

# Cuidando do Cuidador em UTIs Pediátrica e Neonatal

## Caring for the carer in Pediatric and Neonatal ICUs

### Cuidando del cuidador en Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal

Maria Julia Kovács\*  
Ingrid Esslinger\*\*

Nancy Vaiciunas\*\*\*  
Telma Moreira Souza\*\*\*\*

**RESUMO:** A morte é vista como vergonha e fracasso, evento a ser combatido a todo custo. A equipe de enfermagem lida com as perdas, dor, morte e luto no seu cotidiano. Após terem participado do curso: "Os profissionais de saúde e educação: A morte na prática do seu cotidiano" uma equipe de enfermagem de um hospital público de São Paulo, buscou a colaboração dos profissionais do Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia da USP para lidar com as situações acima referidas, o que motivou a criação do projeto "Cuidando do cuidador no contexto hospitalar". Neste artigo apresenta-se a modalidade de trabalho denominada de Reuniões Temáticas com os seguintes objetivos: a) aquecimento da equipe para o tema central a ser abordado; b) aprofundamento do tema trazido pela equipe; c) planejamento da ação de cuidados pensada pelo grupo. As atividades foram: relaxamento, desconexão, introspecção, participação em atividades expressivas e relatos verbais. O trabalho foi realizado na UTI Pediátrica e Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (UTIP/N-HU-USP), a partir do atendimento de uma criança com doença congênita grave que demandava internação em Unidade de Terapia Intensiva. Participaram 10 profissionais da equipe de enfermagem desta unidade. A demanda inicial era aprender a lidar com a morte para "não sentir dor" e evitar um envolvimento intenso com seus pacientes. Entre os temas apresentados nesta reunião temática estão os seguintes: 1) Maior identificação com o papel de mãe do que com o de enfermeira; 2) Rompimento de vínculos; 3) O mundo da paciente (internada em UTI desde seu nascimento); 4) O inexorável: a morte; 5) A criança interna. Foi possível lidar com os sentimentos de cada membro do grupo e de seu conjunto percebendo as potencialidades e as fragilidades da equipe diante desta situação, respeitando-se os limites de cada pessoa, abrindo espaço para o planejamento de ações e estratégias de cuidado dentro da instituição.

**PALAVRAS-CHAVE:** Morte. Cuidados. Unidade de terapia intensiva-crianças.

**ABSTRACT:** Death is seen as a shame and a failure, an event to be fought at all means. The nursing team deals with loss, pain, death and its fight in its daily routine. After having taken part in the course: "Health professionals and education: Death in their daily practice", a team of nursing professionals of a public hospital of São Paulo asked for the contribution of the professionals of the Laboratory of Studies on Death of the Institute of Psychology of USP to deal with the above situations, and this motivated the creation of the project "Caring for the carer in the hospital context". In this article we present a work modality called Thematic Meetings with the following objectives: a) "warm-up" of the team in the central subject to be approached; b) deepening on the subject brought by the team; c) planning the care action thought by the group. The activities were: verbal relaxation, disconnection, introspection, participation in expressive activities and stories. The work was carried through in the Pediatric and Neonatal ICU of the School Hospital of the University of São Paulo (UTIP/N-HU-USP), from the assistance to a child with a serious congenital disease that demanded internment in an Intensive Care Unit. 10 professionals of the nursing team of the unit had taken part. The initial demand was to learn to deal with death for "not feeling bad about it" and preventing an intense involvement with its patients. Among the presented subjects in this thematic meeting are the following: 1) More identification with the role of mother than with the one of nurse; 2) Disruption of bonds; 3) the world of the patient (interned in ICU since her birth); 4) the inexorable: death; 5) the inner child. It was possible to deal with the feelings of each member of the group and those of the group as a whole, perceiving the potentialities and the fragilities of the team of this situation, respecting the limits of each person, opening space for planning actions and strategies of care inside the institution.

