

ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE PERMEIAM A VIVÊNCIA PROFISSIONAL DE SAÚDE DE UTIN.

Mykaella Cristina Antunes Nunes¹
Katia Cristine Cavalcante Monteiro²
Cristiana Carla Medeiros Aguiar³
Isabelle Freitas Luz⁴

RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender as vivências do profissional de saúde que trabalha em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e as repercussões dessas vivências para a saúde mental dele. Para isso, utilizou-se o método descritivo de abordagem qualitativa e de cunho fenomenológico, através de entrevista semi-estruturada com 11 profissionais de saúde (2 médicas, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 3 fisioterapeutas, 1 psicóloga e 1 assistente social) de uma Maternidade Escola, localizada em Fortaleza, CE, nos meses de maio e outubro de 2011. Foram identificadas três unidades de significado: (1) a relação profissional/recém-nascido/família; (2) a tecnologia e o humano; e (3) UTIN e saúde mental. O relato dos profissionais demonstrou que: (1) ser profissional de saúde de UTIN exige qualificação profissional, conhecimento científico, conhecimento técnico e equilíbrio emocional; (2) os profissionais se sentem incomodados e impotentes diante da realização de procedimentos mais invasivos como também preferem que os pais se ausentem da unidade durante a realização desses; (3) os profissionais procuram se comunicar com a família do recém-nascido numa linguagem compreensível a ela; e (4) temem a formação do vínculo mãe-bebê em virtude da iminência de morte. A partir dessa pesquisa, espera-se discutir as questões que podem melhorar a condição de quem assiste aos pacientes bem como contribuir para o enriquecimento e a humanização da relação profissional-paciente na UTIN.

Palavras-chave: Profissional de saúde. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Saúde Mental.

ABSTRACT

This study aims to understand the experiences of the health professional who works in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and their impact on mental health experiences of them. For this, we used descriptive method with qualitative approach and phenomenological nature, through semi-structured interviews with 11 health professionals (two doctors, two

1 Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde. Complexo Hospitalar Universitário HUWC/MEAC – UFC.
2 Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.
3 Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.
4 Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará

nurses, two nursing techniques, three physiotherapists, one psychologist and one social worker) of a maternity hospital, located in Fortaleza, in the months of May and October 2011. We identified three units of meaning: (1) the professional / newborn / family, (2) technology and human, and (3) NICU and mental health. The report showed that the professionals: (1) health care workers in the NICU requires professional training, scientific knowledge, technical expertise and emotional balance, (2) professionals feel uncomfortable and helpless before performing more invasive procedures as well they prefer that parents be absent during the course unit thereof, (3) professionals seek to communicate with the family of the newborn in a language understandable, and (4) fear the formation of mother-baby bond because of the imminence of death. From this research is expected to discuss issues that can improve the condition of those who attend to patients as well as contribute to the enrichment and humanization of professional-patient relationship in the NICU.

Keywords: Health Professional. Neonatal Intensive Care Unit. Mental Health.

1. INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é considerada uma das mais complexas do sistema de saúde, pois se destina a receber pacientes em estado grave, com possibilidade de recuperação, exigindo permanente assistência médica e de enfermagem, o uso de equipamento especializado e, especialmente, demandando ações diuturnas, rápidas e precisas no máximo da eficiência da equipe (Silva, Valenca e Germano, 2010; Romano, 1999). Segundo Costenaro (2001), o profissional de saúde que trabalha em UTI depara-se com intensa atividade física e elevado grau de estresse emocional, *consequência* do contato permanente com: (1) a alta tecnologia, que mascara a relação pessoa a pessoa, (2) as situações de vida e morte, (3) a ansiedade da família do paciente e sua própria ansiedade advinda do estresse no trabalho, e (4) a expectativa quanto a sua eficiência no desempenho profissional. Romano (1999) considera a UTI, assim como a emergência dentro de um hospital, as unidades que mais propiciam o surgimento de problemas emocionais em seus profissionais.

Segundo Sebastiani (2002), nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), os profissionais de saúde também estão expostos a uma gama de estímulos emocionais nocivos à sua saúde, pelo estresse que é lidar com o desafio de atender um grande número de bebês submetidos a riscos iminentes de contaminação, infecção hospitalar e morte. Além disso, o referido profissional vivência: (1) a intensa experiência com as questões relacionadas ao processo de morte e de um cotidiano de trabalho permeado por experiências ligadas à dor, ao sofrimento, à impotência, à angústia, ao medo, à desesperança, enfim, aos diversos tipos de perdas; (2) o convívio com limitações técnicas, pessoais e materiais em contraponto ao alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre esse profissional pelos pacientes, familiares, equipe, instituição hospitalar e até mesmo dele próprio; e (3) do enfrentamento de jornadas de trabalho cada vez mais extensas e não raro múltiplas, com sacrifícios de ordem pessoal e social.

A UTIN assiste principalmente aos recém-nascidos prematuros, cuja condição clínica constitui uma ameaça imediata ou potencial à vida, e necessitam de cuidados 24h por dia, bem como os acometidos de alguma enfermidade congênita (Ribeiro e Rego, 2011). Tem indicação para UTIN, os recém-nascidos (RN) de baixo-peso, <1500g, grande ou pequeno

para a idade gestacional, pré-termo, com malformação, com suspeita de infecção congênita, icterícia não fisiológica, asfixia perinatal, anomalias congênitas, entre outras patologias (Avery, 1984). Essa unidade em geral apresenta-se como um ambiente repleto de estímulos estressantes (luzes fortes e contínuas, barulhos, mudanças de temperatura, procedimentos clínicos invasivos e dolorosos ao bebê) que se abatem tanto sobre os bebês, mas também afetam os profissionais que nela trabalham (Reichert, Lins e Collet, 2007).

