embora não modifiquem a realidade, as estratégias e ideologias defensivas

têm uma ‘eficácia simbólica’” (Dejours, 1992).

As estratégias defensivas são necessárias para a continuação do trabalho e para evitar a loucura, mas elas propiciam a estabilização da relação subjetiva com a organização do trabalho, alimentando uma resistência à mudança:

Quando os trabalhadores estruturam essas defesas eles hesitam a questioná-las. Passamos a falar em ‘ideologia defensiva’ e não mais em estratégia coletiva de defesa, quando esta defesa se torna programa de ação coletiva. Existe um tipo de ideologia denominada ‘ideologia da vergonha’, que é um sentimento coletivo em que há uma reticência em falar em doença, sofrimento e sobre o corpo, sentidos como algo vergonhoso, como se fosse simulada, sendo associada à vagabundagem (Dejours, 1992).

O sofrimento no trabalho é um sofrimento psíquico que faz apelo a respostas, em que na etiologia do sofrimento está a situação mesma do trabalho.

Segundo Pitta (2016), o médico desde a Idade Média até o século XIX, tomava a iniciativa de prevenir a morte próxima com uma baixa probabilidade de erros prognósticos, com o pequeno arsenal de possibilidades terapêuticas disponível. Após o séc. XIX, coincidindo com os avanços científicos e tecnológicos da medicina, vemos a recusa do médico de querer falar sobre a doença e a morte dos pacientes. Doravante:

Ele falará quando indagado, falará o mínimo possível, produzindo-se na sociedade a cultura do poupar e aliviar o doente e a família das más notícias. As possibilidades de escapar de qualquer vaticínio são muitas, portanto, optam pelo silenciar que arriscar palpites (Pitta, 2016).

Mesmo diante da “morte certa” após a etapa diagnóstica, produz-se uma cultura da “morte incerta”, uma trajetória defensiva do pessoal do hospital. Com isto, se o doente morre de um modo diferente do previsto, isso pode trazer uma grave e perturbadora situação na instituição. É quase que de consenso que adiem o mais possível o momento de avisar a família, quando há o temor de que possam ter

reações de descontroles que os façam perder o controle da situação. No entanto, prolongar a vida através de recursos tecnológicos esvai a necessidade dessa comunicação dramática, no entanto, faz com que o luto se inicie antecipadamente, antes mesmo da morte.

A dor, a doença e a morte foram interditas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação. A mentira, a não revelação do real estado do doente é o que rege o bom comportamento. “Evita-se não apenas ao doente mas a sociedade e ao próprio círculo de relações do incômodo e da emoção fortemente insustentável”(PITTA,2016).Os mecanismos de defesa presentes no trabalho hospitalar tendem a se tornar aspectos dessa realidade em que os sujeitos envolvidos, de certo modo, vão entrando em acordo.

Pitta (2016) classificou-os de um modo esquemático e vou me arriscar clarificá-los um pouco mais a partir de movimentos e fluxos de sentimentos envolvidos –, sentimentos-sensações⁷ e sentimentos-tonalidade⁸, traçando um paralelo entre a natureza do sofrimento no hospital, subdivido por esquemas, e a teoria das Emoções e Personalidade.

O primeiro esquema seria a *fragmentação da relação técnico-paciente*. Quanto mais íntimo esse relacionamento, mais o técnico está propício a experimentar angústia, portanto aceita parcelar tarefas no sentido de reduzir o tempo de contato com o doente (Pitta, 2016). Há um movimento de atração e de repulsão, de formação e de rompimento de vínculos, devido à ansiedade e medo da perda. Na teoria das Emoções e Personalidade, as sensações aderem-se ao eu como um todo e devem ser diferenciadas das que aderem apenas ao corpo, como na fadiga (uma descida que vai se arrastando, um peso externo ao eu aderido primariamente ao corpo). A repugnância é o sentimento-sensação que flui para trás; no medo, flui para trás e para baixo de uma forma encolhedora e recuada; na ansiedade, o sentimento-sensação são suspensos em um tremor, tremor suspenso, numa falta de fim ou abismo sem fundo(Stanghellini e Rosfort,2013),

⁷Conceito caracterizado por Smith (1986) para falar de um fluxo qualitativo de emoções, o jeito como uma emoção adere ao Eu, que vai corresponder a uma experiência que flui em uma certa direção(Apud Stanghellini e Rosfort,2013).