**KEYWORDS:** Death. Care. Intensive care units-children.

**RESUMEN:** La muerte se considera como una vergüenza y una falta, un acontecimiento a ser combatido con todos los recursos. El equipo de enfermería se ocupa de la pérdida, del dolor, de la muerte y de su combate en su rutina diaria. Después de participar del curso: "Profesionales de salud y educación: La muerte en su práctica diaria", un equipo de profesionales de enfermería de un hospital público de São Paulo ha pedido la contribución de los profesionales del Laboratorio de Estudios de la Muerte del Instituto de Psicología de USP para ocuparse de las situaciones antedichas, y eso motivó la creación del proyecto "Cuidando del cuidador en el contexto hospitalario". En este artículo presentamos una modalidad de trabajo llamada "Encuentros Temáticos" buscando: a) el "calentamiento" del equipo en el tema central a acercar; b) profundizando en tema propuesto por el equipo; planeando la acción de cuidado pensada por el grupo. Las actividades fueron: relajación verbal, desconexión, introspección, participación en actividades expresivas e historias. El trabajo fue llevado a cabo en la UCI pediátrico y neonatal del Hospital Escuela de la Universidad de São Paulo (UTIP/N-HU-USP), desde la ayuda a un niño con una enfermedad congénita seria que exigió la internación en una unidad de cuidado intensivo. 10 profesionales del equipo de enfermería de la unidad participaron. La demanda inicial era aprender a ocuparse de la muerte para "no se sentir mal con ella" y previniendo una implicación intensa con sus pacientes. Entre los temas en esta reunión temática están los siguientes: 1) más identificación con el rol de madre que con el rol de enfermera; 2) interrupción de enlaces; 3) el mundo del paciente (internado en UCI desde su nacimiento); 4) el inexorable: la muerte; 5) el niño interior. Fue posible ocuparse de las sensaciones de cada miembro del grupo y los del grupo en su totalidad, percibiendo las potencialidades y las debilidades del equipo en esta situación, respetando los límites de cada persona, el espacio de abertura para las acciones de planeamiento y estrategias de cuidado dentro de la institución.

**PALABRAS LLAVE:** Muerte. Cuidados. Unidades de cuidado intensivo- niños.

\* Professora Livre Docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Laboratório de Estudos sobre a Morte. E-mail: mjkoarag@usp.br

\*\* Psicóloga, psicoterapeuta. Doutora em Psicologia. Membro do Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia da USP.

\*\*\* Psicóloga. Membro do Laboratório de Estudos sobre a Morte. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

\*\*\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal do Hospital Universitário da USP.

## Histórico

O projeto Cuidando do Cuidador no Contexto Hospitalar (Kovács, Esslinger, Vaiciunas, 2004) surgiu da demanda de um grupo de enfermeiras responsáveis por quatro Unidades de Internação do Hospital Universitário (HU-USP), a partir de alguns temas levantados no curso *Os profissionais de saúde e educação: a morte em sua prática cotidiana*, o qual freqüentaram como uma primeira busca de ajuda e de instrumentalização para lidar com o cotidiano das situações de perda, dor, morte e luto no contexto hospitalar. Tanto o curso quanto o projeto fazem parte das atividades desenvolvidas pela equipe do Laboratório de Estudos sobre a Morte (LEM), do Instituto de Psicologia da USP, fundado em 2000.

Como temos afirmado (Kovács, 2003; Esslinger, 2004), a morte é vista como inimiga, vergonhosa e quando ocorre é percebida por muitos profissionais como um evento a ser combatido. Além de ser interdita, pode ocorrer o que Hennezel (2001) denominou como morte roubada ao paciente, na qual este perde a sua autonomia e na qual a comunicação sobre o tema da morte, o desejo de viver e morrer não são mais compartilhados entre o doente, familiares e a equipe de saúde. Outras situações também muito delicadas referidas pela autora são a morte pedida e a morte exigida pelo paciente.