Além desses, segundo os autores supracitados, a equipe de profissionais está sujeita a outros estímulos estressantes, como: (1) o ambiente é repleto de equipamentos e rico em tecnologia; (2) há contínuo movimento de admissões e intervenções terapêuticas no setor; (3) o ritmo de trabalho é intenso e exaustivo; (4) há uma exigência crescente de eficiência e atualização de conhecimentos; (5) é necessário ter habilidade de relacionamento; e, por último, (6) ter segurança na execução de técnicas e na manipulação de máquinas e equipamentos.

De acordo com Machado e Jorge (2005), trabalhar em uma unidade neonatal de alto e médio risco implica cuidar de um recém-nascido “frágil e indefeso” que apresenta um quadro clínico instável, oscilante diuturnamente entre estados de melhora e de piora, com constante ameaça de morte iminente. Siqueira (2008), afirma que diante dessa realidade, o profissional pode se deparar com sentimentos de insegurança, impotência e angústia diante das possibilidades e da imprevisibilidade do quadro clínico dos pacientes. Sente ainda o desafio de aumentar as taxas de sobrevivência dos neonatos de risco e a qualidade de vida futura dos bebês que sobrevivem ao período de internação, sendo algo que passou a inquietar os profissionais de saúde que prestam assistência neonatal.

Na presente investigação, compõe o objeto de estudo: compreender as vivências dos profissionais de saúde que trabalham em uma unidade de terapia intensiva neonatal e as repercussões dessas vivências para a saúde mental dos mesmos.

O interesse pelas vivências de profissionais de saúde em unidades neonatais de alto risco deu-se a partir do desejo do pesquisador em adentrar um pouco mais nas experiências e sentimentos de tais profissionais, dada as características de uma unidade intensiva neonatal em que o pesquisador trabalha.

Refletindo sobre o cotidiano dos profissionais que trabalham em UTIN, os momentos de intensa pressão, o lidar com a vida e a morte tão de perto e, principalmente, com seres completamente frágeis e indefesos, inúmeros questionamentos sobre suas vivências começaram a ser construídos. Como será que eles se sentem trabalhando na unidade neonatal de terapia intensiva? Como lidam com seres que dependem totalmente de seus cuidados para permanecerem vivos? Como percebem a relação da família com o recém-nascido? Como lidam com a quantidade de procedimentos realizados nos bebês? E, por último, se percebem a sua saúde mental afetada pela rotina de trabalho?

Também, segundo Machado & Jorge (2005), há poucos estudos na literatura sobre essa realidade. A sociedade atual está constantemente sensibilizada pela dor dos familiares e principalmente das mães de bebês internados nessas unidades. Segundo Sebastiani (2002), um aspecto constantemente relegado a segundo plano é o das condições emocionais dos profissionais de saúde e como estes estão instrumentalizados técnica, física e psicologicamente para o exercício de tais tarefas. Esses indivíduos também passam pelas mesmas reações e pelo mesmo tipo de solicitação adaptativa, obviamente em condições diferentes às do paciente e família, mas com outros tipos de agravantes, em que ações, decisões e constante pressão permeiam o cotidiano dessas pessoas.

Diante disso, há a necessidade de buscar compreender as vivências dos profissionais, a fim de melhorar a condição de quem assiste aos pacientes, como também é importante contribuir para o enriquecimento e a humanização da relação profissional/paciente na UTIN.

Conflitos sobre a égide da “cura”

O profissional, dentro da instituição hospitalar, coexiste ao lado de diversos conflitos, como o curar e o cuidar; a vida e a morte; e o bem-estar e o ataque à doença (Pitta, 1999).

Segundo Pessini (1997), no que se refere ao curar e ao cuidar, no primeiro, o investimento é na vida a qualquer preço. No segundo, há a aceitação da morte como parte da condição humana, que considera o paciente protagonista de sua vida que pode desejar inclusive morrer. Assim, ao priorizar-se o “curar” a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer que a equipe de saúde perceba o trabalho como frustrante, desmotivador e sem significado (KOVÁCS, 2003).

No que se refere às vivências de profissionais de saúde, não conseguir evitar ou adiar a morte, ou mesmo não ser possível aliviar o sofrimento do paciente pode trazer ao profissional a vivência dos seus limites, impotência e finitude, o que pode ser extremamente doloroso (KOVÁCS, 1992).

Segundo Torres e Guedes (1987), a equipe médica oscila entre o sentimento de frustração (ora por não conseguir eliminar ou aliviar a dor dos seus pacientes ora por não poder livrá-los da morte) e uma mentalidade de onipotência, acreditando que tudo pode com o grande desenvolvimento da tecnologia. Por outro lado, segundo Kovács (2003), o desenvolvimento da técnica médica e o conseqüente prolongamento da vida e do processo de morrer fizeram que os profissionais tivessem que cuidar e conviver com pacientes gravemente enfermos, em que, às vezes, o mais difícil não é lidar com a morte, e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo.

Para o corpo de enfermagem surgem dificuldades no lidar com os problemas advindos do contato diário, pois esses profissionais são os que estão mais próximos do paciente e dos familiares, provocando um estresse de difícil resolução. O sentimento gerado nessas situações traduz-se em impotência, frustração, culpa, irritação, entre outros; sendo que, muitas vezes, esses sentimentos são camuflados porque podem perturbar a eficácia dos cuidados (KOVÁCS, 2003).