⁸ Conceito caracterizado também por Smith (1986) para tratar de que cada sentimento-sensação que o Eu experiencia, corresponde à um sentimento-tonalidade de um mundo, a um movimento correspondente de um ambiente(Idem).

No segundo esquema, a *despersonalização e negação da importância do indivíduo*, existe uma ética implícita onde os pacientes são tratados de maneira igual sem individualização, com vestes iguais, assim como os técnicos com seus uniformes, introduzindo um signo asséptico e preservando uma relação de poder no cuidado. Em termos de sentimento-sensação, a humilhação pode ser explicada como algo que flui para baixo como uma queda brusca, drástica, e o orgulho, flui para cima de modo inflado. Penso que este tipo de sentimento-sensação se aproxima da despersonalização e negação da importância do indivíduo quando prevalecem as relações de poder no cuidado.

No terceiro esquema, o *distanciamento e negação de sentimentos* seriam as consequências dos dois primeiros esquemas. Sentimentos têm de ser controlados, o envolvimento refreado e as identificações perturbadoras evitadas, sentimentos de amor, tristeza, luto, não podem ser expressos ou aguardados em seu tempo (Pitta, 1990). No fluxo de sentimentos-sensações, o amor flui para cima e favorece a vinculação ao outro, a tristeza flui para baixo; o luto, que precisa de um tempo maior para se dissolver, é muitas vezes negado e superposto.

No quarto esquema, a *tentativa de eliminar decisões*, a busca por rotinas e padronizações de condutas levam a um dispêndio de tempo e energia, como num ritual de postergação e controle de decisões frente às diversas demandas de cada paciente. Evita-se dedicar de corpo e alma às demandas inesperadas. O ritual conhecido cumpre a tarefa de reduzir ansiedades e minimiza o discernimento de cada profissional em planejar com mais liberdade o seu trabalho.

No quinto e último esquema, *Redução do peso da responsabilidade*, fugas da angústia da responsabilidade e da decisão são mobilizadas pelas verificações e contra-verificações provocados pela fragmentação das tarefas e do cuidado, mantendo a hierarquização das ações, as projeções e fugas nos atos de descuido. Também geram dependência e subordinação e falta de confiança. Os “sistemas sociais de defesa” (Jacques, 1955), como as projeções, ajudam a fugir da ansiedade, culpa, dúvidas e incertezas na complexa interação técnico-paciente (apud Pitta, 2016).

Apesar da dura construção de saberes encarnados, pretendemos buscar expressões e articulações narrativas através da abordagem denominada

“coreografia de emoções”⁹.

Algumas de nossas emoções podem ser melhor ou mais cedo notadas por outras pessoas.

Eu posso ter inquietantes sentimentos e ser incapaz de falar o que são, enquanto um amigo pode ver pela minha expressão facial, postura e movimentos. Essa capacidade intersubjetiva de reconhecer as emoções de outras pessoas significa que meu amigo pode ter um acesso às minhas emoções que pode ser mais rápida e acurada do que eu mesmo. Há momentos que alguém de fora pode observar com mais precisão e acessar o estado emocional de uma outra pessoa. Isso é possível porque temos uma conexão corporal com outras pessoas que não requer que seja consciente de suas próprias emoções, ou capaz de articulá-las (Stanghellini e Rosfort, 2013)

Essa natureza expressiva das emoções é também revelada pela ligação entre emoções e intercorporeidade, que pode ser significada por uma outra pessoa por um link pré-linguístico, intercorporal. A experiência subjetiva de um self incorporado, situado num contexto cultural formado com outras pessoas, irrompe como entendemos nossas emoções e linguagem. “Através dos sentimentos nos emaranhamos no mundo e conectamos com outras pessoas tanto que às vezes fica difícil distinguir a nossa personalidade e a de outros” (Stanghellini e Rosfort, 2013). Reconhecer as próprias emoções e sentimentos que estão associados à experiência de sofrimento, requer habilidades e acessar os de outras pessoas, requer uma capacidade intersubjetiva para se estabelecer conexões corporais, intercorporais, além de todo um repertório para identificar expressões metafóricas e articulações que facilitem as avaliações dos sentimentos (Stanghellini e Rosfort, 2013).