A morte pedida pelo paciente é, segundo Hennezel (2000), uma comunicação a ser decifrada pela equipe de saúde: será que o desejo do paciente é mesmo morrer? será que ele não estaria buscando o alívio de seu sofrimento e o de seus familiares?

Nos casos acima mencionados, tendo seu pedido decifrado e seus sintomas aliviados, percebe-se, muitas vezes, que o desejo não era

morrer, mas sim, de outra forma de vida – ainda que na terminalidade.

Além da morte pedida, pode ocorrer aquilo que a autora denomina como morte exigida pelo paciente: todos os sintomas foram controlados, os cuidados paliativos estão sendo oferecidos e, mesmo assim, há um pedido para morrer, mais que isso, um pedido para que sua vida seja abreviada. Isto caracterizaria a eutanásia, aqui no Brasil, não legalizada!

Estes momentos fazem parte do cotidiano dos profissionais, que, além de terem muitas vezes uma sobrecarga de atividades de cuidados, têm também que realizar atividades com as quais não concordam, ou têm que dar respostas a perguntas difíceis das quais podem não saber a resposta, ou, se sabem, têm a dificuldade de como fazê-lo (Gutierrez, 2003; Esslinger, 2004; Kovács, 2003). Para agravar ainda mais esta situação, alguns dos procedimentos a serem realizados pela equipe de enfermagem provocam sofrimento adicional, podendo caracterizar a distanásia (Pessini, 2002): sucintamente, esta pode ser definida como o prolongamento de um longo e penoso processo de morte, mais do que de vida propriamente dita.

Muitos profissionais se queixam de não terem recebido na sua formação o preparo para lidar com o tema da morte, fato este também observado nas faculdades de Enfermagem, como apontado nos trabalhos de Gutierrez (2003) e Cavalcanti (2003). Questionamo-nos sobre qual o preparo que pedem os profissionais. Não basta somente a escuta da falta ou carência de preparo, procuramos também saber como estes profissionais gostariam de buscar este preparo.

Quando pensamos em preparo, pensamos em cuidado. Entendemos que só poderá cuidar aquele

que se sente cuidado. Temos como base para esta afirmação o mito de Quíron, o cuidador ferido (Groesbeck, 1983). Associamos a falta de preparo, tantas vezes mencionada, como um pedido de cuidado às feridas advindas de um cotidiano no qual perdas, dor e morte estão intensamente presentes (Carvalho, 1996).

Percebemos em nossos contatos com a equipe de enfermagem, nas atividades do projeto acima referido, que esta é a equipe que mais sofre pelo fato de estar em contato direto e contínuo com o sofrimento de pacientes, alguns gravemente enfermos, com intenso sofrimento e prognóstico reservado. Por vezes esta equipe tem que tomar decisões difíceis, o que pode causar estresse adicional, principalmente em unidades como as UTIs e clínica médica, onde se estabelece um contato intenso com o paciente e com a família.

Segundo Kastembaum e Aisenberg (1986), a equipe de enfermagem permanece longo tempo com os pacientes, o que pode gerar fortes sentimentos, principalmente diante de um prognóstico em que a morte é esperada, e estes “devem” (o que foi aprendido na formação destes profissionais) ser recolhidos e controlados.

A contenção dos sentimentos, a não autonomia da enfermagem no que se refere a determinadas decisões, o ter de dar conta da natureza mais técnica desse trabalho da qual depende o conforto físico do paciente e muitas vezes sua sobrevivência, bem como o convívio constante com sofrimento, dor, perdas e morte, tornam este grupo de profissionais vulnerável ao estresse.

A literatura médica refere-se à síndrome de “*burnout*”, caracterizada por sinais e sintomas de exaustão física, mental e afetiva em decorrência da má adaptação

do indivíduo ao trabalho. Pesquisas como as de Shimizu (2000), Esslinger (2003) e Gutierrez (2003) demonstram o alto grau de sofrimento da equipe de enfermagem, manifestado através de sintomas físicos e psíquicos que muitas vezes resultam em pedidos de afastamento e/ou licença do trabalho.