Por fim, Pitta (1999) enumera algumas das defesas que profissionais de saúde apresentam diante das ansiedades provocadas pelo trabalho, dentre as quais cita: (1) fragmentação da relação profissional/paciente; (2) despersonalização e negação do outro; (3) distanciamento e repressão de sentimentos e (4) não responsabilização por suas decisões. E acrescenta que a função primordial desses sistemas sociais de defesa é ajudar o indivíduo a fugir da ansiedade, da culpa, da dúvida e da incerteza, como uma alternativa para a complexa dinâmica da interação técnico/paciente em uma instituição hospitalar, embora não única ou exclusiva.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa e de cunho fenomenológico. Segundo Martins e Bicudo (1994), na pesquisa qualitativa, o foco da atenção está centrado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação do fenômeno estudado.

Dentre as várias opções que a pesquisa qualitativa dispõe, optou-se por utilizar a fenomenologia. Segundo Forghieri (2001), o método fenomenológico é considerado um recurso apropriado para a pesquisa de vivências, pois procura captar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa em determinadas situações de seu existir cotidiano, sendo adequado para o presente estudo ao possibilitar uma melhor compreensão acerca das vivências dos profissionais de saúde em UTIN.

A investigação teve como cenário as unidades de terapia intensiva neonatais (IIIA e IIIB, comportando respectivamente 12 e 9 leitos) de uma Maternidade Escola, localizada em Fortaleza, CE, durante os meses de maio e outubro de 2011. O hospital é referência para gestantes e recém-nascidos em situação de risco, bem como possui o título de Hospital Amigo da Criança¹, conferido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Dado o caráter qualitativo da pesquisa, o número de participantes consistiu, segundo o proposto por Minayo (1994), no número adequado de entrevistas capaz de refletir a totalidade nas suas dimensões, observando-se o critério de saturação, número que retrata o momento em que se observa o esgotamento das unidades de sentido nas falas dos entrevistados. Os relatos foram agrupados em parágrafos e/ou transcritos na forma original, sendo nomeados por E (entrevistada) acrescentado de número para diferenciar. A escolha dos profissionais que participaram da pesquisa se deu de forma aleatória. Nos dias determinados para a coleta todos os profissionais abordados se disponibilizaram para participar. Dessa forma, foram entrevistados 11 profissionais, sendo 2 enfermeiras (E1 e E2), 3 fisioterapeutas (E3, E4 e E5), 2 técnicas de enfermagem (E6 e E7), 2 médicas (E8 e E9), 1 assistente social (E 10) e 1 psicóloga (E11).

A coleta de informações foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada e mediada pela seguinte pergunta norteadora: Como você se sente trabalhando como profissional de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal?

A análise das informações foi feita segundo o método fenomenológico, que consiste em três momentos ,segundo Martins (1992): descrição, redução e a compreensão fenomenológica. Foram identificadas três unidades de significado, que contêm em si as manifestações dos profissionais entrevistados sobre as próprias vivências nas unidades neonatais, sendo: a relação profissional/recém-nascido/família; a tecnologia e o humano; e a UTIN e saúde mental.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, e o participante foi informado quanto ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Tal documento trata-se de uma exigência da Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Maternidade em questão, conforme protocolo nº 08/11, em 23 de fevereiro de 2011.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Relação Profissional/Recém-Nascido/Família

No que se refere a essa unidade de significado, diversos aspectos puderam ser observados nos relatos dos entrevistados, como: as sensações do profissional diante do

¹ Idealizado em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e UNICEF para promover, proteger e apoiar a amamentação.

cuidado do RN de alto risco e a percepção dele para com esse bebê; as identificações dos profissionais com os pais do RN; o lidar do profissional com a morte do RN; a relação dos pais com o bebê; e o vínculo mãe-bebê.

Segundo os profissionais, as experiências com o recém-nascido de alto risco remetem às suas próprias fragilidades e limitações, como: o medo de passar pela experiência de ter um filho em situação semelhante; o temor de não ser competente o suficiente para assistir plenamente ao RN em suas necessidades, falhar, e ser julgado pelos colegas de profissão, pelos familiares do RN e por si próprio. Muitas vezes, o profissional pode se sentir limitado profissionalmente por já ter utilizado de todo o aparato tecnológico disponível para a sobrevivência do RN e não ter mais nada a ser feito. Como se observa no seguinte relato: *“Há uma limitação profissional porque tem coisas que eu não vou poder fazer por ela (bebê) e há uma limitação pessoal, que é aquela que vai além do que um ser humano pode fazer por outro.”* (E4)

Com relação ao bebê prematuro, este é percebido pelos profissionais como algo “precioso e frágil”, lidar com o recém-nascido é considerada uma tarefa de extrema importância: *“É uma responsabilidade muito grande de você ter os pais com a expectativa de um filho.”* (E9)

Em alguns casos, o profissional se sente “substituindo” a mãe nos cuidados com o bebê, como neste relato: *“a gente tem que vê assim: esse bebê não é meu, mas no momento eu sou a mãe dele.”* (E6) Então, o profissional vivencia essa situação como pre-ocupação, que o leva a se sentir verdadeiramente mãe daquele bebê, protegendo-o e realizando um cuidado autêntico, uma preocupação com a vida do outro, com o ser existente e suas possibilidades (Machado e Jorge, 2005).