Conforme dito por Chagas (2016), “antes de buscar uma reflexão sobre o outro, é preciso buscar a reflexão do outro e então experimentar-mo-nos outros”. O

⁹ Essa abordagem é chamada de “coreografia de emoções”, já que como coreografia ela combina os movimentos de uma pessoa (o dançarino), com o design do ambiente (o cenário) no qual esses movimentos estão situados. Poder sentir uma emoção, refletir conscientemente sobre o que está acontecendo ao redor, incluindo os sentimentos-sensações e sentimentos-tonalidade, é dizer primeiramente que a emoção é encarnada e tem um lugar corporificado anteriormente (Stanghellini e Rosfort, 2013).

corpo é a morada do eu, do eu com os outros evidenciados nos links intercorporais (Charon, 2015). Portanto, o corpo de quem trabalha também conta- conta histórias, expressa emoções, movimentos. As narrativas no trabalho em saúde podem constituir esse trabalho profundo sobre as resistências emocionais apontando para a possibilidade de mudanças trazendo sentido à textura afetiva das experiências.

Considerações Finais:

Na medicina a morte não é subjetivada, não é vivida como uma experiência de fronteira, que é poder se localizar no espaço entre o si mesmo e o outro e assim poder localizar o que estamos fazendo, quem somos e o que tudo pode significar. Ao invés de localização e contigüidade acerca da situação do estar aqui, desenvolve-se defesas contínuas para exercer esse ofício. Mas ao fazer parte como profissional neste contexto da morte e do morrer, é inevitável o percurso simbólico a se realizar. Por isso a aposta é que narrando histórias, possamos coreografar emoções, dar corpo e voz a elas, contribuindo para que o *não sense* possa ser transformados em movimentos vida e morte de si, do outro e nos processos de trabalho.

As narrativas neste estudo, evidenciaram fortes sinais de sofrimento que não são expressos em outros contextos, as entrevistas possibilitaram aos entrevistados a percepção sobre o modo como identificam sinais de sofrimento no trabalho (do outro) , a falar do seu próprio sofrimento e expressar sentimentos, afetos e lembranças, que vieram à tona durante a entrevista. Alguns profissionais se vêm fortes na hora de atender o paciente ou a família, mesmo às vezes se sentindo frágeis ou carregando problemas pessoais, e algumas vezes desfalecem após os atendimentos. Na tentativa de resolver problemas de falta de materiais e exames para salvar a vida do paciente, alguns profissionais se sentem muito sobrecarregados, realizando tarefas que não são suas, desgastados e angustiados, somatizam e não tem esperança de melhorias. O sofrimento na UTI é evidenciado pelo inesperado, as mortes, as faces de dor, o baqueamento, o prolongamento do tempo de internação e as expressões sofridas de todos. Profissionais observam que o mecanismo de negação é muito frequente nos familiares, o que os levam a não

aceitar as notícias ruins e a culpabilizar os médicos e enfermeiros.

Nossos achados corroboram com os de Zanatta& deLucca (2015) ao colocarem que “profissionais sentem que não estão preparados para lidar com as perdas, a ponto de se sentirem culpados pela dor, natural e humana, frente à morte”.

“Durante é sempre doloroso, as pessoas sofrem pelo sofrimento da criança, não necessariamente sofrem pela mesma coisa que eu sofro, às vezes uma mãe sofre muito com colher sangue, eu vejo muito as mães sofrendo com a rotina que tem que ser feita no CTI. Não tem jeito, ah, a frustração das mães de não poder levar o filho pra casa, ah, é muito sofrimento isso. São dois momentos que eu vejo de muito sofrimento: um é quando a criança interna, ninguém acha que seu filho vai internar numa UTI, e quando as mães vão embora e deixam seus filhos aqui. Esse é o segundo momento que eu acho que elas sofrem muito. E pra mim, assim, o meu pessoal, de sofrimento, principalmente trabalhando em hospital público, é de limitação de coisas que eu poderia fazer a mais. Então isso me gera muita angústia e sofrimento sempre. São as minhas crises aqui de brigar com todo mundo é por causa disso, normalmente”**(Médica 3)**.

