

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARIANA AGUILAR BALDO

**A EXPERIÊNCIA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UTI:
APORTES PSICANALÍTICOS SOBRE O CUIDADO E A DOR**

Profª Drª. Mônica Medeiros Kother Macedo
Orientadora

Porto Alegre
2011

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**A EXPERIÊNCIA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UTI:
APORTES PSICANALÍTICOS SOBRE O CUIDADO E A DOR**

Dissertação de Mestrado

MARIANA AGUILAR BALDO

Prof^a Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo
Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2011.

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**A EXPERIÊNCIA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UTI:
APORTES PSICANALÍTICOS SOBRE O CUIDADO E A DOR**

MARIANA AGUILAR BALDO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^ª. Dr^ª. Mônica Medeiros Kother Macedo
Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2011.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B178e Baldo, Mariana Aguilar
A experiência do técnico de enfermagem em UTI: aportes psicanalíticos sobre o cuidado e a dor. / Mariana Aguilar Baldo. – Porto Alegre, 2011.
107 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, PUCRS.
Orientação: Profa. Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo.

1. Psicologia Clínica. 2. Psicanálise. 3. Cuidado.
4. Trabalhadores - Saúde. 5. Enfermagem. 6. Trabalho Hospitalar. I. Macedo, Mônica Medeiros Kother. II. Título.

CDD 158.7

Bibliotecária Responsável:
Cíntia Borges Greff - CRB 10/1437 – E-mail: norma.abnt@gmail.com

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Mariana Aguilar Baldo

**A EXPERIÊNCIA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UTI:
APORTES PSICANALÍTICOS SOBRE O CUIDADO E A DOR**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^ª. Dr.^ª. Mônica Medeiros Kother Macedo

Presidente

Prof. Dr.^ª. Andrea Gabriela Ferrari

Univeridade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr.^ª. Mariana Calesso Moreira

Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento

Porto Alegre, dezembro de 2011.

Mito do Cuidado

“Quando um dia o Cuidado atravessou um rio, viu ele terra em forma de barro; meditando, tomou uma parte dela e começou a dar-lhe forma. Enquanto medita sobre o que havia criado, aproximou-se Júpiter. O Cuidado lhe pede que dê espírito a essa figura esculpida em barro. Isso Júpiter lhe concede com prazer. Quando, no entanto, o Cuidado quis dar seu nome à sua figura, Júpiter o proibiu e exigiu que lhe fosse dado o seu nome. Enquanto o Cuidado e Júpiter discutiam sobre os nomes, levantou-se também a Terra e desejou que à figura fosse dado o seu nome, já que ela lhe tinha oferecido uma parte de seu corpo. Os conflitantes tomaram Saturno para juiz. Saturno pronunciou-lhes a seguinte sentença, aparentemente justa:

‘Tu, Júpiter, porque deste o espírito, receberás na sua morte o espírito; tu, Terra porque lhe presenteasse o corpo, receberás o corpo. Mas, porque o Cuidado primeiro formou essa criatura, irá o cuidado possuí-la enquanto ela viver. Como, porém, há discordância sobre o nome, irá chamar-se homo (homem), já que é feito de húmus (terra)’. ”

(Heidegger, 1995, p. 263-264)

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Mônica Medeiros Kother Macedo, minha querida orientadora, por sua constante e afetuosa presença ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional. Pelos ensinamentos que vão muito além da Psicanálise. Meu carinho, admiração e profundo agradecimento!

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação, bem como de todo o percurso do mestrado, contou com a participação de várias pessoas, direta ou indiretamente, às quais registro o meu sincero agradecimento:

À minha família, que é meu porto seguro e fonte de inspiração;

À minha mãe Dulce que, como todo seu amor, dedicação e cuidado, sempre me apoiou e me incentivou, além de servir, para mim, como um exemplo a ser seguido;

Ao meu pai David, que carinhosamente sempre me mostrou o valor do conhecimento e o prazer das conquistas;

Ao meu irmão Matheus, que mesmo distante se fez presente e participou de cada etapa conquistada, me mostrando que é possível a realização dos sonhos;

À Laura, minha irmã que com sua alegria, bom humor e companheirismo me proporcionou momentos de descontração;

Aos meus avós maternos, Afonso e Leda, e aos meus avós paternos, Domingos e Iracy, que oram e zelam por mim;

Ao Pedro, pelo amor, amizade e companheirismo, que, com sua paciência e seus gestos de carinho e cuidado, me fez acreditar que tudo daria certo;

Aos colegas do Grupo de Pesquisa “Fundamentos e Intervenções em Psicanálise”, que me acompanharam, ouviram meus anseios e proporcionaram momentos de convívio que foram muito importantes e serão inesquecíveis para mim;

Ao Rafael Lisboa dos Santos, pelo precioso auxílio na formatação do texto e pela dedicação nas transcrições das entrevistas;

Ao Thomás Gomes Gonçalves, pela qualidade do trabalho de tradução;

Aos bolsistas e auxiliares do Grupo de Pesquisa, Jaqueline Conz, Jorge Ondere Neto, Giordanna Indursky, Maria Eduarda Motta, pelos questionamentos que auxiliaram na construção do estudo e pelos momentos que tornaram as tardes mais alegres;

Às mestrandas “velhas” Laura Tomasi e Roberta Giacobone, colegas e amigas, pelas trocas teóricas e afetivas e, por dividirem as ansiedades advindas da elaboração e da construção de uma dissertação;

À Carolina Dockhorn, Fernanda Cesa, Evelise Waschburger, Paula Kegler e Roberta Monteiro por me proporcionarem experiência na pesquisa e por servirem de inspiração para o início desta trajetória;

Aos colegas e coordenadores de seminário da Sigmund Freud Associação Psicanalítica, pelo incentivo e as trocas constantes que colaboraram muito para esse trabalho;

À Elenara Vaz Faviero, pela escuta cuidadosa;

À Eurema Gallo de Moraes, pela qualidade dos nossos encontros e pelos sólidos ensinamentos;

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS, especialmente à Blanca Werlang, que me apresentou o mundo da pesquisa;

Aos participantes desta pesquisa que gentilmente disponibilizaram seu tempo e suas experiências para tornar esta investigação possível.

Muito Obrigada!

RESUMO

A preocupação com a qualidade de vida do trabalhador que atua na área da saúde vem sendo colocada em evidência por diversos programas do Ministério da Saúde. O Programa Humaniza SUS (Sistema Único de Saúde) está sendo desenvolvido desde 2003 e tem como um de seus objetivos apoiar as equipes que trabalham nas Unidades de Saúde em momentos de crise. A partir do desenvolvimento de programas do governo federal evidencia-se a necessidade de compreender não só as demandas próprias dos pacientes, mas também de auxiliar a equipe de trabalho no sentido de criar condições que promovam a qualidade de vida dos profissionais que têm no exercício do cuidado o cerne de sua prática laboral. Dentre os diferentes setores de um hospital, a unidade na qual são internados os pacientes graves, que necessitam de utilização de tecnologia e que se encontram em iminente risco de morte devido à precariedade da condição clínica desses pacientes, está a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Este estudo pretendeu explorar as condições emocionais implicadas no exercício laboral de técnicos de enfermagem que atuam em ambiente de UTI e dedicam-se a exercer funções de cuidado como prática de sua rotina profissional. Para tanto, foram elaboradas duas seções acerca dessa temática: uma teórica e outra empírica. Na seção teórica propõe-se uma leitura sobre as especificidades envolvidas no exercício do cuidado, priorizando-se aspectos referentes à condição humana de desamparo incrementada frente à ocorrência do adoecimento. Para explorar a dinâmica psíquica que se faz presente nessa condição, utilizaram-se os aportes da Psicanálise. A seção empírica que também compõem este estudo, mediante a utilização de uma metodologia qualitativa, investiga peculiaridades da experiência de técnicos de enfermagem no trabalho como profissionais da saúde no ambiente de UTI. Foram realizadas entrevistas semidirigidas, nas quais se buscou explorar a história de vida, as motivações da escolha profissional, os aspectos que facilitam e os que dificultam a prática diária, bem como os efeitos que o ambiente e a profissão têm no campo intrapsíquico e nas relações intersubjetivas estabelecidas entre o cuidador e os pacientes. Os achados, neste estudo, foram analisados e discutidos por meio da Análise de Conteúdo. Identificaram-se três categorias finais denominadas: Especificidades identificatórias do sujeito cuidador; Efeitos no campo intrapsíquico e intersubjetivo do *cuidador*; Desvelando o cuidar – a escuta ao cuidador. Dessa forma, foi possível refletir em profundidade a respeito dos fenômenos psíquicos envolvidos na tarefa de cuidar. A Psicanálise ofereceu uma valiosa contribuição para explorar e problematizar a complexidade dos fatores envolvidos na ação do cuidado, bem como para realizar uma reflexão sobre a exigência de trabalho psíquico imposta frente às demandas emocionais próprias do cenário de uma UTI.

Palavras-Chave: Cuidado, Psicanálise, Desamparo, Enfermagem, Hospital

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia)

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.07.00-6 (Psicologia do Desenvolvimento Humano)

ABSTRACT

The concern about the life quality of the worker who works in the health area has been highlighted by many programs of the Health Ministry. The Programa Humaniza SUS (Sistema Único de Saúde) has been developed since 2003 and one of its goal is to support the teams which work in the Health Units in some moments of crisis. From the development of some programs of the Federal Government it is necessary to understand not only the demands of the patients but also to aid the work's team in order to create conditions which promotes the life quality of the professionals in which the caring issue has its aim in the labor practice. Among the different sectors of a hospital, the unit which that critically ill patients are hospitalized who needs the use of technology and who are about to die due to poor clinical condition of these patients is the Intensive Treatment Unit (ITU). This essay intended to explore the emotional condition employed into labor of nursing technicians who work at ITU and are caregivers in their labor daily routine. In order to do that, two sections were written about this topic: a theoretical and an empirical one. On the theoretical part, it is proposed the specificities concerning the issue of taking care of someone, putting as priority the helplessness human condition which is increased facing some illness situation. In order to understand the psychic dynamic which is inherent in this condition, it is going to be used the psychoanalytical theory. The empirical section is going to be done through a qualitative methodology which is useful to investigate some particular aspects of nursing technicians' experiences in the role of caregivers as health professionals in ITU environment. Some interviews were done which aimed to explore the life history, the motivation of choosing this profession, the aspects that facilitated and also those that complicated in their labor daily routine, as well as the effects that environment and profession have on their intrapsychic field and in the relationship intersubjective between caregiver and their patients. The outcomes of this study were analyzed and discussed through the Analysis of Content. Three categories were identified: Identificatory specificities of caregivers; Effects in the intrapsychic and intersubjective field; Revealing the care action- listening the caregiver. Thus, it was possible to think about the depth concerning the psychic phenomena involved in the task of taking care of someone. Psychoanalysis offered a great contribution to explore and to discuss about the complexity of the factors which are involved in the action of taking care of someone, as well as to think about the exigencies of psychic effort on those emotional demands of the ITU environment.

Keywords: Care, Psychoanalysis, Helplessness, Nursery, Hospital

Area according to CNPq classification: 7.07.00.00-1

Subarea according to CNPq classification: 7.07.07.00-6 (Psychology of Human Development).

SUMÁRIO

LISTA GERAL DE TABELAS	13
LISTA GERAL DE QUADROS.....	14
INTRODUÇÃO GERAL	15
Referências	21
SEÇÃO TEÓRICA	22
CUIDADO E ADOECIMENTO FÍSICO EM UTI: APORTES PSICANALÍTICOS	22
Introdução.....	23
A condição inerente de desamparo frente ao aprêmio da vida.....	24
O incremento do desamparo na condição de adoecimento físico	26
Adoecimento e demandas de cuidado: o fazer do técnico de enfermagem na UTI	29
Uma leitura da Psicanálise sobre o ato de cuidar	32
Considerações finais.....	35
Referências	38
SEÇÃO EMPÍRICA.....	41
CONHECENDO O AGENTE DO CUIDADO: ESCUTA AO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE UTI.....	41
Introdução.....	42
Método	44
Discussão dos Resultados.....	46
Considerações Finais.....	89
Referências	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	97
ANEXOS.....	100

ANEXO A.....	101
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.....	101
ANEXO B.....	103
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	103
ANEXO C.....	105
Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos.....	105

LISTA GERAL DE TABELAS

Tabela 1. Sumarização dos dados dos participantes obtidos na Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos.....	47
--	----

LISTA GERAL DE QUADROS

Quadro 1. Categorização inicial, intermediária e final dos dados obtidos nas entrevistas com os participantes do estudo.....	48
Quadro 2. Dados referentes à Categoria Final 1	49
Quadro 3. Dados referentes à Categoria Final 2	61
Quadro 4. Dados referentes à Categoria Final 3	72

INTRODUÇÃO GERAL

Esta dissertação de mestrado, intitulada *A experiência do técnico de enfermagem em UTI: aportes psicanalíticos sobre o cuidado e a dor*, foi desenvolvida no Grupo de Pesquisa “Fundamentos e Intervenções em Psicanálise”, coordenado pela Professora Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo. O Grupo de Pesquisa está inserido na área de concentração denominada “Constructos Teóricos, Modalidades de Avaliação e Intervenção na Construção do Conhecimento em Psicologia Clínica”, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O presente estudo vincula-se ao Projeto guarda-chuva “Metapsicologia Psicanalítica: Conceitos e Aplicações” e tem como objetivo caracterizar a experiência de técnicos de enfermagem como agentes do cuidado no ambiente de uma UTI em um hospital particular da cidade de Porto Alegre.

A motivação em pesquisar sobre o tema do cuidado na experiência laboral de profissionais da área da saúde surgiu a partir de um estudo anterior realizado no Grupo de Pesquisa, que investigou as vivências de candidatos que estão na lista de espera por um transplante de pulmão. A partir da realização do estudo sobre essa experiência de aguardar pelo transplante pulmonar, salientou-se o fato de que os profissionais da saúde que trabalham com pacientes em situação de risco e que demandam um cuidado intenso desempenham funções que vão além do trabalho técnico. Tomando essas inquietações acerca da experiência profissional em situações que exigem grande envolvimento dos profissionais, originou-se a ideia de explorar e compreender os fatores presentes na experiência de técnicos de enfermagem como agentes do cuidado em um contexto de UTI, delineando-se, portanto, a modalidade do estudo em questão.

A preocupação com a qualidade de vida do trabalhador que atua na área da saúde vem sendo colocada em evidência por diversos programas do Ministério da Saúde. O Humaniza SUS (Sistema Único de Saúde), um desses programas, está sendo desenvolvido desde 2003 e

tem como um de seus objetivos apoiar as equipes que trabalham nas Unidades de Saúde em momentos de crise. Esse Programa propõe ações no campo das relações do trabalho, auxiliando o trabalhador a desenvolver suas tarefas com maior qualidade (Ministério da Saúde, 2006). O Humaniza SUS tem, assim, como uma de suas intenções, legitimar as políticas de saúde desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao considerar fundamental o processo de humanização relacionado à valorização dos sujeitos envolvidos nos processos públicos de saúde, considera-se como sujeitos envolvidos os usuários, os gestores e os trabalhadores do sistema. Este programa federal prioriza, entre outros fatores, o mapeamento das demandas sociais, coletivas e subjetivas decorrentes da área da saúde. Logo, o Ministério da Saúde tem como proposta de trabalho um SUS mais acolhedor, ágil e resolutivo em suas intervenções.

Nessa direção, constata-se também que o aumento da expectativa de vida e a melhoria das condições sanitárias do país fizeram com que o Ministério da Saúde (2008) desenvolvesse o “Guia prático do cuidador”. Os avanços na área da saúde possibilitam que as pessoas vivam por um período mais prolongado, mesmo possuindo algum tipo de incapacidade. Diante dessa situação, ocorreu um crescimento das demandas por profissões relacionadas ao cuidar, e a presença de um cuidador ficou cada vez mais frequente em lares e locais especializados. Dessa forma, a necessidade de orientar e qualificar esses profissionais para ações de cuidado com o paciente e para consigo mesmos ficou evidenciada. O Guia Prático objetiva orientar e esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os agentes do cuidado na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas, e que necessitam de cuidados especiais. Para tanto, faz referência a aspectos que visam promover melhor qualidade de vida para o cuidador e a pessoa cuidada.

O Guia apresenta um capítulo destinado ao *autocuidado*, definido como sendo a ação de cuidar de si próprio que engloba atitudes e comportamentos que o cuidador deve ter em

benefício próprio, no intuito de promover sua saúde, assegurar e manter qualidade em sua vida. Esse Guia identifica, também, tarefas desempenhadas pelo agente do cuidado. Entre elas, encontra-se a referência à atuação do cuidador como constituindo um elo entre a pessoa cuidada, sua família e a equipe de saúde. São nomeadas atividades tais como ajudar na higiene e comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada (Ministério da Saúde, 2008).

A partir do desenvolvimento desses programas do governo federal, evidencia-se a necessidade de compreender não só o paciente, mas auxiliar a equipe de trabalho e promover a qualidade de vida dos profissionais que desempenham diariamente a tarefa de cuidar de um outro. Considerando o hospital como sendo uma instituição que visa à atenção à saúde, com atribuição de oferecer assistência médica, recursos diagnósticos e promover o tratamento do paciente (Pereira & Nassar, 2008), entende-se ser essa instituição a que dispõe de um maior número de profissionais atuantes como agentes de cuidado.

Dentre os diferentes setores de um hospital, a unidade onde são internados os pacientes graves, considerando a necessidade de utilização da tecnologia e o risco iminente de morte devido à precariedade da condição clínica desses pacientes, é chamada de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Essa unidade se caracteriza por ser um local de trabalho no qual ocorrem situações complexas e críticas. Portanto, é considerado o ambiente mais traumatizante e agressivo de um hospital (Martins & Robazzi, 2009). Devido à especificidade desse contexto, os trabalhadores de uma UTI deparam-se, diariamente, com vivências de sofrimento e dor dos pacientes e seus familiares, enfrentando, assim, situações que provocam intensa angústia, nas quais ocorrem desgastes frente às exigências psíquicas inerentes à tarefa de cuidar (Shimizu & Ciampone, 2002). Quando se abordam as condições do exercício do cuidado no âmbito da saúde hospitalar, constata-se a intensa demanda à qual estão sujeitos esses profissionais. Ou seja, em relação ao ambiente de

um UTI, é inegável o incremento da influência dos aspectos emocionais no exercício da vida laboral.

O presente estudo é relevante na medida em que se propões a explorar, a partir do ponto de vista psicológico, a experiência de técnicos de enfermagem no exercício de suas funções frente ao atendimento de pacientes graves internados em UTI. As modalidades de demandas oriundas por parte de pacientes deste contexto hospitalar fazem com que seja exigida do técnico de enfermagem uma prática laboral singular que tem na qualidade do exercício do cuidado um eixo central. A denominação de Unidade de Terapia Intensiva já explicita o risco à vida do paciente, justificando a condição de intensificação dos cuidados. Logo, considerando tanto a atenção exigida do cuidador aos aspectos físicos de seus pacientes, quanto a presença de intensas demandas emocionais direcionadas ao profissional responsável pelos pacientes, se evidencia a necessidade de uma reflexão consistente a respeito dos efeitos no agente de um exercício laboral cotidiano com essas especificidades.

Dessa forma, conhecer esses profissionais e explorar os aspectos emocionais envolvidos na atividade do cuidar possibilita que se lance um olhar atento àquele que se dedica a decifrar e atender a demanda de outros, mas que, para exercer essa ação de forma qualificada e satisfatória, não pode descuidar de si mesmo. A partir da escuta das experiências em UTI com base na perspectiva dos agentes do cuidado, poder-se-á propor recursos mais efetivos que instrumentalizem os profissionais que ali exercem a função de cuidadores do padecimento alheio. Nesse sentido, o presente estudo considera fundamental a atenção ao processo de humanização presente na proposta do Ministério da Saúde, a qual toma como ponto de partida o mapeamento das demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde.

Esta dissertação de Mestrado foi desenvolvida a partir do projeto **“Uma compreensão psicanalítica sobre a ação do cuidado em UTI”**, remetido à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da

PUCRS, para apreciação. Sua aprovação deu-se em 25 de março de 2011 (Anexo A). Com base no referido projeto, foram elaboradas duas seções de estudo sobre o tema, de acordo com a Resolução nº 002/2007, de 06/11/2007, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. A primeira seção, de cunho teórico, é intitulada *Cuidado e adoecimento físico: aportes psicanalíticos*; e a segunda seção, de caráter empírico, foi denominada *Conhecendo o agente do cuidado: escuta ao técnico de enfermagem no contexto de UTI*.

