ROSEANE CARLOS CORDEIRO

A CIRCULAÇÃO DA PALAVRA: uma proposta de intervenção em unidades de pacientes críticos

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Gonçalves da Silva
Coorientador: Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Henz

Santos - SP
2015

PRODUTO DA PESQUISA: INTERVENÇÃO

Gostaria de salientar inicialmente que o "Produto da Pesquisa", item obrigatório na modalidade de mestrado profissional, poderá ser também apreciado na leitura integral desta dissertação, onde apresentei com maior profundidade o caminho percorrido, estratégias de ações, lançando sua âncora (proposta de intervenção) a partir da práxis do cotidiano do trabalho de captar órgãos.

Construí meu labor de captar órgãos e tecidos para transplantes, em grande parte, dentro das unidades de pacientes críticos[1], no Pronto Socorro Central, no município de Santos. Como o meu foco é a doação não estou submetida à chefia local, à demanda integral dos cuidados com pacientes lá internados e seus familiares. Minhas ações, por sua vez, implicam certa abrangência de intervenções: sensibilizar a equipe de saúde sobre o universo da doação, refletir sobre as rotinas que dificultam o cuidado, os impactos emocionais com as famílias e equipe enlutadas, enfim, criar espaço para a construção de possibilidades de subjetivações.

Neste processo pude perceber sinais de sofrimento a que estes trabalhadores são frequentemente submetidos e que deixam marcas. O excesso de plantões em turnos variados, horários reduzidos de sono, queixas de insônia e irritabilidade sugerem um estado de permanente cansaço. Aliados a essa situação, a precariedade dos recursos oferecidos pelo serviço público nos cuidados com o paciente crítico, o reduzido número de pessoal e gestão da rotina diária com foco na necessidade imediata têm desencadeado estados de desmotivação e fadiga. Manifestações desse tipo foram frequentemente citadas nas entrevistas[2].

Embora haja o excesso de tensão, não há rotina institucional para discussão de condutas, reflexões sistematizadas sobre os pacientes sem possibilidades de cura ou sobre o lidar com a morte todos os dias. Queixas sobre o tratamento fútil ao mesmo

---

[1] Utilizarei neste estudo, para referir-me à unidade de terapia intensiva e sala de emergência, a nomenclatura "unidades de pacientes críticos". Esta opção procura dialogar com a relação paciente/profissional, pois parto da premissa de que o trabalhador da saúde é afetado pelo doente em estado crítico.

[2] O material produzido nesta pesquisa qualitativa é composto de: dez entrevistas semiestruturadas, cinco diários de campo e uma narrativa.

tempo em que ocorrem mortes talvez prematuras por falta de recursos ou vagas especializadas na UTI contribuem para que o trabalho da equipe da saúde seja percebido como frustrante, desmotivador e por vezes sem significado. Essa percepção pode ser agravada quando os procedimentos invasivos são realizados com os pacientes fora de possibilidades de cura (em processo de morrer) e não são compartilhados com a equipe. Esse fato foi apontado como uma das razões importantes para o estresse. Há uma lacuna que precisava ser ocupada com questões relacionadas à educação para a morte sugerida Kovács (2005).

Com este foco, em meados de 2014 propus sessões de cinema dentro da UTI. Foi exibida uma pequena animação espanhola chamada *La Dama y la Muerte* (*A dama e a Morte*) (GARCIA, 2009). Com criatividade, o autor usa o recurso do humor para discutir assuntos como distanásia, o processo da morte e envelhecimento. Essas exibições aconteciam dentro da unidade de críticos, em pequenos grupos, com um *laptop*, em dias e períodos alternados para cobrir o maior número de pessoas e, claro, acompanhado de pipocas no refeitório. O filme foi utilizado como disparador, e infindáveis reflexões emergiram. Essa intervenção sinalizou a necessidade de dar continuidade a ações que favorecessem a circulação da palavra.

