



O PROCESSO DE TRABALHO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM INTERFACE COM A MORTE

THE WORKING PROCESS IN URGENCY AND EMERGENCY IN INTERFACE WITH DEATH

EL PROCESO DE TRABAJO EN URGENCIA Y EMERGENCIA EN INTERFACES CON LA MUERTE

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua¹, Luciana Yoshie Tome², Regina Célia Popim³

Estudo qualitativo que objetivou compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no processo de trabalho junto a paciente adulto e sua família que vivenciam o evento morte em sala de emergência. Analisadas narrativas de 12 profissionais, de pronto-socorro em um hospital universitário de alta complexidade, em Botucatu-São Paulo. A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2008 a abril de 2009, por entrevistas semiestruturadas. Utilizando análise de conteúdo, emergiu o tema central: A organização do trabalho em urgência e emergência, com quatro subcategorias: Morte como rotina de trabalho; Trabalho em equipe; Motivação no trabalho e Morte no hospital-escola. Conclui-se que as possibilidades de crescimento pessoal e profissional, a necessidade e desejo de intervir foram apontadas como motivadores para o trabalho em urgência e emergência, mesmo quando permeado pela morte.

Descritores: Processos de Enfermagem; Morte; Enfermagem em Emergência; Pesquisa Qualitativa.

This qualitative study aimed to understand the experience of nursing professionals in the working process with adult patients and their families who experience the death event in emergency rooms. One analyzed narratives of 12 professionals, from an emergency room in a university hospital of high complexity, in Botucatu, São Paulo. Data collection occurred from December 2008 to April 2009, through semi-structured interviews. Using content analysis, the central theme emerged: The organization of work in urgency and emergency rooms, with four subcategories: Death as a working routine, Teamwork, Motivation at Work, and Death at a teaching hospital. One concluded that the possibilities of personal and professional growth, the need, and the desire to intervene were identified as motivators for working in emergency rooms, even when it is permeated by death.

Descriptors: Nursing Process; Death; Emergency Nursing; Qualitative Research.

Estudio cualitativo cuyo objetivo fue comprender la experiencia de profesionales de enfermería en el proceso de trabajo con paciente adulto y su familia que experimentan el evento de la muerte en la sala de emergencia. Analizadas narrativas de 12 profesionales de primeros auxilios de hospital universitario de alta complejidad, en Botucatu, São Paulo, Brasil. La recolección de datos ocurrió de diciembre de 2008 a abril de 2009, por medio de entrevistas semiestruturadas. Utilizando el análisis de contenido, el tema central emergió: La organización del trabajo en urgencia y emergencia, con cuatro subcategorías: Muerte como rutina de trabajo; Trabajo en equipo; Motivación en el Trabajo; y Muerte en hospital universitario. Las posibilidades de crecimiento personal y profesional, la necesidad y el deseo de intervenir fueron identificados como factores de motivación para el trabajo en urgencia y emergencia, incluso cuando permeada por la muerte.

Descritores: Procesos de Enfermería; Muerte; Enfermería de Urgencia; Investigación Cualitativa.

¹Enfermeira, Doutora, Professora Assistente, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil. E-mail: mqueiroz@fmb.unesp.br

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Hospital das Clínicas de Botucatu. Botucatu, SP, Brasil. E-mail: tomesyosie@hotmail.com

³Enfermeira, Doutora, Professora Assistente, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil. E-mail: rpopim@fmb.unesp.br

INTRODUÇÃO

Pode-se definir processo de trabalho como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio, da intervenção do ser humano que para fazê-lo emprega instrumentos. O trabalho é algo que o ser humano faz intencional e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para si e para outros seres humanos⁽¹⁾.

Na dinâmica peculiar de organização do trabalho nos setores de urgência e emergência, com grande demanda de atendimento, estrutura física limitada, profissionais sobrecarregados e população exigente que reflete os anseios da sociedade moderna é que se apresenta o cuidado, onde o tempo ganha uma dimensão diferente, que pode ser um limitador para o pensar e o sentir, onde se incluem as questões complexas concernentes à morte⁽²⁻³⁾.

A sociedade contemporânea atinge uma fase histórica onde o homem acredita ter poder para controlar a vida e a morte. A morte passa a ser negada com intensidade, entendida como o fracasso da ciência e dos homens em curar. Essa concepção de "morte interdita" contrapõe-se ao conceito de "morte domada", que ocorria nas casas, compartilhada e vivida pela família e pela comunidade. A morte fica institucionalizada nos hospitais pela procura dos adventos da medicina moderna, rechaçando qualquer possibilidade do fim da sua existência. O hospital ocupa o lugar onde o morrer fica escondido dos olhos de quem continua vivo, pois presenciar a morte torna-se um evento insuportável⁽⁴⁾.