A seção teórica teve como objetivo, a partir de uma revisão da literatura sobre a temática do desamparo e a condição do adoecimento, abordar as relações estabelecidas entre desamparo e adoecimento. Ao compreender a situação de adoecimento como uma reedição da situação de desamparo inicial inerente à condição humana e ao identificar a importância do outro no processo de constituição psíquica, encontrou-se nos aportes da Psicanálise contribuições para problematizar os aspectos decorrentes dessas relações.

Ao explorar as especificidades do campo intersubjetivo, constata-se ser no encontro com o outro que se cria a possibilidade do sujeito experienciar situações que o auxiliarão frente ao desamparo. No decorrer da vida, inúmeras serão as situações em que essas condições se repetem, sendo que, frente à ocorrência do adoecimento, outros fatores adentram o campo da relação do sujeito com o outro. Questiona-se a respeito da dinâmica presente na relação entre o paciente acometido por um grave adoecimento e a condição do profissional que desempenha a função de cuidador, no cenário de uma UTI. Considerando-se a intensidade das demandas próprias desse encontro, propõem-se uma leitura psicanalítica a respeito da condição que envolve o ato de cuidar de outro.

A seção empírica, por sua vez, responde ao Projeto por meio de um estudo que explorou a experiência de técnicos de enfermagem como agentes do cuidado em um hospital particular de Porto Alegre. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu a partir da escuta de técnicos de enfermagem acerca de suas vivências no ambiente de UTI. Foram considerados os

processos relativos às especificidades identificatórias do sujeito cuidador, os efeitos que o ambiente e a profissão têm no campo intrapsíquico e nas relações intersubjetivas estabelecidas entre o cuidador e os pacientes. Também foram abordados aspectos referentes à singularidade destes profissionais da saúde diante dos enfrentamentos necessários para a prática diária de cuidar. Para tanto, elegeu-se como opção metodológica a realização de um estudo qualitativo, tendo sido entrevistados quatro profissionais que atuavam havia mais de 5 anos como técnicos de enfermagem neste ambiente de UTI. Os resultados da pesquisa foram analisados e discutidos com o auxílio da Análise de Conteúdo de Bardin (1991), na proposta de Moraes (1999), e os dados obtidos foram interpretados a partir de aportes da Psicanálise.

A composição desta Dissertação de Mestrado, mediante a apresentação de duas seções, permitiu, tanto na perspectiva teórica quanto empírica, uma reflexão em profundidade a respeito dos fenômenos psíquicos envolvidos na tarefa desempenhada por cuidadores. A Psicanálise ofereceu uma valiosa contribuição para explorar e problematizar a complexidade dos fatores envolvidos na ação do cuidado, bem como para realizar uma reflexão sobre a exigência de trabalho psíquico imposta pelas demandas emocionais próprias do cenário de uma UTI.

O valor do presente estudo refere-se a reconhecer que, no exercício de uma função tão relevante quanto a de um técnico de enfermagem no ambiente de UTI, além de sua inquestionável necessidade de preparo técnico, também passam a ser elemento decisivo na qualidade de seu exercício laboral as condições de cuidado para consigo mesmo. Além de explorar a complexidade presente na ação do técnico de enfermagem colocando em evidência as demandas emocionais as quais se vê submetido, este estudo teve como objetivo enfatizar a importante parcela de contribuição que têm, no fazer profissional, os aspectos referentes às condições psíquicas do cuidador.

Referências

- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Martins, J.T. & Robazzi, M.L.C.C. (2009). O trabalho do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva: sentimento de sofrimento. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(1), 52-58.
- Ministério da Saúde (2006). *Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 22 de setembro de 2009, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342.
- Ministério da Saúde. (2008). *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 37(22), 7-32. Porto Alegre: PUCRS.
- Perreira, F.A. & Nassar, M.R.F. (2008). Hospitais universitários: aspectos teóricos para construção de uma política de comunicação. *Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas*, 21-22 de outubro.
- Shimizu, H.E. & Ciampone, M.H.T. (2002). As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola. *Revista escola de enfermagem USP*, 12(4), 623-630.

SEÇÃO TEÓRICA

CUIDADO E ADOECIMENTO FÍSICO EM UTI:

APORTES PSICANALÍTICOS

Introdução

A função do cuidado é relevante desde o início da vida. Todo ser humano teve, em sua história, a demanda inicial de ser amparado e contar com o cuidado exercido por outro. A criança, ao nascer, precisa de um cuidador habilitado a dar conta daquilo que ela por si mesma não pode atender. Assim, a necessidade de um suporte humano como exigência essencial à manutenção da vida e à inscrição em uma ordem social é o que diferencia a condição humana das outras espécies, tornando relevante a qualidade desse encontro primordial com o semelhante.

O indivíduo da espécie humana ao nascer é deficiente em seus estímulos, pois não há nada em seu sistema genético-neurológico que defina o objeto capaz dar conta de seu mal-estar. Os animais ao nascerem já “sabem” como satisfazer as suas necessidades, e o semelhante, nesse caso, tem o papel de servir como modelo a ser imitado (Jerusalinsky, 1999). Diferentes das outras espécies, o humano recém-nascido fica exposto às suas necessidades sem recursos biológicos para satisfazê-las, não sendo capaz de lidar com incômodos externos, assim como não consegue apaziguar sozinho os estímulos internos. Dessa, forma a criança somente poderá se satisfazer através da ação de um outro “ser humano tutelar” (Jerusalinsky, 1999, p. 25). Assim, o papel do semelhante no que diz respeito às experiências humanas tem uma função que vai muito além de um modelo a ser imitado.

A deficiência de recursos para apaziguar o seu mal-estar e a evidente necessidade da ação do outro para a manutenção de sua vida fazem com que o ser humano seja compreendido com um ser marcado pelo desamparo. Este desamparo inicial é comum a todos os seres humanos e de extrema importância para a constituição do psiquismo à medida que abre a possibilidade do encontro com o outro. Ao longo da vida, essa situação de desamparo se repete de diferentes formas, sempre que o sujeito encontra-se frente a uma situação na qual não dispõem de recursos para metabolizar os excessos. A manifestação de uma doença

orgânica, um adoecimento grave caracterizam-se por serem situações nas quais o indivíduo não dispõe de recursos para sozinho apaziguar o seu mal-estar, recorrendo a outra pessoa na tentativa de que esta possa promover ações que o auxiliem. Dessa forma, pode-se compreender o ser humano acometido por um grave adoecimento como um sujeito que se encontra em uma situação de desamparo.

Os aportes psicanalíticos, a partir do reconhecimento da singularidade e dos efeitos que o campo intersubjetivo provoca no sujeito, permitem refletir sobre a importância do encontro com o outro decorrente das situações de desamparo. Assim, a Psicanálise permite fazer uma leitura acerca das implicações psíquicas que o adoecimento físico produz no sujeito, bem como refletir sobre as demandas envolvidas no ato de cuidar de outro e quando este torna-se uma prática profissional.

A condição inerente de desamparo frente ao aprêmio da vida

A constatação do desamparo humano primordial é decorrente do reconhecimento da falta de recursos de um bebê para suprir, por si só, as excitações produzidas desde o início de sua vida. São excitações em grande quantidade e intensidade, as quais o outro terá de atender por meio de sua ação. Enquanto a descarga ou o alívio da tensão não ocorre, a excitação segue aumentando, produzindo no organismo humano uma condição de desprazer.

No texto “Projeto para uma Psicologia Científica”, Freud (1950[1895]/1996) busca desenvolver uma forma científica de compreender os fenômenos humanos. O autor postula, então, a noção de *ação específica* para descrever uma ajuda alheia promovida pelo outro humano na tentativa de suprir as demandas provenientes da inegável condição de desamparo infantil frente ao acometimento das excitações. Destaca-se não ser qualquer ação proveniente do outro que se caracteriza como uma *ação específica*. A partir do postulado por Freud (1950[1895]/1996), compreende-se como *ação específica* uma ação capaz de amenizar o

desconforto e a sensação de desprazer presentes no organismo criança, proporcionando-lhe, assim, uma *experiência de satisfação*.

Nesse sentido, tomando como base o freudiano, Bleichmar (1994) enfatiza que um iniciante na vida não tem como dissipar toda a excitação interna desenvolvida, visto não ter na via motora condições de descarga. A criança, então, necessita da ação de outro para dar cabo de sua própria excitação. A dinâmica que marca esse encontro faz com que Freud a defina como sendo uma *vivência de satisfação*, uma vez que nela a condição de desamparo da criança é reconhecida por outro, e o cuidado que lhe é ofertado de fora inaugura o registro de uma situação prazerosa.

A situação de encontro com o outro, além de promover a satisfação das necessidades, em um primeiro momento, fisiológicas, marca o início do processo de constituição psíquica, pois concomitantemente à ação que atende às demandas da autoconservação soma-se algo da ordem do sexual naquilo que o adulto oferece à criança. Bleichmar (2005) corrobora com essa ideia ao afirmar que “recebemos junto com o leite, o ódio e o amor, nossas preferências morais e nossas valorizações ideológicas” (p. 28). Dessa forma, o bebê transforma-se em sujeito psíquico a partir do encontro e da experiência com o semelhante (Jerusalinsky, 1999; Bleichmar, 2005).

Cabe, assim, ressaltar que o desamparo é compreendido por Moraes e Macedo (2011) como sendo uma situação na qual o sujeito se encontra confrontado com uma quantidade de excitação e não tem recursos para suportá-la ou canalizá-la. É a partir dessa condição de desamparo que se evidencia a importância da função do outro para promover ações que irão apaziguar essas excitações. É necessário que este outro que exerce a ação de cuidar reconheça o bebê como sendo diferente dele e possibilite um espaço para que o Eu incipiente possa experienciar o efeito fundante de uma experiência de cuidado. Nos primeiros tempos da vida, o bebê é tomado como objeto de investimento amoroso pelo outro. Será a partir dessa

experiência que se dará o início da complexização do psiquismo a fim de que surja o Eu. Destaca-se, nesse momento, a inerente condição humana de desamparo como porta de entrada para a ação amorosa do outro. Logo, o exercício de cuidar e a experiência de ser tomado como objeto de cuidado do outro marcam os tempos iniciais da vida psíquica.

Pode-se afirmar, portanto, que o desamparo inerente à condição humana é necessário para o processo de constituição do sujeito psíquico. Porém, ao longo da vida, situações que remetem ao desamparo inicial irão surgir. Então, a sensação de desamparo poderá se fazer presente em diferentes experiências remetendo ao registro do desprazer, porém não mais como a condição de inaugurar o processo de constituição psíquica. Nestas novas situações de desamparo o sujeito é convocado a enfrentá-las a partir de recursos próprios.

Trata-se de refletir vivências nas quais uma condição de adoecimento físico impõe a necessidade de ser cuidado por outra pessoa. Toma-se, portanto, no presente estudo, a descrição freudiana da *experiência de satisfação* como o protótipo da situação de cuidado, e a definição de *ação específica* como sendo a condição do cuidador para atender à especificidade da demanda daquele que necessita de sua intervenção frente à ocorrência da doença física.

O incremento do desamparo na condição de adoecimento físico

Uma das situações que remete à vivência de desamparo que extrapola ao descrito como condição inerente ao início da vida, evidenciando a necessidade de dependência ao outro, refere-se à condição de adoecimento físico. A dinâmica relativa à experiência de desamparo adquire distintas conotações quando se refere a esta condição.

O adoecimento ou o mau funcionamento do nosso corpo é considerado por Freud (1930[1929]/1996) uma fonte de desamparo. Numa enfermidade grave, o sujeito fica vulnerável física e psiquicamente, se vê em uma situação de passividade, pois não é capaz de, com seus próprios recursos, modificar sua condição, deixando as condições essenciais à sua

sobrevivência a cargo de outro. Dessa forma, revive uma situação que remete à sua condição inicial de vida. O adoecimento orgânico, além de produzir sensações físicas desprazerosas, torna presente demandas psíquicas referentes ao evidenciar o desamparo, os limites e a possibilidade de morte.

O corpo relaciona-se diretamente com o psiquismo, sendo ambos agentes de influência sobre o processo de complexização ao qual estão sujeitos. O corpo é compreendido por Rodolfo (1990) como fonte de excitações e como via de descarga de quantidades, proporcionando também espaços para inauguração de experiências. Antes mesmo de tomar conhecimento de suas mãos e do que pode fazer com elas, o bebê, segundo o autor, relaciona-se com o mundo através de seus olhos, sua boca e até mesmo sua pele. O reconhecimento do Eu é inicialmente a identificação do próprio corpo (Rodolfo, 1990). É a partir dos hábitos corporais – banhos, limpeza, alimentação – que a mãe inicia a educação de seu filho. Rodolfo (1990) considera o corpo um emplasto, uma superfície por meio da qual a criança tem contato e reconhece o entorno. Posteriormente a esse reconhecimento desenvolver-se-ão as noções de dentro e fora, do que é seu e do que é do outro. O autor considera, portanto, que o corpo tem importante influência e produz efeitos no psiquismo de um sujeito. Torna-se pertinente questionar a respeito do que ocorre quando o corpo adocece. Na inter-relação entre o corpo e o psiquismo a condição de adoecimento terá importantes efeitos.

Sabe-se que as experiências com o outro possibilitam ao bebê o reconhecimento do próprio corpo assim como dão início ao processo identificatório, instaurando as condições do desejo e as modalidades de investimento da libido. O conceito de narcisismo é fundamental na teoria psicanalítica. Em seu texto “À guisa de introdução ao Narcisismo”, Freud (1914/2004) explora o narcisismo em diferentes contextos, como uma fase libidinal, como um aspecto da vida amorosa relacionado com a autoestima, como originário do ideal de ego, como uma etapa do desenvolvimento da relação do ego e dos objetos, e como modalidades de

investimentos do ego. Nesse texto, Freud (1914/2004) considera o investimento libidinal no próprio corpo importante para o desenvolvimento sexual do ser humano. Na descrição das modalidades dos investimentos da sexualidade, Freud (1914/2004) considera que o indivíduo investe uma parcela da libido em si, presente na capacidade de estimar-se, enquanto que outra parcela é investida fora de si, nas relações que estabelece com os objetos, sendo essa distribuição necessária para a saúde psíquica.

O conceito de *narcisismo trófico*, postulado por Hornstein (2008), auxilia na compreensão do necessário equilíbrio dessa balança libidinal. O autor considera que o narcisismo trófico alimenta o psiquismo na medida em que permite que sejam “cuidadas a identidade e a auto-estima, mantendo-se, no entanto, interesse por outras metas e atividades” (Hornstein, 2008, p.29). Porém, há situações ao longo da vida do sujeito que alteram este equilíbrio necessário. Uma das situações diz respeito ao adoecimento físico.

Frente à ocorrência de uma doença orgânica há uma alteração no rumo dos investimentos libidinais, sendo que o sujeito, para lidar com a situação, necessita retraindo quantidades de libido para si. Esse movimento é considerado natural e necessário uma vez que, frente a incômodos e dores de origem orgânica, o sujeito deixa de se interessar por objetos do mundo exterior. Para Freud (1914/2004, p. 103), “o doente recolhe seus investimentos libidinais para o Eu e torna a enviá-los depois da cura”. Assim, após a melhora e o alívio dos sintomas, o sujeito pode novamente investir sua libido em objetos presentes no mundo externo.

É possível considerar que, quanto maior é a gravidade da doença e dos sintomas, maior pode ser a quantidade de libido retraída para o Eu. Frente a um adoecimento grave, o sujeito não é capaz de sozinho lidar com os seus sintomas, tendo que buscar recursos externos que promovam o atendimento de suas necessidades. Dessa forma, precisa reconhecer seu limite e buscar ajuda de outro, o qual possa dar conta de amenizar o seu sofrimento. Nessa

condição, o adoecimento físico confronta o sujeito com nova experiência de desamparo no sentido de necessitar de outro que exerça em relação a ele o que não pode fazer por si mesmo.

Adoecimento e demandas de cuidado: o fazer do técnico de enfermagem na UTI

O encontro entre o sujeito a ser cuidado e o cuidador pode ocorrer em diferentes âmbitos da vida. Um dos contextos onde essa situação se dá é um hospital e, ainda de forma mais intensificada, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os pacientes acometidos por um adoecimento grave encontram-se ali internados, não sendo capazes que aliviar por conta própria seu sofrimento e necessidades, depositando nos profissionais que ali trabalham expectativas de atendimento de suas demandas. No cenário da UTI a demanda diz respeito a manter-se com vida. Assim, frente à intensidade do que lhe é demandado, é necessário que esse profissional conte com recursos suficientes para atender ao sofrimento do paciente, bem como para administrar as angústias que essa prática pode despertar.

Originalmente os hospitais surgiram para cuidar dos doentes isolando-os da sociedade. Atualmente as instituições hospitalares desempenham um papel mais complexo, constituindo parte de uma rede de serviços de atenção à saúde oferecidos à população. São atribuídas aos hospitais as competências de oferecer assistência médica continuada, integrada, e de concentrar recursos de diagnóstico e tratamento a fim de possibilitar ao paciente a reintegração social no menor tempo possível (Pereira & Nassar, 2008). Conforme o papel do hospital foi se complexizando ao longo do tempo, as exigências ao profissional que atua nesse cenário tornaram-se maiores. Os autores consideram que os hospitais passaram, também, a ocupar uma posição de investimentos econômicos, tornando-se instituições que visam lucros. Dessa forma, a instituição hospitalar torna-se uma organização complexa, apresenta-se como um “cenário da contradição entre os cuidados com as pessoas e os aspectos mercadológicos, de negócios na medida em que se coloca como empresa que precisa apresentar bons

resultados” (Pereira & Nassar, 2008, p.2). Com isso, um hospital convive diariamente com demandas de racionalidade quanto à qualidade e valor do serviço e a necessidade de humanização quanto a suas práticas.

Percebe-se assim a necessidade do estabelecimento de um equilíbrio entre a lucratividade e a qualidade profissional. Dentre as diversas profissões encontradas no ambiente hospitalar, destacam-se a diretoria, os médicos, a administração e a enfermagem, considerando que esta última (presentes os enfermeiros e técnicos de enfermagem) é a que lida, mais diretamente e de forma cotidiana com pacientes perante os quais se torna essencial exercer funções primordiais de cuidado. No âmbito dessas atividades incluem-se temáticas como a humanização da assistência, competência, motivação e desenvolvimento de relações terapêuticas, no exercício da condição de cuidar de outro (Damas, Munari & Siqueira, 2004). Concorda-se com os autores no sentido de ser necessário ampliar a reflexão sobre as demandas que recaem sobre o cuidador. É preciso explorar os aspectos envolvidos na exigência intrínseca ao trabalho realizado e nas condições necessárias à realidade psíquica do profissional. Trata-se de refletir sobre o enlace entre as demandas oriundas de uma realidade na qual a manutenção da vida de um sujeito também se vê atrelada à qualidade da realidade psíquica daquele que lhe cuida.

Pesquisas como as realizadas por Machado (2006) e Pagliari, Collet, Oliveira & Vieira (2008) apontam que os profissionais de enfermagem encontram, em seu cotidiano, muitos caminhos que podem levar ao adoecimento psíquico. Na tentativa de driblar o sofrimento oriundo da função que desempenham, esses cuidadores acabam utilizando recursos defensivos, tais como a negação e a banalização dos problemas como formas de não se conectar com seus sentimentos, terminando por acarretar adoecimento psíquico. Destaca-se que uma importante causa de sofrimento diz respeito à constatação do risco de morte e à percepção da finitude da vida como cotidianos no exercício dessa profissão. Ao defender-se

intensamente dessa realidade, o sujeito torna-se incapaz de compreendê-la e de aliviar suas angústias, facilitando a ocorrência do padecimento (Machado, 2006). Em concordância com essa ideia, Pagliari et al. (2008) compreendem que a organização e as condições de trabalho, assim como o sofrimento inerente à atividade, abalam o equilíbrio psíquico e a saúde mental do trabalhador de enfermagem.

Percebe-se que muitas pesquisas que abordam o tema do adoecimento do profissional que atua na área da enfermagem estão relacionadas à questão técnica, ou seja, discorrem a respeito da forma como o adoecimento profissional interfere na função desempenhada. Constata-se a existência de estudos sobre o tema do adoecimento, mas não são explorados os motivos pelos quais esses adoecimentos ocorrem ou uma forma de intervenção que possa evitar esses adoecimentos. Sendo assim, evidencia-se a necessidade de produções que procurem explorar e compreender os aspectos emocionais do profissional que desempenha a tarefa de cuidar de outro.