No processo de pesquisa, os encontros com os colegas para refletir sobre a prática do trabalho tornaram-se frequentes, embora ocorressem de maneira informal enquanto trabalhávamos. Em novembro de 2014, esta reflexão ganha corpo[3]. Os colegas identificaram a importância de realizarmos algo que enfocasse a humanização no trabalho de uma maneira mais ampla. Assim, a partir de janeiro de 2015 houve mudanças na rotina de acolhimento da visita familiar aos doentes da UTI. Antes dessa data, o boletim da situação de saúde do paciente era feito pelo médico, em pé, no corredor ou à beira do leito, com rapidez e somente a um familiar. Atualmente, ocorre na sala da seção de Captação e Transporte de Órgãos e Tecidos (Secapt), com o médico e comigo, com maior conforto (água e lenços) e privacidade. A família é que decide quem entrará e o tempo é definido pela demanda das necessidades da família e não do serviço de saúde. Este formato vem acontecendo em dois dias da semana. A opção de trabalho em parte da semana ocorreu em função de um médico intensivista estar motivado para novas possibilidades de trabalho: estas conversas com as famílias seriam em seus plantões.

---

[3] A discussão sobre esta experiência foi apresentada no Capítulo 4 (dessa dissertação), "Conversando sobre a morte", no diário de campo *A instituição ensaiando a palavra*.

Com esta perspectiva, já realizamos informes de falecimento[4] e propiciamos a visita de uma criança à UTI[5]. Em cada um destes eventos, sempre reservamos espaço para a reflexão e para compartilhar impressões, que além de enfocar o ato em si vislumbram perspectivas para novas ações. As famílias têm demonstrado reações positivas, relatando guardarem seus questionamentos para apresentar nestes dias de melhor interlocução.

Essas pequenas ações têm reverberado em diferentes sentidos: discussão na UTI sobre as reações das famílias diante do grave adoecimento, rigidez institucional e a morte, entre outros temas. A repercussão também foi sentida por outro médico plantonista da UTI que observou que nos dias subsequentes a este novo formato de acolhimento às famílias, os parentes (principalmente de pacientes crônicos sem possibilidade de cura) não ficam para o boletim médico na beira do leito, pois se dizem sem necessidade de novas informações. O que me parece estar em jogo é a continência, o sentido de processualidade, a nossa coragem de abordar situações delicadas e mantermo-nos em nosso papel com firmeza e doçura. Com estas famílias lidamos com o processo de morte que foi instalado.

Na medida em que o trabalho foi se estruturando nesta nova perspectiva, observo um movimento geral entre as pessoas no PSC de identificarem-me como a profissional que lida com as questões da morte – uma especialista sobre o fim da vida. Assumo este lugar, entretanto com a devida atenção ao estereótipo, e a não manutenção da dissociação entre vida e morte. Se alguém se encarrega da morte, os demais ficam livres para lidar com a vida e a cisão permanece. Aceito este lugar como possibilidade estratégica e compreendendo esta movimentação da instituição como parte de um processo de transformação do trabalho.

Os espaços reflexivos estão se constituindo no processo do próprio trabalho e não apresentam um formato fechado. Meu foco é garantir a possibilidade expressão, que deve acontecer nos interstícios da instituição. Durante os horários de visita nos quais os profissionais estão com mais disponibilidade de tempo, alguns temas emergem e reflete-se sobre eles com informalidade. Em outro momento realizei grupo informal de família, em decorrência de uma emergência na unidade de críticos. Nesta condição, até que o paciente estabilize, não há visitas e todos os que aguardam fora da UTI transbordavam de ansiedade por medo de notícias piores. Formalizar o trabalho com enquadres mais

[4] Discussão apresentada no Capítulo 4, no diário de campo *Uma má notícia: Laíz morreu*.
[5] Discussão apresentada no Capítulo 4, no diário de campo *A criança na UTI*.

definidos é um vir a ser. Os colegas precisam estar implicados nestas possibilidades; caso contrário, dificilmente haverá adesão.