Com a tendência capitalista de produção, o hospital também traz em sua organização de trabalho a hierarquização das relações segundo uma lógica de poder, historicamente baseada numa racionalidade científica que valoriza a técnica. Assim, ao abandonar a tradição institucional da caridade e ao centralizar o saber, a pesquisa e o ensino médico, entre o final do século XVIII e início do XIX, tem início uma jornada de

valorização e prestígio do profissional médico, e os cuidados de higiene, alimentação e conforto dos enfermos passam para posição secundária de importância dentro desse contexto⁽⁴⁾.

Em estudo realizado em Porto Alegre-RS, buscando descrever os discursos de enfermeiras sobre o tema morte, os autores relatam trajetória histórica sobre a morte destacando-se as seguintes categorias: morte silenciada e ocultada; travando uma luta contra a morte; a morte em cena com multiplicidade de facetas; e mais recentemente, a morte e cuidados paliativos como mudança de paradigma. Esse estudo permitiu melhor entendimento sobre o tema e evidenciou como as publicações sobre a morte e o morrer fazem referência à subjetividade dos enfermeiros⁽⁵⁾.

Nesta perspectiva, ainda persiste a estrutura institucional médico-hegemônica e centrada na técnica, há multiplicidade de sentimentos e dimensões conceituais relativas ao processo de morte, conferindo ao processo de trabalho em saúde, finalidades por vezes diferentes do que seria atender a pessoa e sua família em suas dimensões humanas, com o cuidado oferecido de forma ampliada⁽⁵⁻⁶⁾.

Na atual conformação da produção em saúde, a dimensão centrada nos saberes técnicos e disciplinar e em certa ordem profissional, pode contrapor-se à dimensão cuidadora, como um encontro de subjetividades para a elaboração de um projeto terapêutico, e isto tem origem também na graduação. Verificam-se lacunas em propor os elementos reflexivos que poderiam contribuir para a apreensão e elaboração de competências, e que deveriam ser desenvolvidas como atributos necessários para o futuro profissional⁽⁷⁾.

Com isto, enfatiza-se a vivência mal-elaborada pelos profissionais de enfermagem, podendo ter implicações no ambiente de trabalho. Ao considerar a cultura que prioriza a destreza técnica e o cuidado com o corpo biológico, pode-se ter um dificultador durante o processo de cuidar da pessoa e sua família, em momento tão importante⁽⁸⁾. Isto justifica a necessidade

de estudos como este, nessa área da prática profissional, onde processos reflexivos podem proporcionar a aproximação e proposição do cuidado requerido pela pessoa e sua família. Então se questiona: como os profissionais que atuam em urgência e emergência vivenciam o cuidado do adulto e família neste processo de trabalho?

Sendo assim, o estudo propõe o seguinte objetivo: Compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no processo de trabalho junto ao paciente adulto e sua família que vivenciam o evento morte em sala de emergência.

Colocar o tema em evidência pode proporcionar aos profissionais, cenários para explicitar, tratar e consequentemente fortalecer os processos interacionais. Espera-se como resultado que haja a possibilidade de um processo de trabalho com maior entendimento e menor sofrimento.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, que possibilita a compreensão e a reflexão sobre as questões abordadas e foi realizado no Serviço Técnico de Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu. Trata-se de serviço terciário e de referência, integrado ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS-VI) que compreende 68 municípios do interior paulista.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2008 a abril de 2009. Fizeram parte do estudo 12 profissionais da área de enfermagem, sendo quatro auxiliares, quatro técnicos e quatro enfermeiros, de forma a representar os membros da equipe de enfermagem que atuam no Setor de Urgência e Emergência de Adultos do Pronto-Socorro. Esse número de sujeitos e sua distribuição não foram intencionais, nem pré-estabelecidos, foi alcançado pela saturação teórica dos dados. Para representar a experiência de todos os membros da equipe de enfermagem, à medida que se processou a coleta e análise, usou-se o critério da saturação em pesquisa qualitativa, isto é, quando há

a repetição dos dados, o invariante, o comum, o essencial.

A questão norteadora proposta foi: "Conte-me sua experiência com relação à morte e o cuidado com a família nesse processo".