Algumas identificações por parte dos profissionais com os pais do recém-nascido também foram observadas, como a vivência da maternidade. As profissionais demonstraram se empatizar com a situação das mães da unidade neonatal, revivendo às angústias da gestação e parto: *“eu já sinto pela mãe porque, quando eu estava grávida, meu maior medo era que uma filha minha tivesse um problema durante a gravidez ou no parto.”* (E4) Também referiram se colocar no lugar da mãe, nas situações de morte, em que o bebê foi tão sonhado, sentindo por ela. Segundo Machado e Jorge (2005), o profissional se relaciona com a mãe desse bebê como co-presença e procura se colocar em seu lugar. Essa relação autêntica entre co-presenças permite ao profissional sair de seu mundo e ser tocado existencialmente pela situação dessa mãe.

Outra identificação foi a de ser mãe de bebê prematuro. Essa identificação torna os profissionais mais sensíveis e empáticos à situação dos pais, como também os afastam como meio de proteção psicológica. Por um lado o profissional se aproxima da relação mãe-bebê por querer ajudar, ele possui além do conhecimento técnico a experiência semelhante, por outro lado se afasta da relação pela vivência da mãe com o RN fazê-lo reviver momentos tão difíceis. Perls (1977) denomina de contato e fuga os dois meios do indivíduo lidar com uma determinada situação. Nem sempre o contato é saudável, nem sempre a fuga é doentia. Ambos são meios de lidar com a situação de vida naquele momento, o que permite a continuidade dos processos da vida. Assim, há profissionais que elegem o contato e outros a fuga, dependendo da relação que estabelecem com o meio, bem como com suas experiências anteriores.

Outra experiência tão difícil quanto essa para os profissionais é o lidar com a morte, em que os mesmos se utilizam de diversos mecanismos para se proteger do contato com ela, inclusive de não aceitação:

É mais aceitável quando você sabe que a pessoa teve a oportunidade de vivenciar algum momento, mas assim que a vida surgir ela já ser interrompida. Assim é muito complicado ser um ser inocente que não teve a oportunidade de crescer e logo isso ser cortado. (E3)

Segundo Silva e col. (2010), ao se “perder” um paciente, é notória a inconformação e insatisfação nos profissionais por se sentirem culpados por essa perda. O preparo para salvar vidas, que constitui o ideário na formação dos profissionais da saúde, embota, de certa maneira, a concepção de fim, de morte biológica. O empenho se concentrou em salvá-la e pouco em compreender sua finitude. O profissional depara-se assim com a possibilidade de fuga, que faz com que ele não entre em contato com seus reais sentimentos, em decorrência do medo da responsabilização pelos insucessos e interpretações de fracassos pessoais (Machado e Jorge, 2005).

Alguns profissionais, quando se sentem não podendo fazer mais nada pelo bebê, apegam-se em suas crenças religiosas, “*a fim de que seja feita a vontade de Deus*” (E7). Por último, há profissionais que preferem sair da unidade a ver a mãe chorando.

No que diz respeito à assistência ao RN, alguns entrevistados relataram como importante ao desempenho profissional: o conhecimento científico (capacitações), o conhecimento técnico (condutas e procedimentos), o equilíbrio emocional e a autoconfiança ao realizar suas atividades. Os profissionais apontaram que o trabalho deve contemplar atenção tanto ao bebê quanto aos familiares. No entanto, no dia a dia, dada a urgência por outras atividades, nem sempre é possível atender plenamente aos familiares. Segundo Souza e Ferreira (2010), esse cenário é muito frequente nas UTI neonatais do Sistema Único de Saúde – SUS, em consequência da presença de poucos funcionários e muitos pacientes, ficando prejudicada a atenção demandada por familiares que acompanham a internação do bebê em função do pouco tempo disponível dos profissionais.

No que se refere à relação dos pais com o bebê, os profissionais relataram que buscam informar os pais sobre o estado de saúde do bebê e, quando possível, esses acompanham o atendimento ao recém-nascido. No entanto, afirmaram que é preferível que eles se ausentem durante o atendimento, argumentando que a ansiedade dos pais é transmitida aos profissionais e alguns se incomodam em fazer determinados procedimentos mais invasivos. Alguns profissionais apontaram ainda que procuram se comunicar com os pais numa linguagem compreensível a esses, sem utilizar termos técnicos, informando acerca do estado de saúde do bebê, mas não tirando a esperança da mãe para com a recuperação do filho.

Quanto à relação da mãe com o bebê, essa foi referida como “*indescritível e de muita dedicação*”, sendo vista com satisfação pelos profissionais: “*é muito bom quando a gente vê que a mãe realmente acompanha a criança desde o início. Quando a mãe está aqui todo dia. Quando a gente vê realmente aquele empenho dela.*” (E5) Foi referido que nos primeiros momentos a mãe sente o impacto, visto o quadro de saúde do RN, bem como sente medo e receio de tocá-lo. Mas também sente alegria quando coloca o bebê nos braços e quando vê seu filho sendo bem cuidado.