Todas as questões presentes no trabalho de enfermagem frente ao cuidado aos pacientes da UTI remetem ao tema da qualidade das condições psíquicas exigidas do profissional nessa atividade. O encontro entre o que demanda cuidado e o cuidador exige, por parte do técnico de enfermeiro, tolerância e empatia, entre outras solicitações afetivas.

É vigente, no campo da enfermagem, a ideia de que o profissional enfermeiro deve ter a capacidade de abnegação do eu, de seus conflitos e sentimentos. Nos dias atuais, exige-se da enfermagem um comprometimento de cuidado para além das questões meramente técnicas, requerendo o atendimento de competências interpessoais (Damas, Munari, Siqueira, 2004), o que demonstra a necessidade de um cuidado ainda maior para com seus pacientes. Dessa forma, a Psicanálise oferece ferramentas para pensar sobre o exercício do cuidar e as implicações que surgem no profissional agente de cuidado.

Uma leitura da Psicanálise sobre o ato de cuidar

A qualidade do cuidado é considerada por Plastino (2009) como tendo um papel crucial no que diz respeito à singularidade do sujeito e à forma como esse indivíduo irá inserir-se futuramente no contexto social. No cenário psicanalítico contemporâneo, pode-se pensar sobre o ato de cuidar a partir das contribuições de Figueiredo (2009). O autor considera que “os saberes e práticas da Psicanálise podem nos oferecer preciosos elementos para uma compreensão rigorosa do que está envolvido nos cuidados” (p.131), e assinala que poderíamos denominá-la como *teoria geral do cuidar*.

O cuidar é uma função que se resume, segundo Figueiredo (2009), como sendo uma alternância de *presença implicada* e *presença reservada*. Em outras palavras, trata-se de exercitar o bom senso de não estar tão presente no excesso do cuidado como tampouco no excesso da falta, sendo que desse equilíbrio resulta a condição essencial a um bom cuidador. Para Plastino (2009), o cuidar caracteriza-se como constituindo uma atitude ou ainda uma falta de atitude que exprime a consideração pelo outro e por suas necessidades. Justamente o equilíbrio é o aspecto de dificuldade referido pelos autores como sendo um desafio ao exercício do cuidador, uma vez que não existe manual que ensine aos profissionais qual é a medida correta dessa função.

A figura do cuidador deve ser marcada pelo acesso a condições de reconhecimento do valor da alteridade, ou seja, espera-se que ele reconheça o valor do outro e possa respeitá-lo em sua diferença (Plastino, 2009). Essa dimensão do cuidar é marcada por dois sujeitos atravessados pela diferença e pela incompletude, isto é, o agente do cuidado apresenta-se como um outro que faz algo que tem um sentido para si próprio, mas que também aporta uma dimensão de sentido àquele que é cuidado. Tal como a criança precisou contar com as condições maternas em seu processo de constituição psíquica, na situação de gravidade decorrente da doença física, contar com os recursos de um outro pode fazer uma grande

diferença. Isso não significa infantilizar o paciente, mas reconhecer, em sua demanda, a necessidade de “tomar por empréstimo” condições das quais ele não dispõe naquele momento. Assim, a capacidade de cuidar e identificar os recursos de que o enfermo dispõe, bem como os que ele necessita indicam o valor atribuído ao cuidar de si e a capacidade do cuidador para reconhecer as próprias condições para exercer o ato de cuidar (alcances e limites).

Trata-se de uma situação na qual o cuidador também se depara com limitações no que diz respeito tanto ao que pode efetivamente ofertar quanto às expectativas que acompanham sua ação. Reconhecer seus limites bem como o limite do que pode ofertar e fazer em relação ao outro estão associados à capacidade de cuidado consigo mesmo.

As características sociais atuais contam da desvalorização da alteridade e da inversa valorização da eficiência e do resultado. Assim, na ética presente no exercício de cuidar, não poderá faltar atenção às próprias condições daquele que exerce o cuidado. É de fundamental importância que o cuidador renuncie à sua própria onipotência, percebendo ser fundamental cuidar do outro assim como de si próprio, pois a mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a serem exercitados e transmitidos (Figueiredo, 2009). Esse aspecto extrapola o cenário clínico da Psicanálise e pode ser perfeitamente aplicado à modalidade de cuidado exercida no contexto de uma instituição como um hospital.

Independentemente das motivações e das razões pelas quais um sujeito desempenha o papel de cuidador, Figueiredo (2009) considera que o sentido mais profundo das práticas de cuidado é o de propiciar para o indivíduo uma possibilidade de “*fazer sentido*” de sua vida ou das experiências que irá passar ao longo dela. Este “*fazer sentido*” corresponde ao que está em oposição ao traumático, ou que está em excesso e que o sujeito, por si só, não dispõe de recursos para lidar.

No contexto da clínica psicanalítica, o “*fazer sentido*” relaciona-se com fazer ligações, dar sentido e forma para aquilo que sozinho o sujeito não pode compreender. O autor complementa assinalando que se trata de constituir para o sujeito uma “*experiência integrada*”. Se pensarmos em nível de constituição psíquica, este sentido está em agir de forma a proporcionar algo ao bebê, nomear suas sensações, deixá-lo esperando quando é necessário. Já, no âmbito de um hospital, mais especificamente no contexto de uma UTI, na qual há um pessoa doente, o “*fazer sentido*” pode apresentar-se na medida em que o profissional seja capaz de compreender e acolher o paciente frente ao temor que emerge diante da doença e das graves condições decorrentes de seu quadro clínico.

Assim, o “*fazer sentido*” aliado à ação de cuidar de um sujeito doente é proporcionar-lhe recursos necessários ao bem-estar físico e psíquico, possibilitando uma condição melhor, para que, posteriormente, fora do cenário do adoecimento, ele possa dispor de mecanismos para cuidar de si. Remetendo ao que foi postulado por Freud (1914/2004) sobre uma situação de adoecimento orgânico, constata-se que após a “cura” o sujeito pode voltar a interessar-se e a investir libidinalmente em novos objetos.

Frente à gravidade do quadro de adoecimento próprio de uma UTI, o técnico de enfermagem se vê como destinatário de intensas demandas de cuidado, na medida em que, não perdendo de vista o valor da autonomia do outro, pode cuidar e ajudá-lo no processo de recuperar a saúde e a independência. Quanto mais puder saber de si mesmo, mais poderá exercer seu trabalho por uma via que não atribua ao outro uma necessária função de gratificá-lo (Figueiredo, 2009). Assim como uma criança precisa que a ação específica seja exercida por um adulto durante um período de sua vida, na condição de tornar-se um sujeito autônomo ela necessita também deparar-se com a devida recusa do outro em satisfazer seus desejos a fim de encontrar em si mesma recursos para dar conta das adversidades da vida. Na situação do cuidado despendido em uma UTI, cabe ao cuidador reconhecer os limites de sua ação. O

cuidador adentra a cena com sua realidade interna (recursos, condições e fragilidades) para cuidar de outro que está sob o efeito daquilo que a realidade externa torna inquestionável: a fragilidade de suas condições físicas e o risco de morte iminente. Nesse encontro, que se dá em uma realidade extremamente diferenciada – a realidade de uma UTI – onde os aparelhos, a medicação e o corpo biológico adoecido impõem outras prioridades e urgências, parece haver uma rígida atribuição de saúde e doença aos atores envolvidos. A equipe técnica fica encarregada de cuidar, e tal situação, muitas vezes, mascara e omite a necessidade de cuidar também de quem cuida.

A Psicanálise aborda os efeitos de uma atemporalidade que, do desconhecido para o próprio sujeito, demanda necessidade de escuta e cuidado consigo mesmo, pois pode produzir padecimento. Também evidencia a relevância de considerar, em termos de saúde emocional do sujeito, os efeitos de um jogo de forças que se dá entre as demandas (internas e externas) e os recursos psíquicos disponíveis para esse enfrentamento. O descuido ou menosprezo de tal situação no que se refere à implicação das emoções nas ações do campo profissional pode resultar em importantes prejuízos para o agente do cuidado e para a qualidade de seu fazer. Assim, refletir sobre a realidade psíquica do cuidador significa resgatar sua condição humana (recursos e limites). A compreensão da dinâmica psíquica e do significado do cuidar pode contribuir para ações que promovam condições de escuta e cuidado também para com aquele que fez do cuidar do outro sua escolha profissional.

Considerações finais

O desamparo inicial inerente à condição humana marca a necessidade de que ocorram no encontro primordial com o semelhante o reconhecimento e o atendimento das necessidades do bebê. Assim, este adulto é convocado a intervir na condição de desamparo executando uma ação que dê conta de supri-la. O que se soma a essa ação inaugura no bebê uma experiência

nova e dá início ao processo de constituição do psiquismo. É exatamente essa dinâmica que marca a diferença da espécie humana para as outras espécies de animais. Dessa forma evidencia-se a importância do papel do semelhante na constituição humana, não só no que diz respeito à manutenção da vida, mas no que se refere à constituição de um sujeito psíquico.

A partir desta revisão teórica, foi possível identificar que essa situação inaugural é reeditada ao longo da vida de um sujeito, sempre que o mesmo depara-se com uma intensidade e não possui recursos próprios para dar cabo a essa quantidade de excitação. Portanto, torna-se essencial a presença de um semelhante que seja capaz de auxiliá-lo na metabolização desse excesso.

Considerando o adoecimento físico, um momento no qual o indivíduo se depara com a sua fragilidade, o grau de gravidade desse adoecimento torna-se proporcionalmente igual à intensidade que o mesmo representa para o sujeito. Assim, quando um sujeito encontra-se frente a uma situação de morte iminente, não encontra em si mesmo recursos para lidar com a situação, necessitando da ajuda de um outro para aliviar suas dores e seus sofrimentos. Deposita, novamente, sua vida nas mãos de um semelhante.

No âmbito social, a instituição hospitalar e os profissionais que lá trabalham podem se equivaler, em suas atribuições de cuidado, a este semelhante do encontro primordial que é essencial no âmbito dos investimentos da vida. O hospital, caracterizado como uma instituição responsável pelo cuidado, encontra-se em uma condição na qual busca o equilíbrio entre desempenhar as funções relacionadas à saúde e ao cuidado e as exigências que marcam o cenário econômico atual. Assim, precisa ficar atento para não negar a necessidade de um olhar mais cuidadoso em relação a seus funcionários, pois a situação de ser o agente de cuidado implica aspectos que vão além da competência técnica. Portanto, é importante que o agente do cuidado possa dispor de recursos para lidar com intensidades provenientes de sua responsabilidade para com seu fazer profissional. Para tanto, é necessário que o profissional

que desempenha o papel de cuidador como técnico de enfermagem possa conhecer-se, ou seja, conhecer suas fragilidades e seus recursos para lidar com a situação vivenciada cotidianamente no cenário de uma UTI. Estudos que visem à compreensão dos aspectos emocionais implicados no exercício do cuidado podem resultar em importantes contribuições no sentido da promoção de ações que estabeleçam melhores condições de vida tanto para aquele que fez do cuidar do outro a sua escolha profissional, quanto para quem precisa contar com a capacidade do outro de cuidá-lo.

Referências

- Bleichmar, S. (1994). *A fundação do inconsciente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Damas, K.C.A., Munari, D.B., & Siqueira, K.M. (2004). Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 272-278.
- Figueiredo, L.C. (2009). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de Psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1905/1996). Tratamento psíquico (ou anímico). In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 267-288). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In L. A. Hanns (Ed. e Trad.), *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 95-131). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930/1996). O mal-estar na civilização. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 65-148). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1950[1895]/1996). Projeto para um psicologia científica. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.335-490). Rio de Janeiro: Imago.
- Hornstein, L. (2008). *As depressões: afetos e humores do viver*. São Paulo: Via Lettera: Centro de Estudos Psicanalíticos.
- Jerusalinsky, A. (1999). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios

- Machado, A.G. (2006). *Cuidadores: seus amores e suas dores: o prazer e o sofrimento psíquicos dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Martins, J.T. & Robazzi, M.L.C.C. (2009). O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(1), 52-58. Acesso em 18 de fevereiro de 2011, disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.
- Moraes, E.G. & Macedo, M.M.K. (2011). *Vivência de indiferença: do trauma ao ato-dor*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, A.C., Sá, L., & Silva, M.J.P. (2007). O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 286-290.
- Pagliari J., Collet N., Oliveira B.R.G., & Viera C.S. (2008). Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 10(1), 63-76. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm>.
- Pereira, F.A. & Nassar, M.R.F. (2008). Hospitais Universitários: aspectos teóricos para a construção de uma política de comunicação. *Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas*, 21 e 22 de outubro de 2008. http://www.puc-campinas.edu.br/pesquisa/ic/pic2008/resumos/Resumo/%7B694_C2C3E-CC0D-4C96-B2D2-D5022D923072%7D.pdf.
- Plastino, C. A. (2009). A dimensão constitutiva do cuidar. In M.S. Maia (org.), *Por uma ética do cuidado* (pp. 53-87). Rio de Janeiro: Garamond.
- Remen, R. N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summuns.
- Rodulfo, R. (1990). As teses sobre o brincar (I): alguém do jogo do carretel. In R. Rodulfo (Org.), *O brincar e o significante: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Shimizu, H.E. & Ciampone, M.H.T. (2002). As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola. *Revista escola de enfermagem da USP*, 36(2), 148-155. Acesso em 18 de fevereiro de 2011, disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n_2a06.pdf.

SEÇÃO EMPÍRICA

CONHECENDO O AGENTE DO CUIDADO:

ESCUITA AO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE UTI

Introdução

Sabe-se que as condições emocionais de um trabalhador refletem diretamente em seu desempenho laboral. Quando esse profissional atua no cenário hospitalar, marcam presença peculiaridades que exigem a colocação em cena de recursos que nem sempre ele possui ou pode oferecer ao outro. Dentre as diversas profissões encontradas na área da saúde, a enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) é uma das que exige que os profissionais se deparem diariamente com situações de dor e doenças nas mais diversas modalidades e, ainda, com a situação extrema de morte.

O exercício da enfermagem remete à condição de que o sujeito exerça, cotidianamente, funções nas quais se tornam primordiais a humanização da assistência, a demonstração de competência, a existência de motivação e as condições de estabelecer relações terapêuticas. Nesse cenário, é esperado e exigido do trabalhador um papel de cuidador (Damas, Munari & Siqueira, 2004).

O trabalho em uma instituição hospitalar marca presença com suas peculiaridades no que diz respeito a intensas demandas de cuidado. Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, se caracteriza por ser um local de trabalho complexo e crítico, vistos a necessária utilização da tecnologia e o inegável risco iminente da morte dos pacientes. Deve-se levar em consideração, também, a qualidade do ambiente físico de uma UTI, com um espaço extremamente seco, refrigerado, fechado, com iluminação artificial e barulhos contínuos e intermitentes. Ao abordar a prestação de serviço em UTI, Remen (1993) considera que os profissionais da saúde se deparam com a dinâmica complexa da unidade hospitalar, além do intenso sofrimento presente nos pacientes. Segundo, Oliveira, Sá e Silva (2007), os profissionais da área da enfermagem são confrontados com o desgaste emocional decorrente do ato de cuidar de pacientes em situação terminal. Tal situação produz ansiedade, remetendo-os às suas próprias angústias. Logo, constata-se que os níveis de tensão e angústia

são elevados, pela intensa responsabilidade que a enfermagem enfrenta no seu exercício laboral cotidiano dentro de um ambiente hospitalar, sendo que, no cenário da UTI, tais condições são reforçadas pela peculiaridade dessa unidade e a gravidade dos pacientes internados.

Conforme Silva (2010), o funcionamento da equipe explicita níveis elevados de responsabilidade e de envolvimento emocional, visto que, para a prestação de assistência aos pacientes, faz-se necessário reconhecer e aprender sobre a patologia do paciente, bem como fornecer algum tipo de cuidado e auxílio que supra a deficiência existente. A autora compreende que estes profissionais enfrentam diferentes agentes estressores característicos de sua função laboral, provenientes, também, das características da instituição na qual trabalham. Assim, a sobrecarga, a jornada de trabalho, a falta de reconhecimento, a incerteza do papel a ser desempenhado, a falta de preparo, entre outros, destacam-se como possíveis fatores estressores.

Nesse sentido, os profissionais ficam sujeitos a tensões oriundas de muitas fontes de estresse. Mota, Martins e Vêras (2006) sugerem que o contato direto com essa realidade influencia e interfere na vida, na saúde ou doença, nos conflitos e nas frustrações desses profissionais.

O presente estudo tem, portanto, o objetivo de caracterizar a experiência de técnicos de enfermagem como agentes do cuidado em um hospital particular de Porto Alegre. Para tanto, entrevistaram-se técnicos de enfermagem que trabalhavam em Unidades de Terapia Intensiva, viabilizando um espaço de escuta e de reflexão a respeito de suas práticas, suas escolhas e as formas com as quais lidavam com as intercorrências inerentes à sua profissão.

Método

A coleta dos dados foi realizada em um hospital particular da cidade de Porto Alegre escolhido por conveniência. Participaram deste estudo quatro técnicos de enfermagem, formados havia mais de 5 anos e que atuavam, no mínimo, pelo mesmo período de 5 anos em UTI. Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), foi realizado um contato com os coordenadores da instituição hospitalar, com a finalidade de apresentar-lhes a proposta do estudo e verificar a viabilidade de realizá-lo junto à instituição.

Após o consentimento para realização do estudo, o projeto foi apresentado para a liderança da equipe de enfermagem da UTI. Diante da indicação pela chefia de quatro técnicos de enfermagem para participação na pesquisa, foram agendados os horários para as entrevistas considerando-se a disponibilidade dos mesmos.

No encontro, foram apresentados os objetivos da pesquisa e, mediante a aceitação do profissional em participar, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e assinado em duas vias, ficando uma via com o participante e outra com o pesquisador. Na sequência, realizou-se uma entrevista semidirigida, com questões abertas, que contemplava os seguintes eixos temáticos: (1) história de vida do participante, enfatizando a escolha profissional; (2) motivos e fatores que influenciaram na escolha profissional; (3) aspectos referidos como facilitadores e como dificultadores no cotidiano da função laboral em UTI; (4) recursos empregados no exercício profissional da ação de cuidar de outro no ambiente de UTI; (5) frustrações e satisfações decorrentes do trabalho; (6) aspectos destacados na relação com os pacientes; e, (7) aspectos destacados na relação com a equipe. Após a realização da entrevista, a fim de obter dados que caracterizassem os participantes, utilizou-se uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos (Anexo C) elaborada para este estudo. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas.

O encerramento da coleta dos dados deu-se no momento em que o conteúdo das informações tornou-se repetitivo, e não ocorrerem novas compreensões acerca do fenômeno. Essa interrupção seguiu o critério de saturação de dados, conforme proposto por Bogdan e Biklen (1994).

O texto resultante da transcrição das entrevistas permitiu a análise destas por meio da identificação de conteúdos que foram codificados em categorias de resposta por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1991), na releitura proposta por Moraes (1999). O processo proposto por Bardin é baseado em apenas três etapas (pré-análise, exploração do material e tratamento, e interpretação dos resultados). A releitura proposta por Moraes (1999) auxilia na compreensão bruta dos dados, dividindo o processo de análise dos dados em cinco etapas:

(1) Preparação – Nesta etapa trabalham-se as informações obtidas, identificando o que será analisado. É recomendada a leitura de todo o material, a fim de ser preparado e transformado, observando se corresponde aos objetivos da pesquisa. Inicia-se a codificação dos dados, com a finalidade de identificar, de maneira rápida e fácil, os elementos da amostra, e assim torná-los representativos e adequados à pesquisa.

(2) Unitarização – Objetiva-se nesta etapa propiciar a definição de elementos unitários, chamados de unidades de significado, a partir dos dados brutos. Posteriormente, isola-se e classifica-se as unidades, para embasarem outras unidades mais amplas. É necessário que essas unidades tenham um significado completo em si mesmas, sem a necessidade de informações adicionais.

(3) Categorização – Consiste em agrupar os dados considerando a parcela em comum entre eles. Esse agrupamento pode acontecer por semelhança ou por analogia. As categorias devem ser válidas, pertinentes e adequadas. A categorização é realizada em três níveis e, dessa forma, determina categorias iniciais, intermediárias e finais.