Queixas e reclamações dos processos e condições do trabalho são freqüentes, fica claro o quanto o ofício do profissional intensivista infantil é rico em vivências e com diversas possibilidades de ressignificações a partir dos encontros e das relações neste trabalho.

“Eu me sensibilizo muito, com a dor do paciente, e tento empatizar com a dor do familiar também. Tem que se colocar no lugar daquele familiar para entender o que a pessoa ta sentindo e pensando né, porque, é, se a gente não fizer isso a gente não consegue. Hoje eu sou uma pessoa muito mais tranquila para lidar com mesu filhos em relação a doença né, tenho um outro olhar hoje. E isso é muito bom porque eu consigo empatizar o que as outras mães estão sentindo porque eu já vivi isso. Ter um filho numa UTI. Então eu creio que isso na minha vida realmente foi um ganho”**(Técnica de Enfermagem 1)**

“quando você trabalha muito tempo com um profissional as vezes o olhar já fala”**(Técnico de Enfermagem 2)**

A questão do apego e das perdas é muito presente no trabalho em UTI mas é comum que os profissionais de saúde lidem de forma embaraçosa e fugidia com isto, algumas vezes, excessiva e sofrida (Chagas, 2016). Há discussões e divergências entre a equipe e os familiares quanto maior o tempo de internação, mas também apego e vínculo de amizade e empatia.

“Às vezes a criança vai embora e se você mantém um laço, tem profissionais que acham errado manter um laço, dependendo da entrega das mães e os pais pra você, o laço se perpetua”(Enfermeira 1).

Os dados empíricos evidenciaram que esses profissionais necessitam de suporte emocional para viverem o luto e prevenirem a Síndrome de Burnout(Costa e Lima 2015). Segundo estes autores, o luto antecipatório e o não vivido estão relacionados ao sofrimento dos profissionais de saúde, já que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto no trabalho.

“Uma alteridade, eu acho que isso, é, eu acho que contribuo pra que isso se, esse sofrimento seja vivido com uma certa tranquilidade de acompanhamento, de apoio né, seja social, seja no sentido da escuta né, que qualquer profissão pode fazer”(Assistente Social 2).

“Eu escuto meus colegas no momento da perda e me permito sofrer também”(Psicóloga 1).

SegundoZanatta e deLucca (2015), “na relação com colegas, percebem como imprópria ou não aceitável a necessidade humana de compartilhar no trabalho a sua dor”. Nas entrevistas para a pesquisa, as respostas sobre esse compartilhar se mostraram restritas a pequenos grupos, insuficientes e pouco compreendidas.

“É claro que a gente compartilha sentimentos sim. Existe uma fala por aí que a gente não tem sentimentos, não é verdade, a gente se envolve muito, a gente sofre, a gente fica triste, preocupado, só que a mecânica do trabalho é muita, e nem sempre a gente tem esse tempo de demonstrar sentimentos, muitas vezes ele é em tempo curto, mas não é porque não somos sentimentais, ao contrario. As vezes é

revoltante ne, em relação a gente se manifestar, a gente não tem um meio próprio, um espaço, a gente fala entre a gente mesmo, os colegas. Conversa, desabafa, ficamos um pouco comovidos em grupo, quase que uma terapia. Então, acho que é por aí só que a mecânica do trabalho é muita e nem sempre a gente tem tempo de demonstrar sentimentos””(Técnico de Enfermagem 2)

“Admitir falhas é demonstrar fraqueza, a família vai achar que estamos com medo de alguma coisa” (Médica 1)

Com formações e ideologias específicas, a elaboração do luto e outras vivências ocorrem de modos diversos e são distintas as formas como lidam com a doença, a morte e o morrer, e a comunicação de notícias difíceis (INCA, 2010). Nossos achados parecem corroborar com essas pesquisas. Vários profissionais se queixaram de não terem suporte emocional no trabalho. A experiência dos anos trabalhados traz “autocontrole”mas não diminui o sofrimento em lidar com as perdas, ou seja, está havendo pouco crescimento e resignificação diante de situações humanas dolorosas. Os profissionais verbalizam a necessidade de se buscar ajuda psicológica.