Também foi apontada a importância do vínculo mãe-bebê, independente do prognóstico da criança, mesmo na iminência da morte e que os profissionais devem ajudar na formação desse vínculo. Quanto a essa temática, embora considerem importante, os

profissionais relataram que quando a prematuridade é extrema as mães são muito temerosas à formação do vínculo mãe-bebê, mas todos na unidade também têm medo da formação desse vínculo devido o risco iminente de morte. *“Quando um bebê tem um prognóstico muito negativo, os médicos talvez se sintam temerosos com a responsabilidade que eles vão ter depois que esse bebê não tiver êxito.” (E11)*

É o início da vida acontecendo de um modo, muitas vezes, não esperado pelos pais do RN e já conhecido pelos profissionais, mas nem por isso insensíveis a esse acontecimento. Marcado pela utilização de inúmeros aparelhos necessários à sobrevivência do RN, que causam dor e distorcem o imaginário de saúde e beleza que temos das imagens dos bebês saudáveis, causando no mínimo um impacto inicial a quem os vê. É conflitante para o profissional, pois ao mesmo tempo em que essa vivência infringe seu ideário de início de vida e saúde dos bebês, ele estar na condição de cuidador, de quem possibilitará a sobrevivência do RN, totalmente a mercê dessa e de outras sensações destrutivas à sua saúde mental.

Outro aspecto é que na UTIN há o trabalho com bebês de alto risco (que envolve emocionalmente os profissionais, pois lidam com pacientes muito graves e que geralmente passam mais tempo internados) e o convívio diário com os pais do recém-nascido (tanto mães internadas quanto as que já estão de alta e pais que vêm apenas visitar o RN), gerando o apego aos bebês e à família do bebê. O profissional vivencia um pouco da realidade da família, estabelecendo o vínculo com os pais e esses, principalmente, buscando no profissional suporte, segurança, esclarecimentos, respostas, que muitas vezes não se dispõe para dá-las.

A Tecnologia e o Humano

No que diz respeito a essa unidade de significado, pôde-se observar a partir dos relatos dos profissionais os seguintes conteúdos: o lado positivo e o negativo do avanço tecnológico; os sentimentos do profissional diante da realização de procedimentos técnicos no bebê; os danos ao desenvolvimento infantil do RN dado o excesso de estimulações técnicas; e a valorização da tecnologia em detrimento do humano.

Segundo os relatos, os profissionais percebem o avanço tecnológico tanto como algo positivo, que possibilitou aumentar a sobrevida das crianças, quanto como algo negativo, que, apesar de ter aumentado a sobrevida dos bebês e diminuído a mortalidade infantil, não isentou os bebês das seqüelas sensório-motoras: *“estou diminuindo a mortalidade, estou reanimando e a sobrevida está aumentando a custa de quê?” (E3)*

Quanto aos procedimentos técnicos, os profissionais referem que são muitos e que se sentem impotentes e incomodados, principalmente quando o procedimento demora mais. *É uma coisa que você não gosta, mas é obrigado a fazer (E7)*. Por um lado há o desprazer em realizar tal procedimento, muitas vezes, de alta complexidade, de risco à vida do bebê, em que o profissional se angustia pela dor que está causando no bebê e por saber que o tamanho do desconforto do bebê é influenciado pelo modo como ele realiza o procedimento. Por outro lado, os procedimentos permitem a sobrevivência do RN. *Então você como ser humano, às vezes, faz procedimentos que são necessários, mas que causa dor e estresse no bebê. Então, muitas vezes, o profissional é co-participante daquilo que ele está causando no bebê. (E3)*

Segundo Pitta (1999), o contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesadas, adoecidas gravemente, com frequência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras, muitas vezes, que requerem para o seu exercício, ou uma adequação prévia que o psiquismo de cada um estabelece para alcançar um grau mínimo de satisfação, ou um exercício cotidiano de ajustes e

adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas. Então a relação estabelecida entre o profissional e o procedimento que ele executa poderá suscitar diversos sentimentos e mecanismos de proteção que se apresentam como ajustes emocionais para a complexa dinâmica da interação técnico-paciente.

Alguns profissionais, ainda, diante da quantidade de procedimentos que são realizados nos bebês se sentem impotentes por não poder se sobrepôr a outros da equipe nem poder determinar a rotina de manuseio nos bebês.

Eu não vou fazer aquilo que não está condizendo com o que eu acredito, mas eu também não posso passar por cima de uma chefia. Então, infelizmente tem coisas que a gente tem que fazer de conta que não vê. Fazer de conta que não escuta. (E6)

Segundo Kovács (2003), esses momentos fazem parte do cotidiano dos profissionais que têm que realizar atividades com as quais não concordam, além de terem, muitas vezes, uma sobrecarga de atividades de cuidados. Então, essa situação conflituosa, em que há divergência de condutas, mas que há uma hierarquia de poderes, em que o subordinado tem pouca autonomia, pode desencadear no profissional o sentimento de impotência. Segundo Souza e Ferreira (2010), o sentimento de impotência pode resultar tanto das situações conflituosas que emergem das formas objetivas impostas pelas prescrições quanto das exigências subjetivas dos aspectos afetivos e relacionais presentes no cotidiano.

Também foi observado que alguns profissionais até reconhecem os possíveis danos ao desenvolvimento do bebê que o excesso de estimulações pode ocasionar, no entanto há outras prioridades, como a saúde do bebê naquele momento. *“Talvez eu não me importe, talvez não porque eu não queira, mas porque geralmente tenho que está vendo outras coisas (...). Talvez a gente veja muito a parte técnica (...). Talvez a gente não lembre da psique do bebê.”(E9)*

Semelhante a essa questão, alguns profissionais apontaram que há uma valorização maior à tecnologia em relação ao recém-nascido:

(...) se prioriza muito a tecnologia, medicamentos mais recentes que existem são importantes (...). Mas não se pode desvalorizar o contato humano. (E10)
Às vezes o recém-nascido é esquecido. O recém-nascido como ser humano que tem sentimentos, que sente dor, muitas vezes é esquecido (...). É um arsenal tecnológico tão grande em volta daquela criança, respirador, bomba de óxido nítrico que o bebê fica encolhido no cantinho dele. Às vezes, a gente olha, passa, nem vê que tem um bebê lá. (E5)

Nesse sentido, no dia a dia do trabalho, muitas vezes, o profissional assume o modo impessoal de ser, em que ele não aparece como figura central, mas é respaldado pelo todo, que dita como ele deve se comportar. Esse modo impessoal diz ao profissional que não se envolva com o paciente e controle seus sentimentos, pois apenas sendo frio e impessoal ele terá competência e preparação para fazer seu trabalho a contento (Machado e Jorge, 2005).