(4) Descrição – Consiste na comunicação dos resultados obtidos a partir do trabalho de definição e identificação do material, após o processo de agrupamento das categorias ter sido feito.

(5) Interpretação – Última etapa do processo liga-se a um movimento de compreensão mais aprofundada do conteúdo manifesto e latente dos textos, através da inferência e da própria interpretação. Essa compreensão, para ser realizada, necessita de pressupostos teóricos que embasem e fundamentem o estudo.

No momento da interpretação dos achados foi utilizada a teoria psicanalítica, uma vez que esta contempla, em seus aportes, ferramentas que permitem a compreender o sujeito à luz de sua singularidade e considerando suas motivações inconscientes. Dockhorn e Macedo (2008) salientam que a Psicanálise caracteriza-se como uma ferramenta vigente de reflexão, entendimento e indagação dos fenômenos humanos e da forma como estes se relacionam com a complexidade no mundo contemporâneo.

Discussão dos Resultados

Os dados sociodemográficos referentes a informações relacionadas aos técnicos de enfermagem que participaram do estudo, obtidos a partir da Ficha de dados Pessoais e Sociodemográficos, podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1. Sumarização dos dados dos participantes obtidos na Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos (n=4)

Participante	T1	T2	T3	T4
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	54 anos	64 anos	30 anos	28 anos
Estado Civil	Solteira	Casada	Solteiro	Divorciada
Com quem mora	Sozinha	Marido, filho e neto	Mãe e filho	Companheiro e filho
Filhos	Não	Sim	Sim	Sim
Idade dos filhos	-	39 anos	08 anos	3 anos
Tempo de graduação	20 anos	21 anos	5 anos	8 anos
Tempo em UTI	15 anos	9 anos	5 anos	8 anos
Religião	Católica	Católica	Adventista	Espírita
Praticante Religião	Sim	Sim	Sim	Sim
Fez tratamento psicológico	Sim	Não	Não	Não
Motivo	Depressão	-	-	-
Trabalha em outro hospital?	Não	Não	Não	Não

A idade média dos participantes deste estudo foi de 43,7 anos, sendo a média de tempo de atuação profissional como técnico de enfermagem de 13,5 anos. O tempo dedicado ao trabalho na UTI por esses trabalhadores era de 9,25 anos. Três dos participantes eram do sexo masculino, e apenas um, do sexo feminino. Todos os participantes se descreveram como religiosos e como praticantes de sua religião. Dois deles atuavam no turno da tarde, período compreendido entre as 13 e 19 horas, e os outros dois atuavam no turno da noite, período das 19 horas até as 7 horas. Os profissionais que atuavam no turno da noite trabalhavam em noites alternadas.

Após cuidadosa leitura e análise do material obtido decorrente da transcrição das quatro entrevistas realizadas, elaboraram-se as unidades de significados, as quais foram organizadas e ordenadas em categorias iniciais. A descrição de cada categoria final se estruturou a partir das categorias intermediárias que lhe deram origem (Quadro 1), atendendo à reprodução fiel de algumas verbalizações dos participantes entrevistados.

Quadro 1. Categorização Inicial, Intermediária e Final dos dados obtidos nas entrevistas com os participantes do estudo

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Retraimento social	Identificações a partir da história de vida	
Familiaridade com a ação de cuidar		
Família como abastecimento pessoal		
História familiar/de vida		
Timidez		
Famíliares com atuação profissional na área	Outras identificações e motivos de escolha pela profissão de técnico de enfermagem	
Cuidado como um dom		
Insatisfação com trabalho anterior		
Vida profissional anterior		
Cuidar é dar conforto	Significados atribuídos ao cuidado	Especificidades identificatórias do sujeito cuidador
Cuidar a higiene e da aparência		
Dar conforto a familiares dos pacientes		
Autovalorização através do cuidado		
Cuidar é não deixar sofrer		
Cuidado é não deixar sofrer		
Prestar ajuda ao menos favorecido		
Intensidade do trabalho de UTI	Elementos de escolha pela atuação na UTI – Especificidades	
Preferência e encantamento pelo paciente grave		
Dificuldades do trabalho em unidade de internação		
Facilidades do ambiente de UTI		
Preferência por unidade fechada		
Gravidade dos pacientes como fator atrativo		
Existência de uma rotina de trabalho		
Dinamismo característico de UTI	Dificuldades frente à imposição da morte	Efeitos no campo intrapsíquico e intersubjetivo do <i>cuidador</i>
Não pensar como recurso de lidar com a morte		
Tamponamento como prática que exige muito do cuidador		
Paciente morto é página virada		
Sentimentos de impotência frente ao óbito		
Recurso à religião para explicar a morte e facilitar o trabalho		

Precário cuidado de si mesmo	Noção do cuidado consigo mesmo X Noção do cuidado com o outro	Desvelando o cuidar – a escuta ao cuidador
Pouco tempo dedicado a si mesmo		
Responsabilização frente à fragilidade do outro		
Respeito na frente de tudo	Forma de intervenção idealizada	
Rígida separação da vida pessoal e do ambiente de trabalho		
Vínculo afetivo com o paciente dificulta o trabalho		
Cuidado sem vínculo afetivo	Efeitos psíquicos no técnico de enfermagem a partir da relação com o paciente	
Vínculo com pacientes que permaneceram tempo na UTI		
Comoção com pacientes com quem se identifica		
Infantilização dos pacientes	Dificuldades inerentes à profissão	
Necessidade de outras/melhores fontes de renda		
Sentimento de desvalorização na função laboral		
Dificuldades no início da profissão	Satisfações que reafirmam a motivação e o desejo por este trabalho	
A motivação incrementada pela prática diária		
Valor do reconhecimento do trabalho feito por parte dos pacientes		
Trabalho contribui para o amadurecimento pessoal		
Aprendizagem como fator motivador do trabalho		
Uso do tempo como tentativa de distanciamento a fim de minimizar a intensidade do sofrimento		Recursos utilizados para o enfrentamento da intensidade dos cuidados na UTI
Dificuldades em pensar e falar sobre si		
Lei do retorno – expectativa de receber o que oferece		
Crença de que vai receber o que oferecer ao paciente		
Valor da vida na comparação com a morte		
Sentimento de onipotência por parte dos técnicos de enfermagem		
Sentir-se importante diante da fragilidade do outro		
Racionalização como recurso de enfrentamento		
Amizades fomentadas no âmbito do trabalho	Importância da equipe no contexto de UTI	
Sentimentos despertados frente a mudanças na equipe		
União da equipe facilita o trabalho em UTI		
Relação com a chefia		
Valor da equipe no ambiente de UTI		

A primeira categoria final foi intitulada **“Especificidades identificatórias do sujeito cuidador”**, derivada das categorias intermediárias e iniciais conforme o quadro abaixo:

Quadro 2. Dados referentes à Categoria Inicial 1

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Retraimento social	Identificações a partir da história de vida	Especificidades identificatórias do sujeito cuidador
Familiaridade com a ação de cuidar		
Família como abastecimento pessoal		
História familiar/de vida		
Timidez		
Famíliares com atuação profissional na área	Outras identificações e motivos de escolha pela profissão de técnico de enfermagem	
Cuidado como um dom		
Insatisfação com trabalho anterior		
Vida profissional anterior		
Cuidar é dar conforto	Significados atribuídos ao cuidado	
Cuidar a higiene e da aparência		
Dar conforto a familiares dos pacientes		
Autovalorização através do cuidado		
Cuidar é não deixar sofrer		
Cuidado é não deixar sofrer		
Prestar ajuda ao menos favorecido	Elementos de escolha pela atuação na UTI – Especificidades	
Intensidade do trabalho de UTI		
Preferência e encantamento pelo paciente grave		
Dificuldades do trabalho em unidade de internação		

Facilidades do ambiente de UTI		
Preferência por unidade fechada		
Gravidade dos pacientes como fator atrativo		
Existência de uma rotina de trabalho		
Dinamismo característico de UTI		

A compreensão do psiquismo como um sistema aberto é sustentada por Hornstein (2003). O autor destaca o importante papel da intersubjetividade como uma situação de constante intercâmbio que denuncia a complexa rede de inter-relações entre o sujeito e os objetos. Assim, torna-se arriscado, através de apenas uma entrevista, tal como realizada com os quatro técnicos de enfermagem, chegar-se a interpretações de todas as influências dos modelos identificatórios de cada participante, em sua singularidade e complexidade que envolvem a escolha pela profissão. Contudo, considerando-se o objetivo deste estudo, torna-se possível lançar hipóteses sobre as identificações determinantes estabelecidas entre o técnico de enfermagem e o trabalho escolhido no ambiente da UTI. Pode-se perceber, a partir da história de vida, das escolhas, das motivações e dos significados atribuídos à profissão e à ação de cuidar de cada participante uma estreita relação entre os fatores que interferiram na sua trajetória de vida e que se refletem na escolha profissional.

O conceito de identificação é central para a teoria psicanalítica, visto ser a operação psíquica pela qual o sujeito se constitui. A identificação, segundo Roudinesco e Plon (1998), é um processo pelo qual o indivíduo se transforma, se apropriando ou assimilando, em certos momentos de sua evolução, traços dos seres humanos que o cercam. Durante as entrevistas, quando questionados a respeito da escolha pela profissão e a respeito da decisão em atuar no ambiente de UTI, os participantes se referiam aos familiares como modelos. A percepção de si mesmo e as características pessoais também foram nomeadas como fatores que motivaram a escolha por uma unidade fechada como local de trabalho no hospital. As características próprias de um ambiente de UTI aparecem no discurso dos participantes mescladas a formas como percebem a si mesmos. Tal constatação pode ser percebida nas falas a seguir:

“Eu sempre quis, eu sempre quis alguma coisa relacionada, assim, à saúde. Eu fui criada pela minha madrinha também, que era psicóloga. (...) Eu sabia que medicina não era, daí eu pensei enfermagem... Daí surgiu o técnico.” (T4)

“Eu gosto de estar envolvido, assim, com cuidados intensos, aquela adrenalina do cuidado intensivo. O paciente que horas estão bem, horas estão mal, e a gente tá correndo para lá e para cá, e eu gosto desta adrenalina assim.”(T3)

Para compreender o motivo de escolha pela profissão, assim como a escolha pela atuação em UTI e os significados atribuídos ao cuidar, faz-se necessário o entendimento teórico do processo de formação da identidade de um sujeito. A forma como uma pessoa percebe a si mesma e reconhece os outros à sua volta decorre de um processo originado nas primeiras relações estabelecidas e nas primeiras nomeações atribuídas por ela nas etapas iniciais de sua história de vida. Dessa maneira, compreender os motivos de escolha profissional dos sujeitos que optaram por atuar como técnicos de enfermagem e, mais precisamente, em uma Unidade de Terapia Intensiva, assim como conhecer o sentido que atribuem ao exercício de cuidado do outro e com si próprios decorrem da condição de acessar suas singulares motivações. Logo, é por meio da exploração e escuta da história de vida dos participantes e de aspectos referidos por estes como sendo os que influenciaram e determinaram a escolha profissional que se buscou identificar as forças motivacionais de suas escolhas.

Sabe-se ser por meio das experiências do contexto intersubjetivo e suas implicações no campo intrapsíquico que acontece o processo de subjetivação humana. A Psicanálise compreende a qualidade da constituição psíquica infantil como base para a representação singular que cada indivíduo tem de si. A resignificação da história e a possibilidade de reedição das primeiras vivências infantis acontecem a partir de experiências vivenciadas na vida adulta.

É indiscutível que a profissão ocupa um lugar central na vida adulta do sujeito, principalmente em função do valor que a atividade profissional tem na sociedade atual. O reconhecimento por parte da sociedade ao valor do indivíduo está atrelado à função laboral que ele exerce (Kegler, 2010). A função desempenhada e o ambiente de trabalho, considerados essenciais nas relações sociais, envolvem o indivíduo e promovem uma fusão entre a história particular e a história profissional. Freud (1930[1929]/1996) destaca a importância do contexto de trabalho e constata que a atividade profissional constitui-se como um destino de deslocamentos libidinais que garantem o equilíbrio pulsional necessário para a saúde psíquica. Dessa forma, a profissão está incluída nas demandas próprias dos processos identificatórios do indivíduo. A fala dos participantes explicita essa condição:

“Trabalhei em outras lojas. Fiz um teste para trabalhar como secretária em um hospital, aí eu estava trabalhando dois anos e pouco como secretária e fiz o curso técnico. (...) Quando eu saí do C. (hospital), eu me aposentei. Eu já tinha idade (...) eu já tinha algum tempo de carteira assinada, daí já me aposentei. Então eu continuo aqui, tenho aposentadoria, sou aposentada e continuo aqui trabalhando de tarde. E tenho um paciente de noite que eu cuido.” (T1)

“Eu montei uma malharia em casa, eu já estava com trinta e poucos anos, eu vi que não era aquilo que eu queria, eu estava batalhando, porque eu queria um curso (...) eu trabalhava como agricultora, no interior de uma cidade do interior.” (T2)

“Eu trabalhava em uma empresa distribuidora de bebidas. E eu sempre tive essa vontade de trabalhar em hospital, mas, financeiramente falando, eu acho que se equivaleria se eu tivesse ficado lá. Aí eu vim trabalhar no hospital por que? Por esta minha vontade de querer fazer enfermagem e o curso técnico eu achei que seria melhor para mim...” (T3)

Pode-se perceber, nas falas das participantes T1, T2 e T3, que a procura pelo curso técnico se originou a partir de especificidades do momento de vida em que se encontravam. A busca pela formação deu-se como uma possibilidade de trabalho e de um novo reconhecimento. O curso técnico foi destacado, assim, como uma forma de ascensão social, pelo valor da educação e pela importância e o reconhecimento social atribuídos à área da saúde.

A identificação é um processo psicológico pelo qual o indivíduo percebe um atributo, um aspecto, em outro, e se transforma, total ou parcialmente, de acordo com o modelo identificado neste outro (Laplanche & Pontalis, 2001). Dessa forma, pode-se considerar que a personalidade é constituída e modificada por uma série de identificações que ocorrem ao longo da vida. O discurso familiar é caracterizado como um modelo identificatório a ser assimilado pelo indivíduo. Entende-se, assim, a família como um modelo identificatório presente desde o início da vida. A escolha pela profissão feita pela pessoa deriva-se desse processo constitutivo. As verbalizações de dois participantes ilustram o valor que a família representou em suas escolhas profissionais:

“Porque eu tenho duas irmãs que também são [técnicas de enfermagem]. E elas sempre me incentivaram para fazer este curso. (...) eu acho que a princípio partiu dali, né que elas sempre contavam as coisas dentro do hospital.” (T2)

“E por que eu escolhi esta profissão? Porque tem muita gente na minha família que é enfermeiro, técnico, né. Mas eu acho mais que por causa da vocação mesmo. (...) eu me identifiquei muito com a UTI, gosto muito de trabalhar na UTI, gosto de trabalhar em setor fechado. (...) não sou um cara que gosta muito de interatividade. (...) sempre tive que resolver as minhas coisas sozinho, e na UTI, digamos assim, tu trabalha em equipe, mas tu fica a maior parte do tempo só.” (T3)

A partir da compreensão feita por Hornstein (2004) a respeito do desenvolvimento inicial do Eu, pode-se entender que a mãe funciona como uma *porta voz*. Ela empresta a sua voz e todos os sentimentos e explicativas que possam dar ao seu filho algum significado para as manifestações que acontecem no corpo da criança. Assim, submete-o ao seu discurso em um primeiro momento, pois não é sobre a criança que ela fala, e sim sobre si mesma, no desejo de atribuir-lhe uma existência, marcando o início do processo identificatório. A situação na qual a mãe entende perfeitamente o que seu filho deseja é ilusória e, portanto, acaba. A criança, em um dado momento, deve reconhecer os seus próprios desejos independente dos desejos e enunciados maternos (Hornstein, 2004). Porém o discurso materno antecipa e formula parte do que antes não podia ser dito pelo bebê. Sem essa antecipação, a criança não poderia se transformar em sujeito. O autor define ainda que, antes do surgimento de um Eu, a criança coloca o seu corpo como receptor a investimentos de sua mãe, abrindo espaço para os enunciados identificatórios. Assim, o sujeito é constituído por um conjunto de identificações produzidas pelos enunciados feitos por outras pessoas significantes para ele.

Nessa direção, também se pode observar que os entrevistados referiram em muitos momentos situações nas quais, a partir da fala de um outro, identificaram aspectos de si mesmos, sendo que em muitos deles estão permeadas características também atribuídas ao ambiente de uma UTI. Exemplos disso podem ser observados nas falas dos participantes T1 e T3 a seguir. A primeira participante refere que a mãe a nomeava como sendo uma pessoa de difícil relacionamento, já o participante T3 referiu algumas características comuns entre ele e o ambiente de UTI, apresentando uma influência de suas características pessoais em sua escolha profissional e na escolha da unidade hospitalar onde atuava.

“Ah, eu sempre fui uma pessoa muito pacata, muito quieta, muito reservada. Até a minha mãe dizia assim, que eu era meio antissocial, porque eu não era

muito de amigos. (...) Então tu sai do box só para ir no banheiro ou pegar um lanche.” (T1)

“Os box são bem isolados, assim] e eu gosto de ficar às vezes mais isolado, mais na minha. (...) Eu não sou uma pessoa que trabalha muito bem com as palavras, assim. Não gosto de conversar muito.” (T3)

Percebe-se, na fala dos participantes que, além da escolha profissional, a escolha pela unidade de atuação também é motivada por semelhanças entre suas características pessoais e as condições do ambiente de trabalho. Assim, cabe ressaltar que a UTI é tida como uma unidade de internação na qual os pacientes precisam de um cuidado constante e intensivo. Esses pacientes muitas vezes estão desacordados ou em situações de coma induzido. Dessa forma, é nomeada pelos funcionários como “*uma unidade fechada*”, e caracterizada como um local onde cada trabalhador fica responsável apenas pelos seus pacientes. Tendo em vista a intensidade do cuidado, a quantidade de pacientes por técnico de enfermagem não ultrapassa dois. A equipe é vista como um grupo, sendo a coesão um elemento tido como facilitador do trabalho, porém ressalta-se ser restrito o espaço de troca entre os trabalhadores.

“Não tem necessidade de sair do box para absolutamente nada (...) É claro que aqui a gente tem todas, todos equipamentos. Tem lugares que a gente atravessa um corredor enorme para ir buscar material lá no outro lado, que é muito difícil. (...) A gente não tem experiência em quantidade de pacientes. (...) Eu gosto do respirador, de tu ter que aspirar pacientes, de movimentar pacientes, de mudança de decúbito, de higiene... Pra mim, eu escolhi, sem sombra de dúvida, UTI, por causa disso.” (T1)

“Parada, parada cardiorrespiratória, parada respiratória, né. Este tipo de intercorrência assim. A gente recebe paciente às vezes, muito, muito mal, muito grave, muito crítico, e dá aquela correria. Eu gosto, eu gosto dessa correria.” (T3)

No artigo “Psicologia de Grupos e a Análise do Ego”, Freud (1921/1996) conceitualiza a identificação e a descreve como a forma mais remota de um laço emocional com o outro. Freud (1921/1996) ainda postula que a identificação é um processo ambivalente, que pode facilmente se tornar uma expressão de ternura, como se converter para um desejo de afastamento. Derivada da fase oral, primeira fase da organização da libido, a identificação comporta-se como a ingestão de uma assimilação de um objeto que desejamos, sendo devorado. Caracteriza-se também por ser uma tentativa de moldar o próprio ego do sujeito, mediante os modelos escolhidos a serem seguidos, sendo assim compreendida como uma forma de escolha de objeto primitiva. Nesse sentido, a teoria freudiana possibilita a compreensão de que o sujeito absorve características de seus modelos identificatórios e o toma como fazendo parte de si mesmo.

Enquanto há vida, há processos identificatórios, marcas identificatórias. Sem estas, o sujeito seria invadido por angústias. Os questionamentos acerca de quem sou eu e de onde eu quero chegar passam a não ser respondidos por nenhum outro, e devem ser respondidos por si. Assim, Hornstein (2004) pontua que, entre o eu atual e o eu futuro, abre-se uma lacuna, a qual só será preenchida através de uma busca pelo ideal, estabelecido a partir dos enunciados infantis, com o processo identificatório reatualizado. Essa reatualização ocorre, pois em algum momento o eu deverá escolher e eleger, segundo o autor, quais ideais irá seguir e como irá atualizar as identificações do passado levando em consideração o contexto atual. Percebe-se através da fala a seguir que houve uma modificação da compreensão acerca da UTI pela participante T4, o que possibilitou a criação de um novo espaço para a identificação e uma transformação pessoal.