Após a transcrição das entrevistas, utilizou-se a leitura flutuante, efetuada várias vezes para estabelecer maior familiaridade com o material apreendido. De acordo com a proposta de Análise de Conteúdo, foram recortadas as unidades de registro que permitiram descobrir os núcleos de sentido para o objetivo analítico escolhido. Realizaram-se as etapas propostas pelo método: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferências e interpretação, o que permitiu a análise temática⁽⁹⁾. A análise e interpretação dos dados foram realizadas à luz de um quadro teórico, composto por conceitos e ideias desenvolvidos por pesquisadores e estudiosos sobre as temáticas processo de trabalho, urgência e emergência, morte e família.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, sob o nº 537/8.

RESULTADOS

As entrevistas resultaram em relatos ricos de significados, e da sua análise foi possível a apreensão do tema central: A organização do trabalho em urgência e emergência, com quatro subcategorias: A morte como rotina de trabalho; O trabalho em equipe; A motivação no trabalho e A morte no hospital-escola, conforme evidenciado na descrição abaixo.

A morte como rotina de trabalho

Há processos interativos de cuidados na percepção dos agentes, perante a vida e a morte e o produto refletido em seus próprios sentimentos e dos familiares, definindo-a como parte de suas rotinas. *É muito óbito. É uma coisa que a gente acaba se acostumando por ser rotina de trabalho. Mas assim, eu vejo o óbito porque faz parte da rotina (E3). Porque a gente toca uma parada cardíaca. Mas depois, está vendo outra logo em seguida. Tem dia que tem quatro paradas, na noite, no plantão diurno...* (E4).

O conviver com situações que envolvem a morte e o morrer, para os enfermeiros, vai tornando o trabalho diário mais mecânico, chegando a ser automático. *Principalmente quando se trata de pronto socorro, é mais mecânico. Você não tem tanta emoção... por eu ter acostumado com a ideia de conviver com a morte dia-a-dia (E6). Você está na emergência, o paciente está para morrer ou o paciente já chega a óbito. Dá-se lá o óbito do paciente... Fica aquela coisa muito automática. Então, fica uma coisa assim, muito mecânica. Não é que vai ficando frio, mas vai ficando mecânico... chega a funerária, já retira o corpo (E12).*

A percepção do cuidado como mecânico leva a sentimentos contraditórios, que podem tornar-se fonte de grande ansiedade. *A gente, por estar trabalhando assim e ver muita gente morrer, muitas vezes assim, no momento do atendimento, acho que é até bom isso. A gente consegue, assim, ser um pouco mais frio (E1).*

O distanciamento emocional e o predomínio do técnico diante do relacional são características frequentemente associadas ao trabalho de enfermagem, entendidos como necessários a uma prática eficiente. *Eu já fiquei mais fria... Eu já acostumei assim, de ver tudo isso. A gente vê todos os dias. Para a gente é normal a pessoa morrer. A gente vai lá tirar as coisas, tudo... (E2). Mas ao mesmo tempo, o envolvimento emocional é apontado como fonte potencialmente adoecedora, chegando a gerar, por autoproteção, o distanciamento do objeto de trabalho. É duro lidar com isso daí, com a morte. Então, se a gente não souber lidar com isso, é pior no trabalho. É pior para a gente porque, senão, a gente não vive também, se a gente for ficar deprimida por todos os pacientes que morrem. Não tem como (E2).*

O trabalho em equipe

O trabalho em saúde tem por princípio a complementação por competências, e isto se dá pela formação de equipe multidisciplinar, que deve ocorrer de forma integradora e não só pelo agrupamento de profissionais. Produzir atos em saúde dentro de uma coletividade exige um exercício de convívio diário, mas há conflitos, o que também pode ser entendido como cansativo e desmotivador. *Porque você vai estar sempre em equipe. Nenhum vai responder da mesma forma que você. Na maioria das vezes, se leva na brincadeira, outras vezes não. É bem difícil (E6).*

Destaca a equipe de enfermagem como mais presente nas ações diretas de cuidado, sugerindo que

possa haver, por isso, maior sofrimento psíquico para esses profissionais. *A gente dá atenção para o paciente, mas o médico não dá. O médico só cura aquela doença e não vê que tem um ser humano ali atrás. Ele não vê que tem um coração por trás, que tem uma família que precisa saber das notícias, saber da evolução. Saber dar um apoio, falar palavras boas para a pessoa. A Enfermagem dá o suporte emocional, porque a gente fica mais tempo com ele e enxerga todos os aspectos, ajudando nesse processo (E4).*