Profissionais de enfermagem sentem-se mais a vontade preparando o corpo mas não participando das vivências de dor e luto dos familiares, embora tentem dar algum consolo, um abraço e uma palavra amiga. Preferem chamar a psicologia, o médico, o serviço social. Outros profissionais como os fonoaudiólogos e fisioterapeutas relatam falas parecidas às do pessoal da enfermagem:

“A equipe ali junto faz a diferença, sozinho você não consegue [...].É o que eu já falei que tenho dificuldade de lidar, a visão da morte, de muita tristeza. Apesar que a gente sabe que a gente nasce, desenvolve e morre, eu tenho dificuldade de aceitar. Eu fico muito incomodada de ver, de saber que a criança ta perto de ir, tenho dificuldade de aceitar, não é uma coisa que eu tenha facilidade de aceitar, não, morreu , não, tenho dificuldade de aceitar. Não me canso de tentar o tempo todo a vida entendeu. É, tenho bastante dificuldade, a situação mais complexa, se eu pudesse escolher, é, assim, não queria nunca que meu plantão tivesse óbito. Ah acho normal, ta numa uti, tem paciente grave, não! Não, eu não acho assim simples. Tem a ver assim com falha ne, eu sei que não é, mas a sensação é essa. Tem que

arregaçar a manga, tem que fazer mais, mais, mais. Eu não tenho... É, por mais que eu veja que a equipe fez tudo, eu vejo aqui, eu vejo que os médicos tentam utilizar todos os recursos para manter a vida. E, enfim, eu acho isso” (**Fisioterapeuta 1**)

“É claro que boa parte das vezes nós não nos preparamos para perda,nós não temos, nós não lidamos bem com isso desde a infância, mas de qualquer forma é uma questão que precisa ser trabalhada, como uma questão necessária. Faz parte do processo, faz parte do pacote”(**Técnico de Enfermagem 3**).

É frequente o discurso de profissionais dizendo que embora trabalhem em hospital não desejam e até evitam presenciar mortes.O impacto deste acontecimento não é obrigatoriamente transformado em experiência, vivemos e nem sempre produzimos narrativas lingüísticas e não conseguimos falar delas, não as tornamos experiências (Chagas, 2016).

Algumas pessoas se apegam ao paciente e sofrem quando morrem; outros evitam se apegar para não sofrer pela perda. As notícias difíceis geralmente são dadas pelos médicos, com apoio da Psicologia e do serviço social quando são solicitados; nem todos os profissionais se sentem preparados para dar notícias ruins, alguns evitam, fogem , travam, choram.Os profissionais não elaboram os lutos pelas perdas de pacientes, nem refletem as possíveis falhas em certas condutas, seguindo a diante sem olhar para trás.

“É claro que boa parte das vezes nós não nos preparamos para perda,nós não temos, nós não lidamos bem com isso desde a infância, mas de qualquer forma é uma questão que precisa ser trabalhada, como uma questão necessária. Faz parte do processo, faz parte do pacote”(**Técnico de Enfermagem 3**)

A proposta de trazer os relatos autoetnográficos além de entrevistas, se deu pelo fato da autoetnografia ser um método de pesquisa que reconhece e valoriza os relacionamentos de um pesquisador com outros, mostra as pessoas no processo de descobrir o que fazer,como viver e o significado de suas lutas ,além de equilibrar rigor intelectual e metodológico, emoção, e criatividade(Ellis et. al, 2015). Nos espaços potenciais criados pelos encontros intercessores desse trabalho, entrelaçando objetividade e subjetividade nas tramas da angústia mas também da esperança, fios se entrelaçam, se acrescentam e se desfazem, adquirindo formas e

cores, como numa dança. Entre dor psíquica e a dor corporal, o sofrimento dos trabalhadores demonstram a ferida narcísica em virtude da quebra da onipotência, e a dor da perda vem para todos que estão envolvidos no processo.