“Eu detestei meu estágio de UTI. (...) teve uma funcionária que me incomodava, daí eu fiquei traumatizada. Daí eu meio que isolei, não quis UTI.

(...) no fim entrei, me apaixonei. É a área que eu mais gosto, nem penso em outra área. (...) Ter paciência com tudo, agir com calma, isso eu aprendi aqui dentro. Eu era... sempre fui muito impulsiva.”(T4)

O aparelho psíquico se estrutura através do encontro de dois diferentes espaços, o próprio espaço corporal e o meio, este representado pelos enunciados maternos. Em um primeiro momento, o bebê não tem condições psíquicas de metabolizar os acontecimentos, dessa forma fica marcado pela condição de excesso dos estímulos que o acometem. Nessa fase, o único recurso organizador que o bebê dispõe é o registro de prazer e desprazer. Os enunciados feitos através da fala materna, segundo Hornstein (1989), têm o efeito de “antecipação imposto àquele de quem se espera uma resposta que não pode proporcionar” (p. 187). Aqui a mãe é vista como uma porta-voz, no sentido de ser ela a representante do mundo para o bebê e porque coloca em palavras o que ainda não tem significado para ele.

O desejo que os pais projetam em seus filhos visa marcar o seu lugar como futuros sujeitos. Em um primeiro momento, o Eu será constituído a partir de experiências identificadas mediante a série prazer/desprazer. Progressivamente, o sujeito irá apropriando-se dos enunciados identificatórios, o que possibilitará o acesso a uma imagem unificada de si mesmo, acarretando na condição psíquica de viver as situações com recursos de maior complexidade. Após a vivência edípica, a criança pode identificar-se com traços que não são somente dos pais, e, a partir desse momento, questões que não podem ser respondidas pela voz materna surgem. O Eu deve responder a essas perguntas mediante a construção e a busca de seu ideal (Hornstein, 1989). Cabe ressaltar que entre o Eu e o ideal há um espaço necessário para que haja o reconhecimento da castração e, assim, para que o sujeito possa estar constantemente investindo em novos objetos. Dessa forma, o Eu se constitui em um campo intersubjetivo, no qual estão presentes os desejos, comportamentos e discursos feitos pelos pais que produzem uma série de enunciados identificatórios.

Nesse sentido, também a escolha de uma atividade laboral está entrelaçada ao processo identificatório do sujeito. Hornstein (1989) considera que, conforme o sujeito vai se constituindo, vai internalizando qualidades e traços dos objetos. O autor aborda o trabalho como sendo resultado dos investimentos libidinais presentes na vida adulta e que permitem a sustentação da autoestima do sujeito. Assim, constata-se que a identificação com o objeto, no caso o trabalho, permite que o Eu se preencha e reconheça o seu valor.

Constatou-se que, em suas atribuições cotidianas de cuidado, os técnicos de enfermagem acabam estabelecendo singulares relações com os pacientes. Sobre esse aspecto, T3 refere sua atuação com pacientes graves que se encontram em coma induzido ou que não respondem a estímulos:

“Eu falo com eles como se eles tivessem escutando, coisa que eu sei que eles estão escutando, eles não conseguem responder aos estímulos. Mas eles estão me escutando e eu falo com eles como se eles tivessem escutando, me vendo, normalmente eles estão sedados ou dormindo, né. (...) Ah, eu acho que é a mesma coisa que com um paciente acordado, eu trato desta forma, eu vejo desta forma e eu sinto também desta forma, como se ele estivesse acordado, né. Porque tudo o que eu vou fazer, eu digo para ele o que eu vou fazer, se eu vou dar um banho de leito, eu explico para ele que eu vou dar um banho e aquela coisa toda.” (T3)

Pode-se inferir que o técnico de enfermagem atua dessa forma, a partir de registros que tem em si de situações nas quais ocupou uma posição passiva frente ao processo de cuidado. Identificar-se com um objeto é possibilitar a criação de uma travessia entre o sujeito e o mundo externo. As inscrições maternas definem possibilidade de a criança metabolizar sua história, criando marcas. O acolhimento materno deve estar presente desde os primeiros momentos. Ao separar-se do objeto originário, Bleichmar (1994) enfatiza a necessidade da criança transcrever a sua história, permitindo a interpretação de sua experiência. É papel do

técnico de enfermagem oferecer ao paciente um espaço onde ele possa pensar e compreender a sua doença, assim como oferecer-se como suporte ao paciente (Gutierrez & Ciampone, 2007). Esse papel pode ser exemplificado através da fala da participante T4.

“Eu me coloco muito no lugar deles. Nos pacientes que estão mais estáveis, conversando, é uma prisão mesmo. O lado onde eu estou ali, hoje, não tem janela. Não sabe se é dia ou se é noite, ficam longe da família, visitas de meia hora, três vezes por dia meia hora, complicado pra eles isso. Eu acho. (...) Converso com eles, localizo o horário, tento conversar, tento dizer pra eles: Traz um radinho. Dá para trazer um radinho, uma revista. Se tem uma revista ali disponível, eu dou para eles. Converso. É isso que eu faço, assim, dou uma atenção maior quando eu posso, né.” (T4)

Sobre a ação do cuidado, Plastino (2009) caracteriza o cuidar como uma *atitude*. O autor salienta a importância do papel do cuidado no processo de emergência do sujeito e, utilizando aportes a partir de uma perspectiva winnicottiana, compreende que a singularidade de cada sujeito é resultante de um processo histórico no qual a qualidade do cuidado por ele recebido tem papel decisivo. Sendo assim, pode-se inferir que a prática do cuidar do outro e os significados atribuídos a essa prática também produzam representações, sentidos e ideais que constituem o sujeito. A história de vida dos participantes é outro aspecto que permite afirmar a interferência de suas experiências singulares no momento da escolha e, posteriormente, no exercício de suas atividades profissionais. A partir das entrevistas realizadas, identificou-se que os participantes haviam experimentado certa familiaridade com o ato de cuidar, procedente de experiências com familiares doentes. Em suas falas, esses fatos eram descritos como sendo experiências marcantes em suas vidas.

“O pai e a mãe tinham oito filhos. Eu sou a caçula. A minha mãe quando engravidou de mim tinha 40 e poucos anos, desde o quinto mês só ficou

ajoelhada. (chora) Eu era um bebê muito grande e ela tinha um corpinho de quarenta e poucos quilos. Passou quatro meses ajoelhada.” (T2)

“A minha afilhada que é minha sobrinha neta e minha afilhada. (...) é porque ajudo a criar a C. Porque a minha sobrinha namorou um rapazinho que não quis assumir ela e ela nasceu de sete mesesinhos e teve tudo o que se pode imaginar. Ficou entubadinha, teve problema de estômago, teve tudo. E aí eu me propus a cuidar da guria junto com ela.” (T1)

Tanto a entrevistada T2 quanto a T1 contam de lugares distintos em relação à ação do cuidado. O nascimento de T2 dependeu do necessário cuidado da mãe frente às condições de saúde que marcavam sua gestação, enquanto que para T1 cabe um papel ativo de cuidar de outro. Constata-se, assim, que os participantes atribuíram diferentes significados à ação de cuidar de outro e que essas diferenças parecem decorrer da forma como a experiência de cuidar repercutiu em suas vidas e das condições disponíveis tanto para exercê-lo quanto para recebê-lo.

Cabe ainda ressaltar que durante a realização das entrevistas percebeu-se um movimento de atribuição de sentido à ação de cuidar. Também nesse processo se fez presente a singularidade da história de cada entrevistado.

Para a participante T3, o cuidar é associado a uma espécie de “dom” que é dado ao sujeito como uma condição desde seu nascimento. Trata-se de uma participante que encontrava na religião muitas respostas para suas indagações diante dos enigmas da vida. Logo, cada participante, à sua maneira, associava um sentido ao ato de cuidar que lhe permitia descrever as ações que realizava nas atribuições de sua profissão. Alguns desses significados podem ser ilustrados conforme as seguintes falas:

“Cuidar é principalmente cuidar em medicação, em procedimentos, mudança de decúbito, higiene pessoal, uma boa higiene feita na boca.” (T2)

“O que é cuidado? Sei lá!... ajudar, não deixar sofrer. Acho que este tipo de coisa assim...” (T3)

“Cuidado é tu ajudar aquela pessoa, tu prestar alguma coisa pra aquela pessoa, que ajude ela. Tu presta uma... te ter uma atitude, assim, até de carinho. Prestar ajuda, tá sempre ali quando ela precisar, proteger, no caso a gente faz aqui, higiene e conforto, medicar. Isso é cuidado.” (T4)

A partir das falas referidas percebe-se que, enquanto que o participante T2 associa a ação de cuidar com uma ação técnica e prática, os participantes T3 e T4 entendem o cuidado como sendo uma forma de auxílio ligado à oferta de conforto e alívio do sofrimento. Esses dois técnicos de enfermagem apresentaram o cuidado como sendo uma ação na qual é preciso conhecer e identificar o que a outra pessoa precisa, porém não desconsideraram a necessidade de conhecimento e competência quanto aos procedimentos técnicos.

O técnico de enfermagem encontra em sua prática diária a ação de cuidar de outro, sendo mais do que uma simples tarefa a ser desempenhada como uma exigência inerente à profissão. Mesmo tratando-se de um fator comum entre os profissionais da enfermagem, a forma de significá-la é diferente para cada um que a desempenha, denunciando assim a singularidade do sujeito que pratica a ação e o sentido que ele atribui ao que faz.

No contexto da UTI, a prática da enfermagem faz com que a ocorrência de situações de risco à vida não sejam raras. As dificuldades frente à imposição da morte, a precariedade do cuidado em relação a si mesmo e as dificuldades inerentes à profissão marcam alguns aspectos que constituem a segunda categoria final, denominada de **Efeitos no campo intrapsíquico e intersubjetivo do cuida-dor.**

Quadro 3. Dados referentes à Categoria Inicial 2

Não pensar como recurso de lidar com a morte	Dificuldades frente à imposição da morte	Efeitos no campo intrapsíquico e intersubjetivo do cuida-dor
Tamponamento como prática que exige muito do cuidador		
Paciente morto é página virada		

Sentimentos de impotência frente ao óbito		
Recurso à religião para explicar a morte e facilitar o trabalho		
Precário cuidado de si mesmo	Noção do cuidado consigo mesmo X Noção do cuidado com o outro	
Pouco tempo dedicado a si mesmo		
Responsabilização frente à fragilidade do outro		
Respeito na frente de tudo		
Rígida separação da vida pessoal e do ambiente de trabalho	Forma de intervenção idealizada	
Vínculo afetivo com o paciente dificulta o trabalho		
Cuidado sem vínculo afetivo		
Vínculo com pacientes que permaneceram tempo na UTI	Efeitos psíquicos no técnico de enfermagem a partir da relação com o paciente	
Comoção com pacientes com quem se identifica		
Infantilização dos pacientes		
Necessidade de outras/melhores fontes de renda		
Sentimento de desvalorização na função laboral	Dificuldades inerentes à profissão	
Dificuldades no início da profissão		

A questão do enfrentamento com a morte gera diferentes reações no ser humano, mas nenhuma delas pode ser simplificada frente à complexidade de emoções que desperta. Mesmo que a morte seja a única certeza da vida, é possível afirmar a dificuldade dos indivíduos em pensar e falar sobre essa temática. Freud (1915/1996) pontua que o ser humano está habituado a colocar a morte de lado, numa tentativa de eliminá-la da vida. A morte liga-se à ideia de finitude, denunciando o fim da fantasia de imortalidade do homem. A morte traz consigo a ideia de imprevisibilidade, de ausência de domínio sobre ela, associando-se ao sentimento de desamparo e de impotência (Macedo & Werlang, 2006). Sendo assim, quando a situação de morte acontece, o ser humano abala-se em suas expectativas, pois há a imposição de um limite. Na tentativa da sociedade de encontrar uma explicação e um sentido para a morte, surgiram muitas crenças que buscam facilitar o processo de aceitação da morte.

Logo, é necessária uma reflexão sobre a condição na qual os membros de uma equipe de saúde, os quais se deparam diariamente com a situação de pacientes que vão morrer, precisam atuar com competência no intuito de que esta seja evitada ou de que aconteça da forma menos dolorosa possível. Assim, os agentes de cuidado são também afetados pelos efeitos de um cotidiano profissional no qual se deparam inevitavelmente com a experiência de acompanhar a morte de um paciente e a imposição de limites aportados pela experiência de

finitude da vida decorrente de situações de adoecimento ou acidentes. Nas falas a seguir expressam-se os sentimentos de profissionais que habitam o cenário da UTI:

“Quando eu cheguei e os guris me disseram que o paciente tinha morrido, eu fiquei abismada. Por mais que a gente trate com a morte, a gente não aceita.”
(T1)

“Eu me lembro como se fosse agora, o médico dizendo: ‘Não tem o que fazer. Temos que esperar ela ir a óbito.’. E aquilo me chocou de tal maneira.” (T1)

“Os que falecem? Vão ali. A vontade de Deus. A gente não pode se apegar. Não pode.” (T2)

“Eu acho que isso [religião] ajuda muito a lidar com a morte.” (T3)

“Porque eu acho que ninguém tá preparado para... para ver uma pessoa morrer.” (T3)

“É o que mais me frustra. Até de idosos, assim, nem tanto. Já vejo mais como um descanso.” (T4)

A participante T1 fala sobre o choque que ocorre quando um paciente falece e justifica o fato dizendo que, mesmo sendo algo recorrente em sua profissão, o óbito foge de sua compreensão. A técnica de enfermagem T2 apresenta na sua fala a morte como sendo um desejo de Deus, utilizando preceitos religiosos como forma de lidar com esta situação de adversidade, assim como seu colega, o participante T3, que utiliza o recurso à religião como um auxílio frente à imposição da morte e, em outro momento, define a dificuldade de ver outra pessoa morrer. Segundo Freud (1915/1996), as religiões buscaram elaborar diferentes representações a respeito da morte, na tentativa de minimizar o efeito da compreensão da morte como término da vida, surgindo ideias de reencarnação, de vida eterna e de

imortalidade. A participante T4 refere-se à idade como uma explicação para o final da vida. Nessa linha, Freud (1915/1996) considera que é hábito do indivíduo dar ênfase à causalidade fortuita da morte.

A noção da morte e a ideia de finitude não estão presentes no Inconsciente do sujeito. Assim, Freud (1915/1996) destaca que não há “nada de instintual em nós que reaja a uma crença na morte” (p.306). Como não há a representação de morte no Inconsciente, quando o indivíduo experiencia a situação de morte, sempre de outro, fica denunciada a imposição de um limite que foge à compreensão e ao desejo do sujeito. A morte evidencia o mais alto grau da castração.

Sabe-se que o técnico de enfermagem atua, em uma UTI, no intuito de preservar a vida do paciente, minimizando o sofrimento e a dor. O cuidado com os pacientes exige do profissional tempo e dedicação, um investimento com o objetivo de que o paciente possa sair da UTI e receber alta médica. Porém, quando o paciente vem a óbito, é necessário que o profissional possa ter condições psíquicas de enfrentar essa situação, pois junto ao óbito do paciente pode estar presente um sentimento de fracasso por parte do técnico de enfermagem que o cuidava.

A qualidade do cuidado da equipe de enfermagem, segundo Gutierrez e Ciampone (2007), está relacionada de forma direta com a percepção de melhoria da qualidade de vida do paciente, na medida em que a equipe reconhece que influenciou para amenizar o sofrimento deste no processo de óbito. A assistência ao paciente que está passando por esse processo faz com que o profissional de enfermagem seja confrontado com a sua impotência e sintase inconformado com a presença da morte. A morte e o morrer, além de explicitarem os limites de suas condições de cuidado e de controle em relação à condição do paciente, aproximam esses profissionais do contato com a sua própria finitude. Logo, para que possam desempenhar a suas funções, lançam mão de elaborações defensivas, as quais podem facilitar

ou comprometer sua conduta profissional. Neste intrincado jogo de pôr em cena recursos de enfrentamento com as adversidades são decisivas as condições de saúde psíquica do profissional.

Os participantes referiram, em diferentes momentos da entrevista, dificuldades que surgem frente à imposição da morte e que têm efeitos importantes em suas atividades como técnicos de enfermagem. O procedimento de tamponamento, por exemplo, o qual consiste, após a morte do paciente, na primeira preparação do corpo feito pelo técnico de enfermagem, na qual todos os orifícios corporais são fechados com algodão e os braços e pernas são posicionados de forma padronizada (Alvim, Santos, Figueiredo & Tonini, 2002), despertam nos profissionais importantes sentimentos de impotência frente ao óbito. Podem-se observar essas repercussões afetivas nas falas que se seguem.

“Ah, tu tem que tirar todos os cateteres, fazer os curativos, colocar o algodão em todos os orifícios, é complicado, sabe? Ainda mais, que a gente tava conversando contigo há alguns minutos atrás, é bem complicado, tu vê que aquele corpo inerte ali, é muito ruim, horrível. Horrível, não tem quem goste, com certeza. (...) Porque tu vê que não... que tu tentou, tentou, tentou fazer tudo o que podia para manter aquela vida e, no fim, não.” (T4)

“Se a pessoa é próxima, assim, é horrível, é muito ruim, sabe? O F. [paciente] não fui eu quem fez, graças a Deus, porque eu não estava. Ele morreu às onze e pouco, meio-dia, e a gente estava chegando há uma hora, ele já tava pronto. Mas teve um outro gurizinho lá no box antigo, um menino lá do interior (...) que eu tive que fazer. Ah, é muito horrível. Porque, tu sabes, né, tu tem a impressão assim que tu fica, tu fica enfiando coisas ali pra dentro e, claro, tu sabe que a pessoa está morta né, tu sabe que não tá sentindo nada, mas tu tem a impressão que a pessoa vai sentir dor, né. E esse era um menino muito jovem.” (T1)

Nas falas anteriores, a participante T4 fala sobre o procedimento do tamponamento, explica como é feita a técnica e, junto, expõe, de forma intensa, os sentimentos que esse procedimento desperta em si e a sensação de impotência decorrente do óbito. Sentimentos estes que também são citados pela participante T1.

Outro aspecto presente no discurso dos técnicos de enfermagem refere-se à dificuldade existente na relação com pacientes que ficam mais tempo internados na UTI e os efeitos psíquicos que emergem nos cuidadores, quando ocorre o óbito desses pacientes. A relação entre o tempo de internação do paciente é proporcional ao vínculo estabelecido entre ele e a equipe de enfermagem. Pode-se inferir que essa relação acontece, pois o paciente demanda ser cuidado e o técnico de enfermagem dedica seu tempo, investindo na melhora e na recuperação desse paciente. Frente às intensivas e frequentes práticas de cuidado, pode-se considerar que ocorra, em algumas situações, o incremento de aspectos de onipotência, na medida em que o técnico passe a acreditar que a melhora e a transformação do quadro clínico do paciente estejam unicamente dependentes de suas ações. Se por um lado tal hipótese pode resultar em uma força de uma motivação para o seu trabalho, por outro lado corre-se o risco de não contar com recursos de avaliar as reais condições do paciente e de seu quadro. Caso venha a ocorrer uma situação de óbito, essa pode ser experienciada com maiores dificuldades por parte do técnico de enfermagem, marcando uma situação que foge a seu controle e que o confronta com seus próprios limites.

“Bom, faz seis meses que ele tá aqui, né. Então pode imaginar a amizade que ele conquistou aqui dentro. Que todo mundo chega e vai lá cumprimentar ele.”
(T2)

“O L. foi um choque quando eu cheguei para trabalhar, a porta do box estava fechada. Porque toda vez que a gente chegava e passava ali, abanava pra ele e ele fazia um sorriso. O L. tinha ido a óbito, também foi muito horrível.” (T1)

“É difícil, quando eles vão a óbito é complicado, bem complicado. Esse vínculo assim, quando tu estabelece um vínculo e eles vão a óbito é bem complicado. Daí a frieza fica de lado, com certeza: Ah, fulano foi a óbito. Bah, mas como? Aí... Que bom que eu nunca tive que preparar um corpo de alguém que eu tivesse algum vínculo aqui dentro, né, eu nunca, mas deve ser... é bem complicado.”(T4)

Na fala da participante T2 há uma tentativa de explicação do vínculo estabelecido com o paciente. Já nas falas das entrevistadas T1 e T4 fica evidenciada a dificuldade que emerge quando os pacientes que estão internados há mais tempo vêm a óbito. A tentativa de estabelecer um distanciamento afetivo em relação ao paciente apresentou-se frequentemente como recurso utilizado pelos participantes e, muitas vezes a busca por uma forma idealizada e mais “acéptica” de intervenção foi a maneira pela qual esse distanciamento foi definido. Esse distanciamento pode ser percebido na fala da participante T2, quando a mesma impõe o respeito como primordial e estando à frente de tudo. Já na fala do participante T3, o distanciamento é visto como necessário para o trabalho.