Durante o trabalho, pude observar que o meu atravessamento como profissional da captação na unidade de críticos me protege de excessivas contaminações e desgaste institucional (reconheço, entretanto, que não estou imune a elas). Esta condição permitiu-me observar uma sensação em particular: raramente me sinto confortavelmente adaptada às demandas do trabalho entre a vida e a morte. Meus colegas, com o couro mais curtido, trabalham com valentia e destreza, mas talvez corram mais riscos de enrijecimento da sensibilidade. É como se o meu sofrimento estivesse na superfície por ser minha pele mais fina. Sinto todos os cheiros de feridas, nojo das secreções humanas, medo pelo encontro delicado com a família para informar sobre a morte, e com um grande desconforto pergunto-me por que as coisas são como são. Esta condição de adaptação relativa que me acompanha favorece o estranhamento e um olhar mais aguçado. A naturalização dos procedimentos, da lógica das ações hospitalares que inúmeras vezes dificultam o processo da saúde e da boa morte, precisa ser movimentada e refletida de outros lugares que não o do conforto pleno, da adaptação demasiada.

Esses fatos levaram-me a considerar que as equipes de captação, especialmente aquelas com dedicação exclusiva a esta função, talvez possam desencadear novas possibilidades de trabalho com criatividade. Elias (2001) relata que muitas vezes cuidamos mais dos órgãos do que das pessoas. Esta proposição transportou-me à reflexão sobre as equipes de captação de órgãos. Seria possível que nossas ações qualifiquem o processo transplantador, mas sem perder de vista os cuidados integrais em saúde? Está lançado o desafio. Sinto-me provocada pelo autor que sinaliza a necessidade de pensar o todo, de integrar as partes e transformá-las novamente em humano. Discutir a morte e a vida, problematizar questões relacionadas à religiosidade, às intervenções prescritas sem considerar as necessidades do paciente, o distanciamento imposto às famílias que poderiam contribuir com a melhora do estado geral dos pacientes são possibilidades de circulação da palavra, de melhorar a troca entre os diferentes. Talvez esta seja uma possibilidade de aproximar vida e morte.

Estimulada pela experiência positiva do cinema na UTI, considerei produzir um audiovisual como disparador para estas questões. O material seria produzido a partir do encontro com profissionais de saúde e seus depoimentos sobre suas experiências com religião e religiosidade, procurando dialogar com diferentes posicionamentos sobre a morte. Estas conversas serão articuladas com reflexões sobre o tema (a morte e o

processo de morrer) apresentadas a partir dos pensadores que acompanharam este percurso: Elias, Schopenhauer e Nietzsche, entre outros. A intenção é produzir sensibilizações que sejam mais representativas da realidade dos serviços de saúde, próximas das questões do cotidiano do trabalho, que lidem com aspectos relacionados ao afeto e simultaneamente possam ser espontâneas e criativas. No futuro, esse material audiovisual talvez se transforme em um documentário.

Lidar com as equipes de saúde em unidades fechadas como as de pacientes críticos é também atribuição das equipes da captação: discutir casos, ter escuta para as dificuldades, criar situações para lidar com a intensidade dos afetos presentes nesse ambiente. Talvez mais do que pensar numa perspectiva de atendimento humanizado (pois nada mais humano do que a destruição, a competitividade...) seria necessário criar condições para desenvolver cuidados qualificados, ou seja, estabelecer relações de cuidados mais amorosos e integrais no trabalho em saúde. Essas são ações que implicam a circulação da palavra, e há íntima relação com desconstrução das naturalizações – é resgatar a capacidade de sermos afetados. De forma temporária, encerro este diálogo com um fragmento de narrativa:

> Sempre desconfiei de quem fala difícil. Este comportamento diante do verbo é como uma espécie de cirurgia plástica estética em demasia, em que dificilmente se reconhece o sujeito por detrás das palavras e a sensação de que a organização mais natural das ideias (e das marcas da vida) lhe cairia melhor. (Narrativa *Notificando a morte encefálica*[6])

[6] Esta narrativa não foi apresentada como produção de dado. É material produzido pela pesquisadora no cotidiano do trabalho da Secapt.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*, seguido de “envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

GARCIA. J. R. (Roteiro e direção). La Dama y la Muerte. España: Kandor Graphics/Green Moon, 2009.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, v.25, n.3, p.485-96. 2005.