Em meio a essa conduta que dita que o profissional deve ser impessoal e envolto pela tecnologia que há dentro da UTIN, como também tendo que eleger as prioridades no trabalho com o RN, nem sempre o profissional se dá conta do humano, nem de si nem do outro. Entretanto, um olhar mais cuidadoso sobre as manifestações desse profissional aponta para a possibilidade dele estar fazendo uso do modo impessoal como proteção, a fim de não sair da sua zona de controle, que despertaria o incômodo e o sentimento de impotência. Essa proteção

pode estar até mesmo a serviço de preservar a saúde mental do profissional, na medida em que ele tenta fugir desses sentimentos e do sofrimento psíquico e emocional que geram (Machado & Jorge, 2005).

Outros profissionais relataram ainda como se sentem quando essa tecnologia falha: “por um lado tanto aparato tecnológico quanto de pessoal, tantos médicos altamente qualificados, mas quando acontece algo, vemos que nós estamos ao vento.” (E4) Segundo Kovács (2003), não poder salvar uma vida como também não conseguir eliminar ou aliviar o sofrimento dos pacientes desencadeia nos profissionais o sentimento de frustração e fere a mentalidade de onipotência, em que se acredita que tudo pode, inclusive salvar a vida de um bebê.

Segundo Pitta (1999), o desenvolvimento das técnicas médicas e farmacológicas, que favoreceu a cura das doenças, o prolongamento da vida e também do período de adoecimento, trazendo aos pacientes mais gravemente enfermos a sobrevida por mais tempo, trouxe uma demanda específica em relação aos profissionais de saúde, nem sempre para isso treinados, o lidar com a morte.

UTIN e Saúde Mental

Com relação a essa unidade de significado, os profissionais entrevistados atribuem diversos fatores que causam estresse, desgaste físico e emocional a sua saúde.

Segundo os profissionais, trabalhar em UTIN é estressante por diversas razões: pelas situações de urgência e emergência com que têm que lidar; pela carga horária de trabalho e sobrecarga de trabalho, porque acumulam outros empregos e pelo quadro de profissionais reduzido; pelos relacionamentos conflituosos entre os profissionais.

Com relação a isso, Souza e Ferreira (2010) apontam que diversas questões podem desestimular a atuação profissional: a equipe não contar com um número ideal de trabalhadores, o que significa aumento da carga de trabalho para os que fazem parte do quadro profissional; a imprevisibilidade de promoções no setor público, que gera nos profissionais que optam por estudar um nível alto de frustração. Além disso, tensões surgidas na convivência interpessoal diária da equipe entre si são consideradas um desgaste que pode interferir diretamente no cuidado dispensado aos pacientes, ainda que justificadas pela tensão presente no ambiente. Com isso, a prática profissional pode resultar em falta de motivação e insatisfação no trabalho, podendo produzir no trabalhador sofrimentos físicos e mentais. Segundo os profissionais entrevistados, a UTIN:

É uma unidade estressante porque você lida com o filho de alguém (...). Porque é uma vida muito frágil (...). Porque é uma unidade fechada (...). Porque o risco de morte é muito grande (...). Porque o bebê pode estar bem num dia e no outro não estar. Então é uma oscilação muito grande, que causa estresse em todos os profissionais. (E10)

Existem ainda as questões próprias da dinâmica de trabalho da UTIN, como cuidar de um recém-nascido em condição grave de saúde, que oscila diariamente entre momentos de melhora e de piora, sendo constante a ameaça da morte iminente (Machado e Jorge, 2005). Também a intensa atividade física e elevado grau de estresse emocional, em que os profissionais de saúde dividem o lugar com os bebês e toda a variedade de equipamentos

necessários para o suporte de suas vidas, em contato permanente com a alta tecnologia e com a ansiedade da família do paciente, além da própria expectativa quanto à sua eficiência no desempenho profissional, sendo fatores importantes a se considerar no que se refere à saúde mental dos profissionais (Silva, Valenca e Germano, 2010; COSTENARO, 2001).

Segundo alguns relatos, ser profissional de saúde de unidade de terapia intensiva neonatal exige algumas características de personalidade, como ser competente, prático, ágil, líder, responsável, compromissado e ter bom relacionamento interpessoal. Também exige maturidade emocional e qualificação profissional.

A UTIN é considerada uma das unidades de terapia intensiva mais difícil de trabalhar, pois os profissionais lidam: (1) com a vida no início dela e com a iminência da morte num processo só, (2) com um futuro incerto que envolve o RN e os anseios de sua família e da equipe de saúde, e (3) com a expectativa de erros e acertos por seus próprios atos e a repercussão dos mesmos no desenvolvimento infantil do RN. Como se constata no relato abaixo:

É uma unidade diferente, pelas suas especificidades (aparelhos, pessoas circulando com mais intensidade, crianças que realmente correm risco de vida), em que o profissional tem que trabalhar numa perspectiva cheia de incertezas e de inseguranças. Trabalha quase na corda bamba mesmo. (E10)

A instabilidade do quadro de saúde dos bebês pode alterar a qualquer momento, configurando-se como fator de estresse para os profissionais. Isso vai ao encontro do estudo realizado por Machado e Jorge (2005), em que verificou que ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco implica sentir uma angústia profunda diante da indeterminação do porvir e também das possibilidades de adoecer e morrer, uma vez que o profissional não está salvo de passar pela mesma dor das mães com quem convive.