“Eu sempre procuro respeito, né, em primeiro lugar, sempre o respeito, na frente de tudo.” (T2)

“Eu acho que a gente é ensinado e sabe fazer e gosta de fazer e é pago para fazer. Eu acho que isso indifere de você, digamos assim, eu não quero me envolver (...) Não sei se todos conseguem, mas eu consigo. Eu presto todo o cuidado, dou toda atenção, todo o carinho para o paciente, mas é uma coisa que a gente não pode (...) pelo menos eu tenho na minha cabeça que eu não posso me apegar.” (T3)

Esta idealização atribuída a uma forma de cuidar na qual o vínculo afetivo com o paciente encontra-se ausente surge como recurso de enfrentamento para não sentir o que a

relação profissional poderia despertar. Os técnicos de enfermagem esperam que dessa forma seja possível dar uma boa assistência e minimizar o sofrimento, para isso o contato com os familiares é evitado ao máximo. Conhecer a família do paciente significa para eles ter mais intimidade com o paciente, ampliando seus espaços de inserção na vida, e com vínculos no âmbito familiar e social, não podendo mais ser considerado como um indivíduo isolado dentro de um box no hospital.

“(...) acaba conhecendo a família inteira, mas é ruim. É ruim nessa hora quando a coisa evolui para o lado ruim, né. A gente acaba se apegando e aí a gente acaba sentindo, tendo certos sentimentos que, na hora, né, a gente infelizmente não pode ter.” (T3)

Ao falar do vínculo estabelecido com os familiares dos pacientes, o participante T3 refere o fato como sendo uma dificuldade que prejudica o seu trabalho. O movimento de distanciamento pode ser compreendido pelo que propõe Plastino (2009), quando afirma que as práticas sociais predominantes na contemporaneidade assumiram uma visão individualista. Nesse sentido, pode-se pensar que, frente ao receio de não saber administrar psiquicamente as intensidades despertadas nas experiências de vida, a contenção das emoções surja como um recurso. A intensidade do viver e a forma como se dá uso de recursos de separação e distanciamento são exemplificados nas falas dos participantes no que diz respeito ao estabelecimento de divisões entre a vida laboral e a vida pessoal. Em ambas as situações, as participantes se veem vivendo experiências que gostam, mas em suas falas é como se houvesse uma rígida divisão entre o trabalho e o espaço privado.

“Eu gosto muito de estar aqui dentro, mas ao mesmo tempo, também, quando não estou, eu gosto muito de estar lá fora. Um amor, assim, incondicional, quando tô aqui dentro, não dá vontade de sair, mas quanto tô lá fora não dá vontade de voltar, né.” (T3)

“Assim, da porta para dentro eu esqueço que eu tenho família em casa. Da porta para fora, eu fechei aqui. Não pense que sai nada daqui para fora. Não gosto de levar problemas dentro da minha casa, nem da casa para dentro, então isso eu me sinto bem. Eu me sinto bem.” (T2)

Os participantes T3 e T2 explicitam em suas falas essa separação entre vida pessoal e vida laboral, não deixando de lado a satisfação proveniente do trabalho ou dos vínculos familiares, mas denunciando a ausência de recursos psíquicos de integração e interlocução entre experiências do trabalho e da vida pessoal. Figueiredo (2009) pontua que as práticas de cuidado possibilitam ao indivíduo um *“fazer sentido”* de sua vida e de suas experiências ao longo do tempo. Este *“fazer sentido”* é oposto aos excessos traumáticos, implica em estabelecer relações, dar forma e sequência aos acontecimentos que, ao longo da vida, provocam o retorno de experiências anteriores. O técnico de enfermagem, na posição de cuidador, encontra-se disposto a auxiliar o paciente a dar sentido para a sua doença e facilitar a experiência do interno em UTI. Porém, conforme percebido anteriormente nas falas dos participantes T3 e T2, a separação entre as intensidades despertadas nas vivências profissionais e as vivências privadas permite pensar na hipótese da existência de certa fragilidade dos recursos para dar sentido a suas vivências, tornando-os, em muitos momentos, sujeitos de situações *“sem sentido”*. Assim, pode-se constatar o benefício advindo da oferta de um espaço de escuta ou de um olhar atento, como condição que os auxilie na integração e na produção de sentido ao experienciado no contexto do cuidado. A falta desse espaço pode fazer com que as intensas experiências aí vivenciadas fiquem sem sentido, provocando sofrimento psíquico devido à *“sobrecarga de experiências emocionais obscuras e perturbadoras que evocam em nós ameaça de loucura”* (Figueiredo, 2009, p.137).

Os participantes, quando questionados a respeito do cuidado que têm para consigo, referiram que percebiam que cuidavam mais dos outros do que de si próprios. Tal condição é exemplificada nas seguintes falas:

“Talvez não sobre muito tempo para cuidar de mim. Agora tu falou tudo. Porque a gente tem que ser mãe, tem que ser avó, tem que ser funcionária, tem que atender aos outros. Não é tão fácil, mas eu me sinto bem, me sinto bem. Graças a Deus, tenho saúde.” (T2)

“...mas cuido menos de mim do que cuido dos outros, né. Eu acho que é normal da gente assim, digamos assim, entre aspas, que trabalha na área da saúde. Porque a gente trabalha muito, o tempo que está em casa, às vezes está dormindo. E eu acho que a gente não cuida tão bem da gente quanto cuida dos outros.” (T3)

“Eu me cuidar? [Silêncio] Não me cuido tão bem como deveria, tão bem como deveria. Deveria me cuidar mais. Esqueço um pouco, ainda mais agora que eu sou mãe, cuido mais do meu filho do que de mim mesma. Não me cuido tanto quanto deveria, acho que eu deveria me cuidar mais, com certeza.” (T4)

O cuidar é compreendido por Figueiredo (2009) como sendo basicamente a capacidade de prestar atenção e identificar o objeto a ser cuidado no que este tem de mais singular. Na fala dos participantes, trata-se de uma falta de atenção em relação a si mesmo. Esse processo de cuidar pode ser discreto, quase não perceptível, porém quando ocorre uma falta, interfere de forma nociva na autoimagem e na autoestima de quem está sendo cuidado.

O cuidador deve mostrar-se presente, porém permitir a criação de espaços para que possa acontecer a construção de novas representações por parte do objeto cuidado. Nessa perspectiva, o cuidador deve abdicar de sua onipotência e abrir um espaço para questionamentos, para indagações sobre o sujeito a ser cuidado. Dessa forma, cuidar do outro deve ter uma ação paralela que é o cuidar de si e deixar-se cuidar por outros, “pois a

mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser transmitido” (Figueiredo, 2009, p.141). Apenas uma participante referiu o fato de que, em um momento de sua trajetória como técnica de enfermagem, lhe foram oferecidos um espaço de escuta e um espaço para que a equipe expusesse os seus sentimentos e suas angústias.

“Ah, a gente nunca busca nada, né. A gente vai pra casa, a gente fica pensando, pensando, um dia vai passando atrás do outro. Eu já tive um colega que se suicidou, se matou lá no banheiro com sedação. O S. era uma pessoa maravilhosa. Daí a enfermeira, nossa coordenadora, trouxe um psicólogo, uma psicóloga, aqui pra conversar com a gente, porque a gente não tava se entendendo, sabe. Ele era uma pessoa muito legal, daí a gente ficou muito abalado com aquilo, daí a enfermeira, que era a outra coordenadora, trouxe uma psicóloga pra conversar conosco.” (T1)

A fala da participante T1 apresenta a relevância atribuída a um espaço criado pela chefia no qual foi possível para os técnicos de enfermagem falar sobre seus sentimentos e seus pensamentos diante de um fato que havia ocorrido dentro da unidade. Porém o motivo pelo qual este espaço foi aberto não foi atribuído à morte do colega, mas, sim ao prejuízo na qualidade do trabalho da equipe a partir da ocorrência desse fato. A participante refere que a chefia chamou a psicóloga, pois a equipe não estava se entendendo. Mesmo que tenha sido reconhecida a necessidade da escuta a partir da ocorrência do suicídio, o fato de ser nomeada a demanda de trabalho como motivo da busca de ajuda parece reproduzir o funcionamento de separação entre o que é da ordem do privado e do profissional, bem como incrementada a dificuldade de enfrentamento mais explícito com a situação da morte e do limite. Evidenciam-se, assim, por meio da ausência ou precariedade de oferta constante de espaços de atenção à saúde psíquica nas instituições, importantes riscos ao fazer dos profissionais técnicos de enfermagem. Como ser um cuidador, se a própria dor não puder ser reconhecida, nomeada e cuidada? A qual custo o cuidador se predispõe a atender prontamente, de forma eficaz, mas

sem maior reflexão, uma demanda que o confronta com o que desconhece e se recusa a reconhecer em si mesmo?

Ao considerar as dores “anímicas” tão importantes quanto as dores físicas, Freud (1905/1996) postula que é necessário escutar e tratá-las com o devido respeito. Cita ainda o autor que: “qualquer que seja sua causa, inclusive a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas” (Freud, 1905/1996 p.276). Considerando a ideia postulada por Freud sobre a importância das dores psíquicas e a forma como se pode ter acesso a elas, a escuta às dores dos cuidadores, assim como aos recursos que eles utilizam para lidar diariamente com a realidade imposta por uma UTI, faz-se necessária.

A terceira e última categoria final foi denominada “**Desvelando o cuidar – a escuta ao cuidador**” e como as demais foi constituída a partir de categorias intermediárias.

Quadro 4. Dados referentes à Categoria Inicial 3

A motivação incrementada pela prática diária	Satisfações que reafirmam a motivação e o desejo por este trabalho	Desvelando o cuidar – a escuta ao cuidador
Valor do reconhecimento do trabalho feito por parte dos pacientes		
Trabalho contribui para o amadurecimento pessoal		
Aprendizagem como fator motivador do trabalho		
Uso do tempo como tentativa de distanciamento a fim de minimizar a intensidade do sofrimento	Recursos utilizados para o enfrentamento da intensidade dos cuidados na UTI	
Dificuldades em pensar e falar sobre si		
Lei do retorno – expectativa de receber o que oferece		
Crença de que vai receber o que oferecer ao paciente		
Valor da vida na comparação com a morte		
Sentimento de onipotência por parte dos técnicos de enfermagem		
Sentir-se importante diante da fragilidade do outro		
Racionalização como recurso de enfrentamento	Importância da equipe no contexto de UTI	
Amizades fomentadas no âmbito do trabalho		
Sentimentos despertados frente a mudanças na equipe		
União da equipe facilita o trabalho em UTI		
Relação com a chefia		
Valor da equipe no ambiente de UTI		

A especificidade decorrente das intensas e constantes demandas de cuidado e atenção aos pacientes internados em UTI configura uma situação de grande envolvimento da equipe que administra a rotina dessa unidade. Os profissionais que cuidam desses pacientes estão, portanto, imersos em um campo de demandas emocionais em que surgem mescladas as exigências de atendimento às demandas próprias dos aspectos biológicos. Na tentativa de

compreender a dinâmica inerente à ação desempenhada pelo cuidador diariamente no ambiente de UTI, papel este desempenhado prioritariamente pelos técnicos de enfermagem, buscou-se explorar a dinâmica da rotina das atividades, bem como identificar os recursos referidos por esses profissionais aos quais lançam mão em suas atividades. Nesta categoria, pretende-se, portanto, explorar as condições implicadas no exercício de cuidar e seus efeitos no sujeito cuidador, ao exercer a função laboral de atender demandas de pacientes no contexto de UTI.

Sabe-se da importância do papel da atividade laboral na vida psíquica, pois, conforme Freud (1930[1929]/1996), a atividade profissional caracteriza-se por ser um privilegiado destino dos investimentos libidinais, assegurando o equilíbrio pulsional necessário para a saúde emocional do sujeito. Dessa forma, os investimentos voltados para as relações de trabalho podem se transformar em uma fonte de valorização ou de feridas narcísicas (Hornstein, 1989).

Corroborando o que foi proposto por Freud (1914/2004), que é necessário um equilíbrio entre a libido investida no eu e a libido destinada aos objetos, Hornstein (2009) propõe um contraponto entre o *narcisismo patológico* e o *narcisismo trófico*. Considera que o primeiro caracteriza-se pela necessidade de confirmar a identidade e a autoestima, denotando uma existência psíquica não assegurada. Já o *narcisismo trófico* relaciona-se a aspectos libidinais manifestados na busca por objetos, permitindo ao sujeito uma coesão egoica e uma estabilidade no sentimento e no valor do si mesmo (Hornstein, 2009).

A teoria psicanalítica, com seus aportes sobre a condição humana, permite uma reflexão sobre o tema do trabalho e do significado que o mesmo tem para o sujeito. Em seu texto “Mal-estar na Civilização”, Freud (1930[1929]/1996) refere o trabalho como um importante caminho na tentativa de evitar o sofrimento psíquico. Cita ainda o autor ser por meio do trabalho que o sujeito torna-se membro da sociedade humana. Constata-se, portanto,

o valor que a atividade laboral adquire para além da condição de ser a forma pela qual o sujeito é remunerado em seu fazer.

O técnico de enfermagem que atua dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva visa à promoção de saúde dos pacientes que estão internados ali. Sabe-se que os pacientes internados necessitam de cuidados intensos, pois encontram-se com a saúde fragilizada e, assim, correm risco de morrer. A intensidade do cuidar exige física e psiquicamente dos profissionais que atuam diariamente nessa unidade. Ao se constatar as características de uma UTI e as exigências que são impostas aos trabalhadores, cabe questionar a respeito das motivações que esses profissionais têm para escolher e continuar atuando nessa unidade, assim como sobre quais são os recursos emocionais que utilizam para diariamente estarem enfrentarem as exigências decorrentes das demandas singulares de seu exercício laboral.

O reconhecimento do trabalho desempenhado pelo técnico de enfermagem por parte dos pacientes e pela equipe foi um aspecto citado como sendo uma satisfação que auxilia e promove motivações na prática diária. Compreendendo a atividade laboral como produtora de sentido para o sujeito, pode-se considerar que o reconhecimento advindo de seu trabalho exerce uma função de reafirmar as suas escolhas profissionais (Coelho, 2010).

“É muito bom alguém te dizer assim: ‘Ah, tu é muito importante’. Como o Dr. R. [médico] mesmo, ele sempre diz: ‘Olha, o dia que eu adoecer, eu quero que a senhora me cuide.’. E os outros médicos também.” (T1)

“É tu ver eles bem, os pacientes doentes, tu vê eles voltando pra agradecer, e as cartinhas que eles deixam, às vezes, no mural. Aqui tem uma, por sinal, que eles mandam agradecendo pelo cuidado, que foram bem tratado. Quando relatam numa cartinha o teu nome, isso aí é muito satisfatória pra gente, bah! Tudo de bom, quando eles voltam.” (T4)

A participante T1 fala da satisfação que sente ao escutar o desejo de um médico de ser cuidado por ela. A mesma satisfação surge no relato da técnica de enfermagem T4 ao receber carta dos pacientes que tiveram alta ou dos que retornam para agradecer-lhe o cuidado com o qual foram tratados. Essa satisfação que vem do reconhecimento do valor do cuidado oferecido motiva a prática, fazendo com que os técnicos de enfermagem continuem encontrando no exercício do cuidar uma fonte de gratificação. A menção ao reconhecimento pessoal que identifica e nomeia o profissional permite constatar o quanto há um ganho narcísico importante nessas modalidades de agradecimento. Nesse sentido, recupera-se a afirmativa freudiana de ser o trabalho um destino privilegiado dos investimentos libidinais. Esse reconhecimento também serve como uma forma de amenizar o sofrimento oriundo das intercorrências e das situações de óbito.

Nessas situações, ao contrário, o profissional se confronta com o que pode sentir frente ao fracasso e ao limite de suas capacidades. Desse modo, o profissional da saúde passa a valorizar o que é bom e satisfatório, e tendo mais dificuldades em pensar sobre o que é difícil e desprazeroso, evidenciando assim um recurso psíquico utilizado para lidar com a intensidade dos cuidados em UTI.

Na tentativa de amenizar o sofrimento, os técnicos de enfermagem negam fatos e situações que possam despertar sentimentos desprazerosos. Freud (1925/2007) considera que o conteúdo ou pensamento recalçado só pode tornar-se consciente se for negado, isso porque a negativa é uma forma de tomar conhecimento do recalçado apenas no plano intelectual. Esse recurso permite separar a função intelectual do processo afetivo, ou seja, o sujeito percebe a situação conflituosa, porém não relaciona o afeto a ela. O autor postula também que este fenômeno de negar os pensamentos está ligado à função psíquica de emitir juízo, portanto, “negar algo é basicamente quer dizer: ‘Isso eu prefiro recalcar’” (Freud 1925/2007 p. 148).

Durante as entrevistas, quando questionados a respeito das frustrações e das dificuldades decorrentes de sua prática profissional, os participantes não sabiam informar ou contar uma situação frustrante, negando a existência de dificuldades em um primeiro momento. Porém, no decorrer das entrevistas, as experiências frustrantes começaram a aparecer em seus relatos, mescladas com outras situações nas quais se depararam com limites e dor. Destaca-se que, ao relatarem esses fatos, os participantes não os nomeavam como frustrantes.

“Olha, eu acho que eu nunca tive [se refere a frustrações]. Eu acho que eu nunca tive. Sou muito, muito bem.” [em outro momento da entrevista acrescenta o que está na sequência] “Eu chorava desesperada porque aquela mulher faleceu. Mas eu procurei rezar e, bom, que Deus tenha misericórdia. Estou meio emotiva hoje.”(T2)

“Acho que as minhas frustrações seriam as mesmas coisas que eu falei anterior. [o participante havia referido a falta de tempo que tinha para passar com a família e a quantidade de horas que passava dentro do hospital] Acho que o tempo, o tempo... hoje em dia pra mim o tempo é muito precioso.” (T3)

A participante T2, quando questionada sobre uma situação frustrante, não identifica nenhuma e diz ainda que nunca vivenciou uma situação frustração em sua prática diária. Porém, ao longo da entrevista, contou uma situação ocorrida com uma paciente que acompanhou durante muito tempo e que faleceu. Ao contar essa situação, a participante chorou e justificou-se, dizendo estava muito emotiva naquele dia. Já o participante T3 identifica como frustração o pouco tempo que tem para ficar com a família e a quantidade de horas que dedica ao seu trabalho dentro da unidade, mas não consegue nomear uma situação frustrante que tenha ocorrido durante a atividade laboral.

Outro recurso nomeado pelos técnicos de enfermagem como sendo utilizado para lidar com a intensidade das experiências decorrentes de seu trabalho em UTI foi atribuir à passagem do tempo a condição de resolver aquilo que causa dor psíquica. Os participantes falaram que, no momento em que ocorria a situação desagradável, havia um choque, uma sensação incômoda, mas que, com o passar do tempo, essa sensação amenizava, logo passando o desconforto. Dessa forma, pode-se perceber que os técnicos de enfermagem lançam mão de recursos defensivos frente à percepção de situações que provocam dor psíquica e que implicam o não enfrentamento com o efeito do que lhes causa desconforto e mobiliza sentimentos de angústia. Pode-se considerar que atribuir a solução de problemas à passagem do tempo é uma tentativa de afastamento (tomar distância), tento em vista que, no decorrer das horas e dos dias, a situação dolorosa fica mais distante. A fala de T3 exemplifica o recurso utilizado nessas situações:

“... Digamos assim, pacientes, a gente tem um corre-corre, aquilo evolui para um lado negativo, né. A gente tem que fazer o serviço da gente, limpar tudo o que a gente tem que limpar, porque a gente vai receber outro paciente. Os leitos da UTI não ficam muito tempo vagos. E isso tem que passar que nem o paciente. Se o paciente evolui para um lado ruim, às vezes tem que passar rápido, porque a gente vai receber outro. (...) bem assim, a gente não tem tempo, para parar e pensar, né. Ah, sei lá, eu acho que eu gosto mais assim. (...) É bom assim a coisa rápida.” (T3)

Na fala anterior do participante T3, fica exemplificada a ideia de que com a passagem do tempo passará a dor. Esse recurso é utilizado como forma de lidar com os sentimentos despertados pela frustração. O participante ainda utiliza a realidade imposta pela UTI, a intensa rotatividade de pacientes, como justificativa para a forma como lida com a situação de óbito. Cabe ressaltar que, anteriormente, como já foi exposto neste trabalho numa fala deste mesmo participante, quando perguntado sobre as frustrações decorrentes do seu trabalho,

informou que a única frustração que identificava era o tempo, a falta de tempo. Mas que tempo é este a que o participante se refere? Nomeia assim a falta de tempo ou se refere à qualidade das experiências (intensidade) que, não metabolizadas, tornam-se uma frustração?