## O projeto Cuidando do Cuidador no Contexto Hospitalar

O projeto *Cuidando do Cuidador no Contexto Hospitalar* fez parte de um projeto temático "Cuidando da qualidade de vida do profissional cuidador, no contexto hospitalar: do biológico ao psicossocial"<sup>a</sup>. Os objetivos deste projeto foram: identificar as principais necessidades, carências, dificuldades das equipes de enfermagem no Hospital Universitário; planejar a ação de cuidado a partir dos recursos da própria equipe de enfermagem, tendo em vista as suas necessidades.

No presente artigo, daremos destaque para uma das modalidades de atividade denominada de *Reuniões Temáticas*. Os objetivos destas reuniões foram: aquecimento da equipe para o tema central por ela apontada; aprofundamento do tema trazido pela equipe; planejamento da ação de cuidados ao cuidador pensada pelo grupo.

Antes de planejarmos a forma de conduzir a atividade de grupo, procuramos fazer uma reunião com os coordenadores para ter uma idéia de qual é a problemática que se configurava como principal naquele momento para a equipe. Então foram planejados dois encontros para atingir os objetivos, acima apontados.

Nestas reuniões, propusemos atividades que favoreceram: rela-

xamento e desconexão de atividades e/ou pensamentos ligados ao meio externo; introspecção (conduzindo a um maior contato consigo mesmo).

Participação em: atividades expressivas corporais ou gráficas que permitiram uma facilitação da expressão de sentimentos; relatos verbais que favoreceram o compartilhamento em grupo.

Passamos ao relato de uma das atividades de grupo que foi realizada com a Equipe de Enfermagem da UTIP/N do Hospital Universitário da USP (hospital de ensino). A pergunta que motivou o encontro foi: se a morte como faticidade da qual ninguém escapa é difícil de aceitar quando se trata de pacientes adultos, o que dizer quando o paciente é uma criança e/ou um bebê? Parece ficar claro que os sentimentos ficam ainda mais exacerbados, pois a possibilidade de morte de uma criança é uma situação que pode favorecer a emergência de intensos sentimentos na equipe de cuidados.

## Participantes

Participaram das atividades enfermeiras e técnicas de enfermagem de uma UTI pediátrica/neonatal em número de 10, todas mulheres. A presença na atividade foi voluntária, fazendo parte do projeto acima exposto.

## Descrição da UTI Pediátrica e Neonatal pela Coordenadora da Área<sup>b</sup>

Rememorando nossa trajetória profissional como enfermeira responsável pela UTIP/N do HU-USP, deparamos com inúmeras situações do cotidiano de trabalho da unida-

de que, sem dúvida, interferem na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Na nossa percepção, dentre as situações mais estressantes, destacam-se as decorrentes da complexidade e gravidade do quadro clínico das crianças, o que implica a necessidade de intervenções, na maioria das vezes, invasivas. Outra situação de estresse é a própria dinâmica do trabalho em UTI, que implica lidar com a morte dessas crianças e, ainda, com a delicada relação com as famílias, em momentos de incertezas e de sofrimento.

Observamos, no dia-a-dia, que o profissional de enfermagem precisa enfrentar essas situações, além de outras cargas de trabalho resultantes das dificuldades no relacionamento interpessoal, devido às características individuais de cada membro da equipe e suas diferentes reações diante de situações no cotidiano da unidade. Consideramos que não só esses fatores podem interferir direta ou indiretamente na saúde dos profissionais, mas também os fatores relacionados ao vínculo estabelecido por eles com determinados pacientes.

Para facilitar a compreensão dessas situações difíceis de serem enfrentadas no cotidiano, descreveremos a unidade que gerenciamos.