“Sonho que estava numa peça de teatro onde era uma atriz coadjuvante que não tinha decorado o texto e não sabia o que ia falar. Lembrei da arte de improvisar. Na hora de entrar no palco, cochilo na coxa e acordo no momento do agradecimento. Entro no palco com a cara e a coragem. Pergunto para os colegas porque não me acordaram e que me desculpassem pois estava muito cansada. O script foi entregue no dia, também não teria mesmo condições de memorizar! E não havia ensaiado. Ensaiar é muito importante! E aí veio a lição: “às vezes é preciso sair de cena e deixar que cada um cumpra seu papel; outras vezes podemos chegar no final, sem aviso, sem ensaio, no improviso. Viver é improvisar!”

Assim como no sonho, a arte expressa o inconsciente, cujos significantes incidem sobre o corpo, clamando pela simbolização. No trabalho em UTI, o sofrimento incide sobre o corpo e o olhar de quem observa algo desses sofrimentos só pode estar sensível quando se permite a intersubjetividade profunda. O trabalho com narrativas articuladas à autoetnografia vêm de encontro com esta proposta de não sermos apenas observadores, mas podermos ser participativos, compartilhando experiências e emoções em cotidianos de trabalho tão endurecidos.

Referências Bibliográficas:

Adams, T., Jones, S. & Ellis, C.(2015). Autoethnography, understanding qualitative research. New York: Oxford University Press. Retirado de <https://granolagradschoolandgoffman.wordpress.com/2015/08/13/adams...>

Aguiar, H.C.(2018). Bebê Prematuro. Pais e Mães Prematuros. In: F.S. R.Almendra (Ed.). Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva. Intervenções em situações de urgência subjetiva (pp.3-12). 1a ed.- Rio de Janeiro, RJ: Atheneu.

Ariès, P.(2017). Sobre a História da Morte no Ocidente Desde a Idade Média (P.V. de Siqueira, Trad.). [Ed. Especial]. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.

Bruner, J.(1991) A construção narrativa da realidade(W. F. Neto, Trad.).

CriticalInquiry, 18(1), pp.1-121. Retirado de https://www.academia.edu/4598706/BRUNER_Jerome.

Chagas, M.S.(2016). Chamei a morte para a roda ela quis dançar ciranda, mudança: estudo descritivo do processo de cuidar diante da finitude.287 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Chagas, M.S & Abraão,A.L(2017). Produção do cuidado em saúde centrado no trabalho vivo: existência de vida no território da morte. Interface (Botucatu). Retirada de <https://www.escavador.com/sobre/4711905/magda-de-souza-chagas>.

Charon, R.O(2015). O Corpo que se conta. Por que a medicina e as histórias precisam uma da outra. São Paulo: Letra e Voz.

Clandinin,D.J.&Connelly,F.M.(2015). Pesquisa narrativa. Experiência e história em Pesquisa Qualitativa. (2a ed rev.). Uberlândia,MG:Ed. UFU.

Costa, J.C., & Lima, R.A.G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Revista Latino-americana de Enfermagem;março-abril;13(2):151-7.Retirada de bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EPN/EPN05/CARVALH...

Dejours,C(1992). A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 2a ed. São Paulo,SP: Cortez/Oboré.

Foucault, M. (1998). O Nascimento da Clínica. (R. Machado, Trad.) 5a ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense universitária.

Instituto Nacional de Câncer(2010). Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde.Rio de Janeiro,RJ: Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Retirado de bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf.

Merhy,E.E. (2004). O conhecimento militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido.In: Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. T. B. Franco e M. A. de A. Peres. (Orgs.). Acolher Chapecó. 1a ed. São Paulo: Editora Hucitec, v. 1, p. 21-45. Disponível também em www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf.

Pitta, A.M.F.(2016). Hospital: dor e morte como ofício. (7a ed). São Paulo,SP: Hucitec Editora.

Stanghellini,G.&Rosfort, R.(2013). Emotions and Personhood. Exploring fragility-making Sense of Vulnerability.Published by Oxford University Press, Oxford, UK,,352pp.Retiradode

oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199660575.001.0001/med.

Zanatta, A. B & de Lucca,S.R.(2015). Prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil.Revista da Escola de Enfermagem da USP. ; 49(2):253-260. Retirada de <https://www.escavador.com/sobre/3836873/sergio-roberto-de-lucca>.