Considerando as peculiaridades de uma UTI e a gravidade do quadro dos pacientes que estão internados nessa unidade, o tempo tem um significado importante. Segundo Bitencourt (2007), em um estudo realizado a respeito do tempo de permanência de um paciente em uma UTI, concluiu-se que esse período, na maioria dos casos, é menor do que 10 dias. Portanto é necessário que os profissionais que atuam nessa unidade possam agir em um curto espaço de tempo, na tentativa de melhorar a saúde e as condições dos pacientes que não dispõem de muito tempo de vida. Os pacientes internados na UTI que estão em risco de morrer necessitam de ações eficazes e capazes de prolongar o seu tempo de vida. Sabe-se que, além de disporem de uma carga horária extensa, a intensidade do trabalho pode potencializar o desgaste físico e emocional dos trabalhadores que atuam no ambiente de uma UTI, fazendo com que a dedicação dos mesmos dê a impressão de que as horas trabalhadas foram maiores do que as horas convencionadas pelo relógio.

A dedicação dos trabalhadores e a intensidade dos cuidados destinados a um paciente não ultrapassa o período de três dias. Nas entrevistas realizadas, os técnicos de enfermagem falaram sobre como se sentem a respeito das escalas de trabalho e sobre como é feita a organização da unidade. Segundo eles, a mudança da escala de cuidados com um paciente é feita a cada três dias, sendo que essa organização auxilia, à medida que conhecem os procedimentos necessários ao atendimento daquele paciente e podem atender com mais precisão. A mudança de escala nesse período é, porém, considerada um fator de dificuldade no que diz respeito ao favorecimento de um vínculo com o paciente. Nessa apreciação, surge um aspecto fundamental deste estudo, que diz respeito ao receio por parte do técnico de enfermagem de um envolvimento afetivo com o paciente que venha a prejudicar a realização

das atividades de cuidado para com ele. Torna-se, assim, importante refletir sobre esse aspecto, uma vez que os profissionais assinalam a necessidade de uma modalidade de vínculo que mantenha uma proximidade equilibrada entre o profissional e o paciente pelo qual é responsável. A instituição hospitalar, ao ampliar o tempo de permanência do técnico de enfermagem com um paciente, ocupou-se do cuidado para com o paciente. Questiona-se, portanto, se foi considerado o efeito ou mesmo os receios que podem vir a se fazer presentes a partir dessas mudanças naquele que exerce o ato de cuidar.

Nesse sentido, Figueiredo (2009) entende que, atualmente, a capacidade dos sujeitos em prestar atenção uns aos outros está drasticamente reduzida, e considera que, para desempenhar a função de cuidador, o ser humano necessita conhecer-se. Sendo assim, a saúde psíquica do cuidador é de extrema importância no cumprimento de suas funções. É necessário que, para cuidar de um outro, o sujeito, profissional da saúde ou não, cuide de si, no sentido de poder identificar as suas fragilidades e os seus desejos, não depositando na pessoa cuidada a responsabilidade por seus sentimentos, angústias e dores. Recuperar a capacidade de cuidar é uma tarefa urgente para os seres humanos e, para que isso ocorra, é necessário que os agentes de cuidado se reconheçam e cuidem de si (Figueiredo, 2009).

“Hoje em dia a gente tá ficando dois plantões com cada paciente. Aí a gente tem a possibilidade de conhecer um pouco mais, né. Eu acho que ficar muito mais tempo, muito mais, além disso, né, eu acho que já começa a criar um vínculo que a gente não pode ter.” (T3)

Podem-se identificar, a partir da fala do participante T3, as vantagens e as desvantagem geradas pela relação estabelecida com o paciente nesta frequência superior a um dia. O benefício de conhecer um pouco mais sobre o paciente e sobre a sua patologia é referido, porém imediatamente surge o reconhecimento da dificuldade existente na possibilidade de criar um vínculo com o enfermo, referido como algo que “não pode ter”.

Para lidar com essa proximidade há uma característica que é tida como sendo essencial para o trabalho na área da saúde, e mais especificamente dentro do ambiente de uma UTI. Essa característica é citada a seguir pela participante T4.

“Sendo técnico de enfermagem, tu te tornas frio. Não, não relativo à minha vida particular, assim, até porque eu não tenho óbitos na minha família.” (T4)

Na sua fala, a participante T4 identificou-se como sendo uma profissional fria ao lidar com o sofrimento dos pacientes. Referindo que em sua vida pessoal não se via dessa maneira, mas negando a possibilidade de mortes em sua família, corroborando com a ideia do recurso defensivo da negação exposto anteriormente. A característica de ser frio deixa de ser um recurso na medida em que denuncia uma falta de recursos para lidar com os afetos despertados na relação com o paciente. Ser “frio” também se aproxima de uma tentativa de distanciamento. O ser “frio” representa a tentativa de não estar implicado na relação com o outro, distanciando-se afetivamente, e pode ser compreendida, conforme Roudinesco (2000), como um recurso no qual o sujeito foge do seu inconsciente e busca retirar de si a essência de todo o conflito. O sujeito passa a vivenciar a situação, porém não a experiencia afetivamente, tendendo a não entrar em contato com os sentimentos que são despertados pela situação.

A partir das entrevistas, pode-se perceber que a intensidade do trabalho em ambiente de UTI faz com que venham à tona muitos sentimentos. Alguns desses sentimentos são velados aos técnicos de enfermagem, ou seja, os profissionais não tomam consciência desses afetos. Porém há sentimentos que, desvelados, auxiliam no processo de enfrentamento das experiências dolorosas presentes no cotidiano de uma UTI.

Um sentimento que emergiu durante as entrevistas e em que não houve a tentativa por parte dos técnicos de enfermagem de negar ou esconder, foi o sentimento de onipotência. Apresentado pelos técnicos de enfermagem, o sentimento de onipotência pode ser

compreendido através do conceito da autoestima, da valorização de si. Freud (1914/2004) postulou três estágios da constituição narcísica e descreve-os como determinantes da autoestima, quando afirma que “uma parte do autoconceito é primária, resíduo do narcisismo infantil; outra parte provém da onipotência confirmada pela experiência (a realização do ideal do eu) e uma terceira origina-se da satisfação da libido objetal” (p.117). Tendo como referencial a teorização freudiana, Hornstein (1989) produz hipóteses acerca de cada uma das fontes de autoestima, nos estágios propostos por Freud. Em relação ao segundo estágio, o autor pontua que a perspectiva de investir nas competências egoicas que possibilitam o cumprimento das exigências do ideal de eu pode sustentar a autoestima. Em contraponto, a prática cotidiana que contempla uma decepção quanto a essas exigências pode afetá-la. As falas a seguir auxiliam na compreensão das afirmativas feitas pelos autores.

“Eu tinha uma paciente que me adorava, me adorava. [choro] E um dia eu disse para ela: Vou te dar um banho de chuveiro hoje, T. Eu vou na corrida no posto, buscar um soro. Tu não levantas da cadeira. Ela estava embaixo do chuveiro. (...) E não é que a dita cuja levantou para pegar a toalha e caiu! (...) Tava tomada de câncer. Mas eu, eu me desesperei. Eu digo: Mas logo, ela foi morrer na minha mão!” (T2)

“Ah, não sei, eu acho que de certa forma a morte abala alguém, a mim não.” (T3)

A partir da fala da participante T2, pode-se perceber a intensidade característica do trabalho em UTI. No início da fala é apresentado um sentimento de satisfação pelo reconhecimento e pelo carinho que a paciente tinha para com o técnico de enfermagem. Na sequência, é apresentado um sentimento de frustração frente ao óbito da paciente, que passa a ser chamada de “dita cuja”, deixando evidente um distanciamento, uma tentativa de velar os sentimentos presentes devido ao fato ocorrido. O sentimento de onipotência torna-se presente

quando a técnica de enfermagem diz que a paciente morreu em suas mãos, trazendo a culpa da morte para si, mesmo sabendo que a paciente estava em estado avançado de câncer. Ao culpabilizar-se pelo óbito, a técnica de enfermagem também se atribui um poder em relação à manutenção da vida do paciente. Em sua fala, o participante T3 mostra-se inatingível frente à ocorrência da morte, compara-se com os outros que sentem-se abalados com essa situação e marca sua diferença, ao nomear-se como inabalável.

Ao final das entrevistas, quando perguntado aos participantes como tinham se sentido na experiência de falar sobre si e sobre o seu trabalho, eles relataram ter sido uma experiência nova e interessante, mas também com certa dificuldade de falarem sobre si e sobre as funções que exerciam diariamente. A dificuldade destes profissionais no sentido de pensar e de falar sobre os seus sentimentos não foi percebida somente ao final das entrevistas, mas sim ao longo da sua realização, quando os participantes não compreendiam algumas das perguntas, por mais claras que fossem formuladas, assim como em muitas de suas respostas, como, por exemplo: “*não sei*” ou “*nunca pensei sobre isso*”. Freud (1938/2007) considera que, diante uma situação que seja percebida como perigosa ou que possa gerar um desconforto intolerável, o Ego tende a defender-se e comporta-se de duas maneiras: “reconhece o perigo real, cede-lhe passagem e renuncia à satisfação pulsional ou rejeita a realidade e convence-se de que não há razões para ter medo” (Freud, 1938/2007 p.293). Porém, tanto a renúncia quanto a rejeição da situação trazem consequências ao sujeito, que posteriormente terá que arcar com o resultado dessa defesa, que pode retornar na forma de um sintoma. Entre o processo de defesa e a formação do sintoma abre-se espaço para um distanciamento, facilitando ao sujeito lidar com aquele fato. Uma situação na qual o profissional dá-se conta do distanciamento utilizado como recurso para lidar com a morte é exemplificada pelo participante T3:

“Mas eu, logo que eu comecei, preferia adotar uma maneira de me fazer, digamos assim, de fazer tirar a minha cabeça daquilo, né, que é conversar sobre outra coisa. Conversar sobre futebol, sobre os... qualquer outra coisa, para não pensar naquilo ali, no momento. Porque eu acho que ninguém tá preparado pra ver uma pessoa morrer. E normalmente, às vezes, a pessoa morre na tua frente, né. Mas com o passar do tempo passou a ser normal.”
(T3)

Na fala do participante T3 ficam evidentes estes recursos defensivos utilizados pelos profissionais da saúde com o intuito de auxiliá-los a desempenhar o papel de cuidador e a dar conta das intensidades psíquicas que as situações ocorridas nessa unidade hospitalar acabam produzindo. Cabe ressaltar que cuidar de um paciente em uma UTI é referido como sendo um trabalho intenso e solitário. Uma vez que cada técnico de enfermagem fica responsável pelos cuidados de um ou, no máximo, dois pacientes. Além de cada profissional desempenhar suas funções e tarefas para com seu o paciente, eles necessitam organizar e equipar o *box* dessa internação, repondo materiais e medicamentos faltantes. Dessa forma, a interação entre os técnicos de enfermagem fica restrita, mesmo que durante as entrevistas os participantes tenham assinalado a importância da equipe nas atividades cotidianas da unidade.

Considerando o trabalho como um elemento que possibilita a produção e a manutenção do indivíduo na sociedade, Enriquez (1999) atribui à atividade laboral uma condição necessária para a organização do laço social. Dessa forma, pode-se pensar que o espaço promovido pelo trabalho seja propício para o estabelecimento de relações humanas. As trocas afetivas e os relacionamentos interpessoais foram abordados pelos participantes como sendo elementos importantes para o abastecimento e para manutenção do bem-estar no ambiente de UTI, assim como o ambiente laboral foi referido como promotor de amizades que transpunham aquele espaço. As falas das participantes sobre os relacionamentos com os colegas ilustram essa questão:

“Eles têm muita confiança, tem uns que me chamam de dinda.” (T2)

“Na noite, na outra noite, na noite 1, tem uma colega que eu também considero amiga, que mora perto da minha casa, a gente se relaciona. Dessa noite, também, às vezes a gente sai pra alguns eventos, alguma, sei lá, jantar fora, também acontece fora.” (T4)

“Tenho uma vizinha que o marido dela trabalha aqui. Que então a gente fez uma amizade maior por causa disso.” (T1)

A fala da participante T2 evidencia o bom relacionamento entre os técnicos de enfermagem e a importância da relação de confiança entre eles. A partir da fala das participantes T4 e T1, é possível perceber que o trabalho e as relações estabelecidas na UTI ultrapassam o cenário do hospital. Tanto a fala da participante T4 como a da participante T1 exemplificam relações que extrapolam o ambiente de trabalho, apresentando situações de amizades que se iniciaram dentro do ambiente hospitalar e que continuavam ao final do expediente.

As relações que os indivíduos estabelecem ao longo da vida são marcadas pela condição de trocas e afinidades, e cabe considerar também o quanto os fenômenos que ocorrem no espaço onde estão inseridos podem promover ou impedir seus vínculos. A especificidade mais evidente de um grupo é que os indivíduos, por mais semelhantes ou diferentes que sejam, assumem um pensamento coletivo que os influencia na forma de agir e de sentir. Essa forma de pensar poderia ser muito diferente caso a situação não ocorresse em grupo, ou seja, se estes mesmos indivíduos estivessem sozinhos (Freud, 1921/1996). Para que um conjunto de indivíduos forme efetivamente um grupo, Freud (1921/1996) destaca a necessidade de um elo que os una. Os motivos pelo qual indivíduos reúnem-se a fim de formar um grupo são variados, consideram-se o desejo por um objeto em comum, a

necessidade de proteção, situações emocionais semelhantes vivenciadas entre os membros. (Freud, 1921/1996).

A partir das entrevistas, constatou-se que os técnicos de enfermagem passam a atuar como um grupo frente à imposição de uma situação de risco, pois enquanto não há uma situação de risco com algum paciente, os profissionais ficam isolados nos *boxes* e cumprindo solitariamente as suas funções. Pode-se considerar que, no grupo de participantes deste estudo, o elo de ligação se dá a partir da ocorrência de uma situação na qual se faz necessária a contribuição da habilidade e competência de seus membros para que essa intercorrência tenha um bom desfecho. Destaca-se que todos estão trabalhando em um ambiente de risco para os pacientes. Por mais que o cuidado em si seja realizado de forma individual, sabe-se que, frente à intercorrência, será fundamental a interação e pronta ação de toda a equipe. Da mesma forma, o reconhecimento do valor de um bom funcionamento como equipe surge nas falas, nomeando o cuidado, e a não invadir o espaço de atividade de um colega.

“Um paciente me pediu: ‘Vem cá fazer a minha barba.’. E eu disse: Não posso. Aí hoje eu voltei de tarde e ele me fez o mesmo pedido, e eu disse: Mas a sua barba foi feita!. E ele disse: ‘Mas eu não gostei de como fizeram a minha barba.’. – Mas eu não posso! – O paciente não é meu, né.” (T2)

“Temos que preparar sozinhos [o corpo], só chamamos alguém para ajudar a virar e pôr na maca.” (T4)

O respeito ao espaço do outro como condição de cuidado com o grupo fica exemplificado a partir da fala anterior da participante T2. A técnica de enfermagem T3, em sua fala, refere que os procedimentos de preparação do corpo após o óbito de um paciente são feitos de forma solitária, e que dispõe da ajuda de um colega somente em momentos específicos. Mas também foi exposto pelos participantes, durante as entrevistas, o inegável

apoio entre os iguais para lidar com as dificuldades impostas pelo ambiente da UTI. Sobre o valor e a importância da equipe, os participantes referem que:

“Quando um paciente tem uma parada, tem pessoas que ajudam na parada e os outros que ficam cuidando os demais pacientes. Porque um tá parado, mas tem mais treze pacientes que necessitam da ajuda. (...) A união, meu amigo, é tudo dentro da enfermagem.” (T2)

“Eu acho que a importância da equipe é toda, é 100%.” (T3)

“Tudo. É tudo. O setor, eu acho, assim, que qualquer setor que tu vá, por pior que seja, tu tem uma equipe boa, se transforma, se transforma. É tudo, a equipe é tudo, tem que ser uma equipe boa, uma equipe unida, é muito importante, é tudo, a equipe é tudo.” (T4)

Nas falas dos participantes fica evidenciada a importância da equipe no cotidiano da UTI, que é nomeada e quantificada. A participante T1 exemplifica uma situação na qual é necessário que os funcionários assumam as características de um grupo para poder dar conta das intercorrências. O papel que a equipe assume como responsável pelo bem-estar e por facilitar as experiências vivenciadas no trabalho diário de uma unidade é apresentado na fala da participante T4, quando se refere que a equipe tem um poder transformador.

A partir das intercorrências e das experiências como grupo, os técnicos de enfermagem desenvolvem uma confiança no funcionamento como equipe. Constatou-se nas falas dos participantes o fato de que, quando ocorre uma modificação nesse grupo, também se dá uma mudança no comportamento de seus membros. Pode-se pensar que, a partir desta alteração na dinâmica do grupo, há uma quebra da confiança e um temor ao desconhecido pode surgir. Foi identificada, assim, certa intolerância a mudanças. Esta dificuldade que surge pode ser compreendida tanto pelo vínculo de confiança que se estabelece entre a equipe e a

inegável necessidade de confiar na qualidade do trabalho do colega, quanto também pelos sentimentos despertados nos técnicos de enfermagem e nomeados das seguintes formas:

“Um período muito difícil aqui dentro. Um dos meus colegas, nós tínhamos uma turma muito boa da tarde, e teve uns funcionários que foram demitidos da noite e os da tarde foram pra noite, eu fui ficando sozinha, e depois foi entrando outros colegas. E eu não tava admitindo que outros entrassem que não soubessem [os procedimentos].” (T1)

“É óbvio que tem pessoas que são mais resistentes por causa do tempo que estão aqui dentro. Tem pessoas que estão há 25 anos, 26 anos aqui dentro, né. (...) resistências, resistente à mudanças, resistente a pessoas, tem gente que é mais, não é tão maleável quanto outras, né. Ainda mais para a gente, digamos assim, eu tô de noite vai fazer... tô há um ano de noite. Logo que a gente chega, assim, em um grupo novo, a gente tem que saber como lidar com as pessoas.” (T3)

A participante T1 fala sobre o sentimento de solidão que emergiu quando grande parte da equipe que atuava junto com ela no setor mudou de turno. A mudança dos colegas promoveu a entrada de novos técnicos de enfermagem, profissionais ingressantes no mercado de trabalho, com menos experiência do que a entrevistada. Esse acontecimento fez com que sentimentos de desconfiança frente aos novos colegas surgissem. O técnico de enfermagem T3 apresenta outro olhar sobre as mudanças, identifica-se com o colega novo e refere que há uma resistência frente à mudança por parte dos colegas antigos. Sua experiência de pouco tempo neste turno na UTI pareceu ter sido marcada também por dificuldades iniciais de exclusão por parte da equipe já existente, e, nesse sentido, favoreceu uma postura menos resistente à entrada de novos membros em sua equipe.

Segundo Shimizu e Ciampone (2004), a partir de um estudo realizado em UTIs de clínicas médicas, pediátricas e cirúrgicas, constatou-se a existência de uma hierarquia definida

e, em muitos momentos, rígida. Segundo as autoras, os critérios de anos de estudo e de prática servem como elementos de diferenciação entre os membros com mais ou menos poder. A fala da participante T2, a seguir, demonstra a importância da união da equipe dentro da UTI, assim como a influência que os trabalhadores mais antigos podem exercer sobre os novos.