O HU-USP localiza-se no campus da Cidade Universitária de São Paulo e atende aos docentes, discentes, servidores e seus dependentes, e população residente na região do Butantã integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

As atividades da UTIP/N, que está situada no terceiro andar do HU-USP, tiveram início em agosto de 1992. Nessa época, dispúnhamos de 25 leitos, mas apenas dez-

a. Um maior detalhamento do projeto encontra-se em Kovács MJ, Esslinger I, Vaiciunas N (2004). Cuidando do Cuidador no Contexto Hospitalar. O Mundo da Saúde, 28(3):277-83.

b. A enfermeira responsável pela UTI Pediátrica e Neonatal do Hospital Universitário da USP é Telma Moreira Souza, co-autora deste artigo.

seis estavam ativados. Estes leitos eram distribuídos em três áreas distintas: seis destinados à terapia intensiva pediátrica; quatro à terapia intensiva neonatal e seis de terapia semi-intensiva pediátrica.

A equipe de enfermagem era composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e na época deste trabalho uma atendente de enfermagem fazia parte da equipe também.

A dinâmica de trabalho na UTIP/N tem o objetivo de assistir o RN e a criança de maneira rápida, segura e eficaz, e restabelecer a sua saúde, minimizando os traumas e seqüelas provocadas pelo tratamento intensivo.

Uma das situações que mobilizou sentimentos difíceis foi a relação da equipe com uma criança que permaneceu na UTI até por volta dos dois anos de vida. Esta criança era portadora de uma doença que a tornava dependente de ventilação mecânica, o que tornou a sua internação na UTI bastante prolongada. Durante a sua permanência na unidade ela era atendida pelos profissionais da UTI na unidade semi-intensiva. Este período prolongado de internação mobilizou os mais variados sentimentos na equipe de enfermagem. Ressalto o vínculo estabelecido por eles e o quanto tal relacionamento além de favorecer o desenvolvimento emocional e físico desta criança fez com que se deparassem com sentimentos de tristeza e incapacidade em oferecer um ambiente e experiências adequadas.

Mesmo com todas as limitações encontradas no ambiente hospitalar, essa paciente aprendeu a engatinhar, andar, chamar atenção desconectando-se do ventilador e também demonstrar afeição ou rejeição por alguns membros da equipe. Ela conhecia cada um dos seus cuidadores e o papel desempenhado por eles. Uns tinham o papel

de educá-la, ensinando o que uma criança na fase de desenvolvimento igual ao dela deveria fazer, outros a mimavam e não queriam discipliná-la deixando fazer tudo o que queria, talvez com o intuito de recompensá-la por estar restrita a um leito de UTI, desencadeando sentimento de tristeza e impotência.

Estabeleceu-se, também, um vínculo com a mãe, proporcionando o crescimento da equipe em conviver por longo período com um membro da família da paciente com a sua cultura, modo de ser e limitações, favorecendo o amadurecimento não só dela, como também da equipe de enfermagem. Entretanto, surgiram sentimentos por parte da equipe de medo da perda e da separação da criança, incapacidade de oferecer atividades extra-hospitalares, como passeios a parques, viagens e outras atividades do dia-dia de uma criança normal.

Tais situações levaram-nos a questionar e refletir sobre as possíveis atividades que poderiam ser desenvolvidas com a equipe, de modo a minimizar os impactos causados pelo relacionamento estabelecido com os pacientes e seus familiares. Daí a importância da participação em atividades como as descritas no artigo.

### Considerações éticas

A participação nas atividades do Projeto *Cuidando do Cuidador* sempre foi voluntária, mesmo quando as indicações eram feitas pela coordenadora.

Para fins da publicação, o nome da criança será fictício. As falas são apresentadas como sendo do grupo, o que impede a identificação dos participantes.

Foi assinado, pela mãe da criança, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a publicação do presente artigo.

### Relato de uma reunião de grupo

Apresentamos a seguir a descrição do quadro clínico da criança.

A paciente Ana nasceu no dia 27/01/99, de parto normal e foi encaminhada para a UTI neonatal no primeiro dia de vida. Apresentou um quadro de Hipertensão Pulmonar grave, necessitando de ventilação mecânica.