De acordo com os profissionais entrevistados, o trabalho na UTIN não favorece o equilíbrio mental, como se percebe no relato:

O nível de estresse é altíssimo, a cobrança da equipe e dos pais também (...). O trabalho é muito intenso, então isso acaba levando a um nível de estresse que interfere realmente a nível mental nesses profissionais (...). Aparentemente a gente percebe que tem pessoas que estão mais estressadas, se sentem mais cobradas, qualquer situação gera conflitos entre a equipe, os pais e familiares. (E10)

Além disso, os profissionais referem se sentir, muitas vezes, incapazes e esgotados fisicamente e mentalmente.

É um desgaste mental muito grande porque você tem que estar o tempo todo alerta. Você tem que estar atento a qualquer intercorrência. Você tem que processar o seu pensamento correto, atitude correta. Você não pode em nenhum momento cometer erros. Então você se coloca numa postura de ser perfeito o tempo todo, de agir corretamente o tempo todo porque um erro aqui é fatal ou ele leva a sérios danos ao bebê. (E3)

O profissional se sente, muitas vezes, responsável pela sobrevivência dos recém-nascidos e é cobrado para que isso aconteça por todos da UTIN. Ele sabe que toda assistência é importante para o RN que necessita de uma unidade de terapia intensiva e que seus cuidados irão repercutir no presente e no futuro, na recuperação e no desenvolvimento infantil do recém-nascido, por isso se sente tão temeroso em cometer algum erro nos seus procedimentos.

Em contrapartida, para que a segurança da vida do RN não seja ameaçada, o profissional, muitas vezes, põe em risco o seu próprio equilíbrio emocional, não cuidando de si.

A gente chora também, a gente fica preocupada, a gente quer que dê certo, quando às vezes não dá, a gente se frustra (...). Quem trabalha muito, às vezes, esquece de si, às vezes, esquece de olhar pra dentro (...). Você não é a mesma pessoa quando você está com sono no trabalho e você tem que ser o mesmo profissional com a mesma responsabilidade. (E9)

Há profissionais que, mesmo nos seus horários de descanso e de vida fora do hospital, têm atitudes de atenção para com determinados pacientes. “Não é sempre, mas às vezes acontece de estar em casa e ficar pensando naquele bebezinho, se melhorou ou não melhorou. Às vezes até liga.” (E2) Dessa forma, percebe-se que ser profissional de saúde significa ser profundamente tocado pelas vivências do cuidar, que implica um envolvimento entre profissional e recém-nascido que transcende os limites da unidade e passa a afetar profundamente a vida pessoal e a saúde mental desse profissional, que pensa, sonha e lembra desse bebê que sofre durante vários momentos da sua vida (MACHADO & JORGE, 2005).

Foi apontado ainda o cansaço dos profissionais e o longo tempo de serviço prestado como fatores de desgaste da saúde mental. Segundo Souza e Ferreira (2010), além do desgaste emocional, existe um “desgaste físico” importante, que, apesar dos anos “trazerem” a experiência da prática, “levam” a vitalidade do corpo.

Ser profissional de saúde de uma UTIN foi também percebido como um desafio, uma realização profissional e pessoal e uma experiência agradável, em que as pessoas gostam do que fazem. Por um lado é um desafio muito grande por outro é muito gratificante. “É uma faca de dois gumes.” (E8) É bom e é ruim. A felicidade convivendo com a tristeza. De acordo com Souza e Ferreira (2010), em trabalho realizado com profissionais de UTIN, a principal fonte de prazer do trabalho no hospital é a alta hospitalar do paciente. A alta está relacionada à expressão do trabalho bem-sucedido, no qual o objetivo de manter o bebê vivo foi alcançado. Entretanto, apesar dos esforços da equipe e dos recursos tecnológicos, muitos dos bebês não resistem. Se, por um lado, a alta hospitalar é fonte de prazer e gratificação pelo trabalho, por outro, testemunhar óbitos representa uma fonte de desgaste. O óbito pode gerar a sensação do trabalho inacabado ou malsucedido. Desta forma, as vivências em UTIN são intensas em sentimentos, estes aflorados pelo trabalho e pelos eventos emocionais que se sucedem rapidamente e várias vezes ao dia.

Por fim, a maioria dos profissionais afirmou que a rotina de trabalho na UTIN interfere na sua saúde mental, sendo minoria os que não se sentem afetados. Esses dizem buscar o equilíbrio de forma racional, ou através da religião, ou não misturando o trabalho com os problemas pessoais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato dos profissionais entrevistados demonstrou que: (1) ser profissional de saúde de UTIN exige qualificação profissional, conhecimento científico, conhecimento técnico e equilíbrio emocional; (2) os profissionais se sentem incomodados e impotentes diante da realização de procedimentos mais invasivos como também preferem que os pais se ausentem da unidade durante a realização desses; (3) os profissionais procuram se comunicar com a família do recém-nascido numa linguagem compreensível a ela; e (4) temem a formação do vínculo mãe-bebê em virtude da iminência de morte.