“Cada um que entra eu sempre digo: Seja humilde. Pede mil vezes, se tu tens dúvida, tu terás sempre a mesma resposta. Nunca vou te responder agressiva.”
(T2)

Na fala da participante também fica evidenciado o valor do reconhecimento de seu trabalho por parte dos colegas mais jovens. Dessa forma, o trabalho solitário e intenso fica diluído entre os membros da equipe. A relação com a chefia, representada pela enfermeira, também foi citada como sendo um fator que motiva e que auxilia a prática dos técnicos de enfermagem. A chefia foi percebida pelos participantes como fonte de reconhecimento e valorização, assim como fonte de entraves. Outro aspecto, proposto por Shimizu e Ciampone (2004), refere-se ao fato de serem as enfermeiras, no papel de liderança que exercem sobre os técnicos de enfermagem, quem devem promover a comunicação entre a equipe, visando não somente à saúde do paciente, mas também ao bem-estar dos profissionais que atuam na unidade.

Tendo em vista a constatação de serem as satisfações que reafirmam o desejo pela prática da profissão, os recursos que os técnicos de enfermagem utilizam para lidar com a intensidade do cuidado demandado no ambiente de UTI e a importância da equipe surgem como fatores que permitem conhecer a dinâmica laboral nesse cenário. Esses profissionais atuam na tentativa de minimizar o sofrimento dos pacientes, porém atuam de maneira precária quando buscam formas de minimizar os seus próprios sofrimentos.

Retornando à afirmativa de Freud, no sentido de serem os processos de defesa que auxiliam o sujeito por um momento, porém de serem também estes que trazem o sintoma

como consequência, questiona-se sobre quem, ou qual a unidade no âmbito institucional pode ser responsável por cuidar dos sinais emitidos por parte desses profissionais frente às intensas demandas a que estão sujeitos. Trata-se de afirmar a importância da qualidade do cuidado destinado à pessoa do trabalhador de saúde, para que este possa exercer seu trabalho com condições que contemplem o bem-estar do outro e o próprio. Como pensar a condição de cuidar de outro, se há descuido em relação a si mesmo? Identifica-se que os técnicos de enfermagem possuem conhecimentos que podem proporcionar o alívio das dores do paciente, porém não encontram muitas vezes espaços e condições que permitam priorizar o cuidado consigo. Percebe-se que há investimentos e questionamentos sobre formas que auxiliem na promoção da saúde do paciente e muitos investimentos na qualificação técnicas de profissionais no âmbito da saúde. O estudo realizado permitiu constatar que a pessoa do técnico de enfermagem que trabalha em ambiente de UTI precisa estar ciente das intensas demandas a que está sujeito, e ser auxiliado a reconhecer o quanto, em seu trabalho, estão envolvidos seus recursos emocionais. O cuidado ao cuidador é uma condição primeira a ser atendida quando se fala em verdadeiro processo de humanização no trabalho no âmbito da saúde.

Considerações Finais

Esta seção empírica se propôs a caracterizar a experiência de técnicos de enfermagem como agentes do cuidado que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva. O processo de escolha profissional, baseado na singularidade e nas especificidades identificatórias do sujeito que exerce a função de cuidador foram abordados na tentativa de identificar os motivos, a história de vida e os elementos que foram importantes para que estes sujeitos se tornassem técnicos de enfermagem e optassem por seguir esta carreira profissional. Também foi possível identificar, através deste estudo, que os profissionais da área da saúde atribuem diferentes

sentidos à ação de cuidar de outro, motivo pelo qual se pode destacar a singularidade do sujeito no processo de atribuição de sentido e de significado ao seu trabalho.

Os efeitos intrapsíquicos e intersubjetivos que emergem no contexto profissional que envolve o ato de cuidar de uma pessoa que corre risco de morrer foram abordados no presente estudo. Consideraram-se as dificuldades impostas pelas características próprias a uma unidade de UTI aos técnicos de enfermagem, a forma como estes lançam mão de recursos singulares de enfrentamento com situações cotidianas, bem como os precários cuidados que têm para consigo mesmos.

Os significados atribuídos ao óbito de pacientes foram identificados como sendo a imposição do reconhecimento de um limite, um momento onde o conhecimento técnico e a compreensão psíquica se esgotam. Porém, a relação e os procedimentos finais necessários para a preparação do corpo prolongam o contato do profissional com a realidade da morte. Para amenizar o sentimento de impotência e de perda derivados do óbito, os profissionais buscam uma forma asséptica de intervenção, priorizando o respeito, a não criação de um vínculo afetivo, e estabelecendo uma rígida separação entre a profissão e sua vida pessoal.

As satisfações que reafirmam a motivação e o desejo pelo trabalho foram exploradas, na medida em que os participantes nomearam o valor que o reconhecimento do seu trabalho tem para a equipe, assim como o valor atribuído ao reconhecimento por parte dos pacientes. Essas satisfações surgem como forma de lidar mais facilmente com as intercorrências presentes no trabalho. A atividade laboral dentro de uma UTI caracteriza-se como sendo muito solitária e intensa, porém, quando há uma situação de risco para o paciente, a equipe se une na tentativa de dar conta da emergência e de prolongar a vida do paciente. Porém, contar com a equipe também pôde ser compreendido como sendo uma forma de auxílio frente às situações de gravidade.

A escuta atenta e calcada no referencial psicanalítico permitiu desvelar sentimentos presentes nas falas dos técnicos de enfermagem, possibilitando a identificação e a compreensão dos recursos utilizados pelos mesmos no enfrentamento da intensidade dos cuidados na UTI. A negação e a passagem do tempo surgiram como tentativas de estabelecer uma proximidade equilibrada entre o profissional e o paciente pelo qual ele é responsável, fazendo com os sentimentos ficassem velados. A pequena ou inexistente possibilidade de erro faz com que surja o temor à falha e, dessa forma, os sentimentos são encarados como prejudiciais e opostos aos procedimentos técnicos.

A afirmativa freudiana de que todas as dores, físicas ou psíquicas, necessitam ser levadas a sério e, portanto, despendam uma atenção faz com que se perceba, a partir do estudo, a necessidade de um espaço de escuta onde o profissional que atua diariamente no cenário de uma UTI possa falar sobre as peculiaridades de seu trabalho, assim como de suas dificuldades, seus sofrimentos e suas dores. Para que o profissional da saúde que atua cuidando de outros pacientes disponha de um espaço para que ele possa se perceber e assim dispor de formas para cuidar de si, dando sentido às vivências e às experiências intensas provenientes de sua prática diária.

A Psicanálise, ao desvelar a singularidade das experiências vivenciadas pelo sujeito, possibilita desvelar novos sentidos e significados para as experiências humanas. Assim, o exercício laboral deixa de ser uma mera atribuição de atividades a serem realizadas e passa a compor uma modalidade do sujeito ser e estar no mundo. Através de sua escolha profissional, o sujeito conta de sua trajetória identificatória e de seus recursos psíquicos para administrar seu capital libidinal de investimentos. Sem dúvida, o importante espaço de experiências no decorrer do desempenho de uma profissão como a de técnico de enfermagem em um ambiente de UTI permite considerar o benefício da oferta de um espaço de escuta e de cuidado para com aquele que tem no cuidar do outro sua prática diária.

A partir do presente estudo, foi possível conhecer o sujeito que atua como técnico de enfermagem em uma UTI. E, ao utilizarem-se os aportes psicanalíticos para refletir sobre os aspectos presentes nas falas dos participantes deste estudo, pode-se adentrar na complexidade de um fazer profissional cuja dificuldade extrapola em muito os requisitos técnicos. A demanda de cuidar impõe ao cuidador estar, acima de tudo, constantemente junto àquele que padece e se ver confrontado com o limite da condição humana. Para que tal situação não esmoreça seu entusiasmo e vitalidade, é necessário também ser objeto de cuidado. Cabe ressaltar que a realização de uma entrevista permitiu, mesmo tendo-se claro os limites inerentes a essa condição, explorar os efeitos que esse trabalho promove no sujeito. Sendo assim, como não se teve a pretensão de esgotar a temática, reafirma-se a riqueza das experiências humanas e a inesgotável fonte de aprendizagem que delas provém.

Referências

- Alvim, A.M., Santos, C.O., Figueiredo, N.M.A., & Tonini, T. (2002). Caring for the dead body: an experience report. In *Proceedings of the 8th Brazilian Nursing Communication Symposium*, São Paulo. Acesso em 13 de Setembro de 2011, disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200050&lng=en&nrm=iso.
- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bitencout, A.G.V., Dantas, M.P., Neves, F.B.C., Almeida, A.M., Melo, R.M.V., Albuquerque, L.C., Godinho, T.M., Agarena, S., Teles, J.M., Fariais, A.M.C., & Messeder, O.H. (2007). Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(2), 137-143.
- Bleichmar, S. (1994). *A fundação do inconsciente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994) *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Alegre: Porto.
- Coelho, R. (2010). A Psicanálise nas organizações: seus fundamentos, seus desafios. *Correio da APPOA*, 188, 27-36.
- Damas, K.C.A., Munari, D.B., & Siqueira, K.M. (2004). Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 272-278.
- Dockhorn, C.N.B.F. & Macedo, M.M.K. (2008). A complexidade dos tempos atuais: reflexões psicanalíticas. *Revista Argumento Psicologia*, 54(26), 217-224.
- Enriquez, E. (1999). Perda do trabalho, perda da identidade. In M.R. Nabuco & A.C. Neto (Orgs.), *Relações de trabalho contemporâneas* (pp.69-83). Belo Horizonte: Instituto de Relações do Trabalho da PUC Minas.

- Figueiredo, L.C. (2009). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de Psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1905/1996). Tratamento psíquico (ou anímico). In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 267-288). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In L. A. Hanns (Ed. e Trad.), *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 95-131). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/1996). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 77-154). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1921/1996). Psicologia de grupo e a análise do ego. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 77-154). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925/2007). A negativa. In L. A. Hanns (Ed. e Trad.), *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 3, pp. 145-157). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930[1929]/1996). O mal-estar na civilização. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 65-148). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1938/2007). A cisão do eu no processo de defesa. In L. A. Hanns (Ed. e Trad.), *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 3, pp. 173-179). Rio de Janeiro: Imago.

- Gutierrez, B.A.O. & Ciampone, M.H.T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 660-667.
- Hornstein, L. (1989). *Introdução à Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta.
- Hornstein, L. (2003). Amor sin fronteras. In H. Lerner (Org.), *Psicoanálisis: cambios y permanencias* (pp. 69-83). Buenos Aires: Libros de Zorzal.
- Hornstein, L. (2004). La subjetividad y lo histórico-social. Hoy y ayer, Piera Aulagnier. In L. Hornstein (Org.), *Proyecto terapéutico: de Piera Aulagnier al psicoanálisis actual* (pp. 29-76). Buenos Aires: Paidós.
- Hornstein, L. (2009). *Narcisismo: autoestima, identidade, alteridade*. São Paulo: Via Lettera: Centro de Estudos Psicanalíticos.
- Kegler, P. (2011). *A travessia do si mesmo na passagem para a reserva: enlaces entre trabalho e narcisismo*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise* (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Macedo, M.M.K. & Werlang, B.S.G. (2006). A morte e o comportamento suicida: considerações psicológicas. *Revista da ADPPUCRS*, 7, 69-80.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 37(22), 7-32. Porto Alegre: PUCRS.
- Mota, R.A., Martins, C.G.M., & Vêras, R.M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330. Maringá. Acesso em 14 de novembro de 2008, disponível em <http://www.scielo.br/scielo>.
- Oliveira, A.C., Sá, L., & Silva, M.J.P. (2007). O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 286-290.

- Plastino, C.A. (2009). A dimensão constitutiva do cuidar. In M.S. Maia (org.), *Por uma ética do cuidado* (pp. 53-87). Rio de Janeiro: Garamond.
- Remen, R. N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summuns.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Silva, A.B.H.C. (2010). O estresse na prática profissional do psicólogo em UTI: um revisão de literatua. *Revista da SBPH*, 13(1),33-51.
- Shimizu, H.E. & Ciampone, M.H.T. (2004). As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 623-630. Acesso em 17 de Outubro de 2011, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400007>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Os estudos realizados durante o desenvolvimento desta dissertação permitiram explorar, a partir do ponto de vista psicológico, a experiência de técnicos de enfermagem no exercício de suas funções ao atendimento de pacientes graves internados em UTI. Podem-se constatar os inegáveis efeitos que a tarefa de cuidar do outro desperta nos campos intrapsíquico e intersubjetivo do sujeito que executa essa ação. Considerando tanto a atenção exigida do cuidador em relação aos aspectos físicos de seus pacientes, quanto a inegável presença de intensas demandas emocionais direcionadas a ele, evidenciou-se a importância da oferta de espaços de reflexão a respeito dos efeitos de um exercício laboral cotidiano com essas especificidades.

A partir do estudo realizado, foi possível conhecer esses profissionais e explorar os aspectos emocionais envolvidos na atividade do cuidar, possibilitando um olhar atento àquele que se dedica a decifrar e atender a demanda de outros, mas que, para exercer essa ação de forma qualificada e satisfatória, não pode descuidar de si mesmo. A reedição da experiência de desamparo que a condição de adoecimento impõe coloca em evidência a importância do lugar ocupado pelo cuidador frente à pessoa enferma. A falta de recursos e a impossibilidade de lidar sozinho com as intensidades provenientes da situação de enfermidade fazem com que o paciente tome “emprestado” os recursos que o agente de cuidado disponibiliza. Sendo assim, cabe ao cuidador ser capaz de oferecer esses recursos, mas também de atentar para a necessidade de independização do paciente. Assim, evidencia-se a relevância de considerar, em termos de saúde emocional do sujeito, os efeitos de um jogo de forças que se dá entre as demandas (internas e externas) e os recursos psíquicos disponíveis para esse enfrentamento.

A partir da escuta das experiências em UTI com base na perspectiva dos agentes do cuidado, foi possível conhecer a história de vida de técnicos de enfermagem que trabalhavam

em um ambiente de UTI, bem como identificar os motivos de escolha profissional, os significados atribuídos ao ato de cuidar do outro e os aspectos que facilitam e os que dificultam o exercício da função de cuidador. Também foi possível conhecer os efeitos que surgem no técnico de enfermagem a partir das demandas dessa unidade. Um aspecto decorrente do estudo foi a constatação da dificuldade que se faz presente no manejo com os inegáveis sentimentos despertados frente à gravidade da situação dos pacientes na UTI. O recurso ao distanciamento como forma de autopreservação permitiu levantar a hipótese do valor que teria a oferta de espaços na instituição nos quais pudessem ser nomeados as diferentes emoções e os receios do convívio diário com a possibilidade de perda da vida. A busca por uma forma idealizada de cuidar, onde o cuidador posiciona-se de forma asséptica, é confrontada com os sentimentos que emergem a partir da relação com o paciente e com as dificuldades impostas pelo óbito. A escuta aos técnicos de enfermagem que desempenham o papel de cuidadores em uma UTI também proporcionou conhecer as satisfações decorrentes desse trabalho e saber de que forma eles reafirmam a motivação e o desejo pelo cumprimento das obrigações presentes no desempenho da função laboral, assim como a importância do trabalho em equipe nesse cenário. O referencial psicanalítico permitiu desvelar de forma cuidadosa os sentimentos anteriormente velados, presentes nas falas dos técnicos de enfermagem, possibilitando a identificação e a compreensão dos recursos utilizados pelos mesmos no enfrentamento de adversidades no contexto da UTI.

A Psicanálise, ao valorizar uma posição interrogativa diante da complexidade dos fenômenos humanos, cria um espaço para questionamentos constantes que permitem sua inserção em diferentes contextos além da clínica tradicional. Ao assumir essa postura reflexiva e que compreende as vivências humanas a partir da singularidade do sujeito, a ciência psicanalítica dispõe-se a dialogar com outras áreas do conhecimento, possibilitando a produção de novos conhecimentos e o desdobramento de novas facetas na realidade.

Constata-se, portanto, que o presente estudo, ao oferecer um espaço para a palavra, possibilitou a imersão de sentimentos e intensidades que acompanham o ato de cuidar do outro.

A partir dessa perspectiva, percebe-se que o estudo a respeito das experiências de técnicos de enfermagem como agentes do cuidado em um ambiente de UTI não se esgota nesta pesquisa. Abre-se a possibilidade de propor novas reflexões e estudos que resultem em práticas que promovam melhorias na qualidade de vida do trabalhador. Trata-se de buscar a promoção de intervenções que não só visem à capacitação técnica do profissional da área da saúde, mas também a proposição de ações que promovam a saúde psíquica em situações decorrentes de demandas próprias à sua atividade laboral.

ANEXOS

ANEXO A

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-485/11

Porto Alegre, 25 de março de 2011.

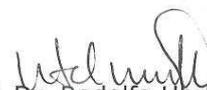
Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05277 intitulado **"Uma compreensão psicanalítica sobre a ação do cuidado em UTI"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


H Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Profª Dr. Virginia Minghelli Schmitt
Coordenadora Substituta
Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
CEP - PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Monica Medeiros Kother Macedo
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa que tem como objetivo principal conhecer a experiência de trabalho de técnicos de enfermagem como agentes do cuidado em um hospital privado de Porto Alegre. Buscamos compreender os fatores que facilitam e os que dificultam a ação de cuidado no ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva, assim como o processo de escolha por esta profissão.

Esta pesquisa está relacionada a uma dissertação de mestrado desenvolvida pela mestranda Mariana Aguilar Baldo, junto ao grupo de pesquisa “**Fundamentos e Intervenções em Psicanálise**” coordenado pela Professora Doutora Mônica Kother Macedo, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Tal estudo prevê a participação de indivíduos, maiores de 18 anos, do sexo masculino e do sexo feminino que atuam há, no mínimo, cinco anos como técnicos de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Para tanto, é necessário que você se disponha a preencher uma ficha de dados pessoais e sociodemográficos e a participar de uma entrevista, de aproximadamente 60 minutos. Os dados obtidos nessa pesquisa serão utilizados para fins de publicação científica, mas fica assegurada a preservação do sigilo quanto à identificação dos participantes. Seu benefício pessoal será a contribuição para o desenvolvimento de um estudo científico. Caso durante a realização da pesquisa você necessite um atendimento psicológico fica assegurado seu encaminhamento para o SAPP, clínica-escola da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Eu _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do procedimento no qual eu estarei envolvido(a) e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações. A psicóloga Mariana Aguilar Baldo certificou-me de que todos os dados deste estudo são confidenciais, e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação da pesquisa, se assim eu desejar.

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, posso contatar a psicóloga **Mariana Aguilar Baldo no telefone 99880186** para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo, ou se penso que fui prejudicado(a) pela minha participação.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante

Data

Mônica Kother Medeiros Macedo - CRP 07/03039

Data

Mariana Aguilar Baldo – CRP 07/18490

Data

ANEXO C

Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data ___/___/___

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Sexo:_____.

Data de Nascimento: ___/___/___

Idade: _____anos

Naturalidade/Nacionalidade:_____

Raça: ()Branca ()Negra ()Amarela ()Parda ()Indígena

Estado Civil: ()Solteiro(a) ()Casado(a) ()Viúvo ()União Estável ()Divorciado

Religião: _____ Praticante: ()Sim ()Não

DADOS FAMILIARES

Com que você mora? ()Sozinho

()Pai

()Mãe

()Irmãos – Quantos? _____

()Filhos – Quantos? _____ Qual idade? _____

()Companheiro(a) – Há quanto tempo? _____

()Avós

()Outros _____ (Especifique)

Doenças físicas na família? ()Sim ()Não Qual?_____

Quem?_____

Doenças mentais na família? ()Sim ()Não Qual?_____

Quem?_____

Acidentes na família? ()Sim()Não Qual?_____

Com quem?_____

Há quanto tempo?_____

Alguém na família faz ou fez tratamento médico e/ou psicológico? ()Sim ()Não

Quem? _____

Motivo: _____

Há quanto tempo? _____

DADOS DE SAÚDE PESSOAL

Tem atividades de lazer? ()Sim ()Não

Qual/Quais? _____

Tem algum problema de saúde? ()Sim ()Não

Qual/Quais? _____

Faz uso sistemático de algum medicamento? ()Sim ()Não

Qual/Quais? _____

Você já fez/faz tratamento psicológico? ()Sim ()Não

Há quanto tempo? _____

Frequência semanal: _____

Quando tem problemas recorre a quem? _____

DADOS OCUPACIONAIS

Há quanto tempo exerce o trabalho como técnico de enfermagem? _____

Há quanto tempo atua em UTI? _____

Em qual turno trabalha atualmente? _____

Em qual turno já trabalhou? _____

Além deste hospital, atua em algum outro? _____