No primeiro mês de vida, foram realizadas várias tentativas de retirá-la da ventilação mecânica, porém, sem sucesso, o que fez com que a submetessem a vários exames para intervenção diagnóstica.

Com 40 dias de vida, foi realizado exame de Polissonografia, que apresentou um laudo sugestivo de Síndrome de Hipoventilação Alveolar Central Congênita ou Síndrome de Ondine.

Esta síndrome é caracterizada por hipoventilação, sono dependência, ou seja, durante os períodos de sono, principalmente no sono NREM (*No Rapid Eyes Moviment*). O centro respiratório não responde à estimulação pelo gás carbônico, conseqüentemente não ocorre estimulação dos músculos respiratórios. Quando acordada, a ventilação é normal.

Em decorrência deste diagnóstico e após várias tentativas de mantê-la fora do respirador, com 53 dias de vida, Ana foi traqueotomizada para futuramente tentar tirá-la da ventilação.

A mãe de Ana, 19 anos, realizou pré-natal sem intercorrências. É mãe solteira, mora com os pais e durante o período que ficou desempregada cuidava da casa e dos irmãos. Somente o avô materno visitou a criança quando ela já tinha seis meses, bem como o pai, nos primeiros dias. Foi permitido que a mãe trouxesse o enxoval para ser usado na filha e não havia restri-



ção de horário de visitas, uma vez que não havia perspectiva de Ana ir para casa em decorrência de seu diagnóstico.

No momento em que realizamos o trabalho com a equipe de enfermagem, Ana estava com sete meses, com desenvolvimento psicomotor pouco prejudicado para sua condição. Recebia visitas da mãe diariamente e a mesma realizava alguns cuidados.

As equipes de enfermagem e médica estabeleceram um vínculo muito forte com Ana e vice-versa. Nestes sete meses, ela passou por situações em que todos achavam que morreria e isto fez com que a equipe ficasse muito triste a cada situação de morte iminente. Alguns funcionários choravam, outros verbalizavam não querer cuidar da criança quando não estava bem e outros tentavam não se apegar demais para conseguir cuidar. Porém, Ana acabava atraindo as pessoas pelo fato de ser alegre, bonita. Reconhecia a maioria dos membros da equipe pela fala, brincadeiras e pelo modo como as pessoas se aproximavam, solicitando sempre atenção e carinho da equipe, retribuindo esta atenção com sorrisos e tentando imitar o carinho recebido.

A mãe também sofria quando a filha não estava bem, desabafando com a equipe, pois estabelecera um vínculo forte com alguns funcionários, pelo fato de receber sua atenção e apoio. É preciso destacar que a família estava ausente.

A equipe sofre quando o paciente evolui para a morte rapidamente e também quando a morte ocorre após longo período de internação. Pelo fato de trabalharem numa UTI, viviam constantemente lutando pela vida e contra a morte, num grande esforço, às vezes em vão. Quando se trata da vida de crianças, esta situação torna-se ainda mais difícil!

## A demanda da equipe de cuidados

Pudemos perceber, por parte da equipe de enfermagem, duas ordens de demanda: uma, que chamamos de *demanda mais geral* que incluía pedidos para *aprender a lidar com a morte, aprender a não sentir dor, evitar o envolvimento com o paciente* o que foi entendido pelas coordenadoras do grupo como um pedido de “anestesia”... Como se este pedido pudesse ser atendido!

Uma outra ordem de pedidos, estes mais relacionados ao “caso” de Ana, foram os seguintes: aprender a lidar com sua possível morte, uma vez que diariamente esta ameaça estava presente; aprender a lidar com a possível transferência desta criança para um outro setor do hospital, uma vez que possivelmente não poderia ficar para sempre nesta Unidade.

## Atividade proposta

Tendo em vista as problemáticas apresentadas pela equipe de enfermagem, sugerimos uma atividade que se propunha a compreender a relação da equipe de enfermagem com a paciente em questão.

Para este encontro, foi proposta uma atividade com massa de modelar. Usar uma atividade expressiva sem usar a fala era uma possibilidade para o grupo ir se aquecendo, entrando em contato com as emoções internas.