Também ser profissional de saúde de uma UTIN é conviver com os limites: a felicidade e a tristeza; a vida e a morte; o nascer e o morrer; o sucesso e o fracasso; o tédio e a satisfação; o estresse e a gratificação, dada a imprevisibilidade dos acontecimentos bem como a intensidade das emoções. É o paradoxo constantemente fazendo parte do dia a dia dos profissionais. Por conta dessa dinâmica, por vezes, o profissional pode se sentir ameaçado em sua integridade física e psíquica, exposto as suas fragilidades e limitações.

Nesse sentido, os mecanismos de defesa psicológica não são bons nem ruins. Eles se fazem necessários nas situações em que o indivíduo se sente ameaçado psiquicamente. É o que possibilita a continuidade dos processos de vida. Naquele momento é a única resposta que o sujeito pode dar, “não entrar em contato” e é a que possibilita restabelecer a homeostase.

É importante destacar também que todos os profissionais entrevistados são do sexo feminino, fator que se faz necessário refletir, pois o lugar que o feminino ocupa na sociedade é diferente do masculino. Muitas vezes é atribuído à mulher o cuidar, a sensibilidade e a fragilidade. Mas, principalmente, a experiência da maternidade refletiu no âmbito profissional, algumas participantes apresentando identificações, projeções e empatia para com as mães dos bebês, sendo algo particular da mulher, o que poderia ser diferente caso o grupo entrevistado fosse misto ou exclusivamente masculino.

É fundamental ainda assinalar que as participantes da pesquisa são de categorias profissionais diferentes, algumas categorias, como medicina, enfermagem e fisioterapia, necessariamente manuseiam mais o bebê, o que faz que esses profissionais tenham uma vivência mais íntima da UTIN. Diferente dos profissionais de psicologia e serviço social, que estão externos à unidade e geralmente lidam mais com os familiares do bebê. Dessa forma, são experiências um pouco diferentes, dada as especificidades de cada profissão.

Verificou-se ainda que os profissionais sentem a necessidade de falar sobre suas experiências na UTIN, trazendo a importância de se ter um profissional de psicologia para a realização de momentos de acolhimento e escuta. Nesse sentido, a criação de espaços dentro do contexto hospitalar onde se possa, pela discussão de casos e de vivências planejadas, discutir temas, tais como: morte, perdas, problemas de relação entre a equipe, manejo das famílias, expressão de conteúdos, sentimentos, elaboração de experiências vividas, pode ser uma sugestão de trabalho com os profissionais.

Outras ações de cuidado com esses profissionais poderiam ser implantadas, como: (1) promoção de conforto com um número de profissionais que contemple a demanda do serviço, horas de almoço, de descanso e de sono asseguradas e respeitadas, atenuação dos estímulos ambientais da UTIN, como controle dos ruídos e movimentação de pessoas circulando; e (2) capacitações e treinamentos em regime de formação continuada, visto que há profissionais de diversas categorias e de períodos diferentes de formação e de tempo de trabalho na UTIN.

Por último, alguns assuntos importantes a serem trabalhados com os profissionais: (1) o cuidado integral ao paciente, que está relacionado a um tipo de atendimento que envolve o conhecimento e a prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde, e (2) o cuidado ampliado, que está relacionado à preocupação que a equipe tem de integrar, de forma participativa, os familiares que acompanham os pacientes durante a internação. Provavelmente, é uma forma de diminuir as diferenças entre os profissionais, a medida que todos conhecem e vêem como importante o trabalho do outro e também de trazer a família do RN para próximo dele e dos profissionais, atenuando os possíveis conflitos.

REFERÊNCIAS

EVERY, G.B. **Neonatologia, Fisiologia e Tratamento do Recém-Nascido**. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1984.

COSTENARO R. G. S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI neonatal**. Santa Maria: Palotti, 2001.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2001.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.

KOVÁCS, M.J., org. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992.

MACHADO, C. E. & JORGE, M. S. B. **Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível**. Estudos de Psicologia. Campinas, 22 (2), 197-204, 2005.

MARTINS, J. & BICUDO, M. A. V. **Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Editora Moraes, 1994.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poésis**. São Paulo: Cortez, 1992.

MINAYO, M. C. S. **Ciências, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa**. In Minayo M. C. S., organizadora. Pesquisa Social: teoria, método, criatividade (21ª Ed., 9-29). Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

PERLS, F. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. São Paulo: Zahar, 1977.

PESSINI, L. **Distanásia. Até quando investir, sem agredir?** In: CAMON, V. A. A. (Org.) *A ética na saúde*. São Paulo: Pioneira, 1997.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3.ed – São Paulo: Hucitec, 1999.

REICHERT, A. P. S. & LINS R. N. P. & COLLET N. **Humanização do Cuidado da UTI Neonatal**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 200-213, 2007.

RIBEIRO, C. D. M. & REGO, S. **Bioética Clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais**. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 13 (2), 2239-2246, 2011.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SEBASTIANI, R. W. **Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2002.

SILVA, L. C. S. P. & VALENCA, C. N. & GERMANO, R. M. **Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 63 (5), 770-4, 2010.

SIQUEIRA, M. B. C. **Sentidos Atribuídos aos Cuidados Domiciliares pelas Mães de Recém-Nascidos Egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro; s.n; 105 p. tab, 2008.

SOUZA, K. M. A & FERREIRA, S. D. **Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (2): 471-480, 2010.

TORRES, W. C. & GUEDES, W. G. **O psicólogo e a terminalidade**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39 (2), 29-38, 1987.