A atividade consistiu em cada um, individualmente, usando a massinha de modelar, explorar sua relação com a paciente. O tema do encontro foi “eu-Ana”.

Terminada esta etapa, solicitamos a cada uma das participantes que falasse sobre aquilo que havia feito com a massinha.

Após a verbalização, foi pedido que cada uma retirasse de sua “produção” pessoal aquilo que poderia

ser representativo da relação do grupo com a paciente: o tema foi “grupo-Ana”. Novamente pedimos para verbalizarem o que havia sido feito.

É importante destacar que, terminando estas etapas, pedimos para falarem do que haviam sentido com a atividade. Enquanto a equipe falava, uma das coordenadoras do grupo foi anotando o que ia sendo dito, destacando alguns temas comuns e palavras recorrentes. Destas anotações, resultou o poema que será apresentado ao fim do levantamento temático.

## Temas emergentes

A partir do que foi observado na atividade e analisando as falas, pudemos perceber que aquilo que a equipe de enfermagem trouxe como sentimentos, dificuldades ou dúvidas, envolve um movimento dialético, num jogo de identificações, que permite decifrar aquilo que angustia o grupo.

Os aspectos mais relevantes deste encontro (traduzidos pela observação da atividade, análise das falas e do poema) foram:

### 1. A identificação com o papel de mãe

A intensa identificação da equipe de enfermagem com o papel de mãe:

*“Tenho medo da perda, eu mãe!”*

*“É muita ligação”.*

*“Eu aí: às vezes esqueço tudo! Concentre-me nela”.*

*Apesar do medo, a equipe se entrega, há a possibilidade do vínculo (tão mais profundo porque no atendimento a crianças/ bebês ficam exacerbados aspectos de maternagem e de identificação com o “eu-criança/bebê” de cada um). O papel de mãe parece ficar mais forte do que o papel profissional.*

### 2. O rompimento do vínculo

O medo intenso de um vínculo e da perda deste vínculo seja por

morte, seja pela possibilidade de um dia a paciente sair de alta, aparece nesta fala.

*“Tudo que eu gostaria, está voando pela janela”*

A metáfora é o “voar pela janela”: Tratava-se de uma paciente que poderia morrer ou ser transferida a qualquer momento. Havia ambivalência entre a manutenção de um vínculo forte (mas que significaria mantê-la “presa no hospital/gaiola”) e o medo da perda (deixá-la ir).

### 3. O mundo de Ana

A responsabilidade de neste momento de Ana, a vida se resumir ao espaço hospitalar.

*“Nós apresentamos o mundo a ela. Temos nós”*

O mundo de Ana no hospital é visto como muito apertado: há o desejo, como mães e como cuidadoras de mostrar um mundo maior; este mundo, de certa forma, elas tentam trazer para o hospital.

### 4. O inexorável: a morte

*“Para Deus, tudo é possível... O que eu posso dar?”*

Havia uma intensa dificuldade do grupo em verbalizar e representar, através da massinha, uma possível situação de morte de crianças. Expressaram um forte sentimento de frustração do grupo, diante da impossibilidade de mudar o destino de Ana.

### 5. A criança interna

A identificação de cada um dos participantes com sua própria criança interna pôde ser percebida pelos coordenadores da atividade. Uma das coordenadoras (Ingrid Esslinger), organizou as verbalizações em um poema que, também num jogo de identificações, procurou traduzir as emoções dos participantes da dinâmica:

*Ana e a vida.*

*Ana e pegar algo que está voando...*

*(a vida que está voando).*

*Eu distante, com medo da vida, dessa vida.*

*Eu e minha criança.*

*Criança Ana, que me mostra*

*A minha criança (com sua alegria).*

*Para Deus, tudo é possível!*

*O que eu posso colher disso tudo, desse amor?*

*O que eu posso dar?*

*O Dino<sup>c</sup> e o desprendimento...*

*Tem o mundo todo e uma flor...*

*Tem o Hospital, a universidade,*

*E temos nós!*

*Nós apresentamos o mundo a ela.*

*Ela tomba, mas está ali, uma troca de energia.*

*Tenho medo da perda, eu mãe!*

*É muita ligação!*

*Tudo que eu gostaria, está voando pela janela.*

*Eu ai: como pode?*

*Às vezes esqueço tudo.*

*Eu esqueço tudo! Concentro-me nela.*

## Considerações finais

O grupo relata que houve uma maior possibilidade de reconhecimento dos sentimentos (individuais e do grupo): perceber que aquilo que cada um sentia fazia eco no outro favoreceu o sentimento de “pertença”, de não estar sozinho. Ainda pelo “simples” partilhar das emoções, o grupo mencionou o fato de não se sentir tão estranho ou errado, assumindo, às vezes, uma atitude mais maternal do que profissional propriamente dita.

Também foi trazido o quanto era importante, para Ana, que de fato o grupo tentasse expandir ao máximo a apresentação do mundo a ela, ainda que dentro dos limites do Hospital: assim, ao invés da frus-

tração por Ana não conhecer outra realidade, prevaleceu a sensação de que aquele era o seu mundo e que, por isso, ela o amava e poderia ser feliz.

Finalmente o grupo pôde perceber o medo que existia com relação à morte da paciente e do ninguém querer que isso acontecesse “na sua vez” (numa referência aos turnos). O grupo pôde discutir a possibilidade de maior respeito aos limites de cada um, bem como, do dividir momentos difíceis, evitando o jogo de “empurra-empurra” nas situações desgastantes.

Pudemos perceber que há uma demanda para não sentir dor, o que, havendo vínculo, torna-se impossível! Quando há vínculo, ocorre a dor da perda.

Quando se fala de cuidado ao cuidador profissional não se pode esquecer de mencionar a importância também dos cuidados em sua formação. Ainda nos surpreendemos com a ausência do tema da morte nos cursos de graduação, tema sempre presente no cotidiano dos profissionais de saúde (Kovács, 2003; Esslinger, 2004).

Muitos cursos da área da saúde enfatizam aspectos técnicos, procedimentos diagnósticos sofisticados, tratamentos que envolvem alta tecnologia, uma ênfase muito grande na cura e prolongamento da vida. Os cuidados a pacientes gravemente enfermas e às dimensões psicológicas, sociais e espirituais são muitas vezes considerados secundários.

Vimos em nossa prática que muitos profissionais se dizem não preparados para lidar com a morte e perguntamo-nos como é possível. Será que a questão da morte não está presente na sua escolha profissional? Talvez, a não preparação, em alguns casos, está relacionada com um desejo de não envolvi-

c. Dino: bicho de estimação de Ana, espécie de objeto transicional que cumpre, dentre outras, função apaziguadora.

mento com situações de sofrimento e dor. Quando se abre o espaço para a expressão de sentimentos e refle-

xão sobre a sua prática em situação de acolhimento e segurança, os profissionais podem re-examinar

a sua relação com cada paciente sob seus cuidados, bem como ter um espaço para seu cuidado próprio.

---

## REFERÊNCIAS

- Ariès P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
- Carvalho VA. A vida que há na morte. In: Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMJ, Carvalho VA. Vida e morte: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
- Cavalcanti MBG. Humanização no processo de formação de profissionais de saúde: experiências de alunos do curso de graduação em enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
- Esslinger I. De quem é a vida afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
- Groesbeck CJ. A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana*. 1983;73-6.
- Gutierrez BO. O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
- Hennezel M. Nós não nos despedimos. Lisboa: Editorial Notícias; 2001.
- Kastenbaum R, Aisenberg R. Psicologia da morte. São Paulo: Pioneira; 1986.
- Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
- Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
- Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2001.
- Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 2000.
- 

*Recebido em 21 de setembro de 2007*  
*Aprovado em 17 de outubro de 2007*