Em contexto de cuidados em urgência e emergências, onde há a valorização da vida versus a negação da morte, os profissionais expressam a necessidade de união da equipe. *Eu acho que falta a gente se unir, conversar mais, tentar todo mundo ser igual, falar uma língua só. Falta compaixão pelas pessoas (E4).*

O conviver em equipe com situações de morte e morrer exige dos seus membros paciência para com os outros. *Para trabalhar aqui, você tem que ter paciência também, saber ouvir as pessoas, respeitar todo mundo. Se não tiver respeito, ninguém trabalha, seria uma guerra! Aqui tem que ir com calma, senão não funciona (E7).*

A equipe reconhece que é um trabalho difícil e, por autodefesa emocional, os profissionais podem divergir na ação de cuidado, demonstrando desvio de foco na dimensão do objeto de trabalho que são os pacientes e suas famílias.

A motivação no trabalho

O trabalho em equipe, em situação de sofrimento, é reconhecido como difícil, gera dor, mas que este sofrimento não paralisa e sim motiva a fazer o bem aos outros. *Eu gosto. Eu acho que eu estou agindo, fazendo... Então, eu estou no Pronto Socorro, às vezes, até mais porque eu posso fazer muita coisa para o doente, para a família do doente (E11).*

A partir do sofrimento também se aprende, e gera satisfação pessoal. *É gratificante para a gente. Eu acho que ali tem que fazer parte da vida da gente. Fica a sensação de impotência... Acho que quando eu acostumar, quando eu deixar de pensar desse jeito, eu tenho que parar. Daí não tem mais como trabalhar com isso. Você tem que mudar de lugar... Você deixou de dar a mão, dar valor para a vida. Acho que está na hora de parar (E7).*

É um exercício de compaixão, fazer o bem a outrem e sentir-se completo, satisfeito, sentir-se útil a alguém. *Por mais que canse, eu gosto. Eu quero sempre fazer o melhor, para eu poder aprender, para eu poder fazer o melhor. E*

atender todas as paradas (E4). Eu acho tão importante trabalhar no Pronto Socorro! Porque eu acho que, aqui, eu aprendi muita coisa. É como se fosse uma escola para mim. Eu aprendi bastante coisa mesmo. Até o respeito, mais agilidade, mais organização, mais tudo aqui... Eu me orgulho de trabalhar aqui na Emergência (E7).

Mobiliza nos profissionais recursos internos que os levam a produzir cuidados dentro de suas possibilidades, e em meio ao sofrimento podem sentir orgulho e prazer no trabalho. *É gostoso você fazer algo por alguém. Então, é uma equipe. É bonito! Principalmente quando a equipe funciona, todo mundo junto... Por mais sofrimento que se tenha ali. Mas se torna bonito, quando junta a enfermagem e os médicos... Por mais que a gente perca alguém (E5).*

O desejo de cuidar, o motivo de fazer o bem a alguém impera. *Adoro!... Se eu pudesse, sempre ficar aqui, eu acho que eu ficaria, porque é o que eu gosto. Mesmo chorando! Acho que faz parte. Trabalhar aqui, eu acho que é muito bom, pela equipe, porque a gente trabalha em equipe e a gente é muito unida. É uma amizade. Um se preocupa com o outro... Eu acho que isso é que ajuda bastante também à gente a levar tudo isso (E9).*

A morte no hospital-escola

Fica evidente nos discursos dos profissionais a presença da hierarquia que impõe o poder na instituição de saúde. *Trazer para cá, chega aqui com a história de vinte minutos de parada e tentar reanimar. Eu considero isso como desumano. É como se faltasse vontade. Ajudo, por obrigação. Mas é uma coisa que eu não teria vontade de ajudar (E6). Mas o paciente idoso, eu fico com dó na hora que vão intubar... Como se fosse um curso, para o outro, por exemplo, o médico aprender. Mas faz parte... Eu não sou contra fazer. A gente faz... Tem que saber o que faz... Não é à toa que vai pegando, vai fazendo. Acho que tem que ter a hora de fazer... Às vezes, a família nem quer que façam aquilo... Eu fico doente! (E7).*

Há evidências que em hospital-escola a hierarquia que institui o poder está vinculada ao saber da especialidade. O saber médico especializado pode criar a hegemonia no comando, desvalorizando as decisões compartilhadas entre os membros da equipe. *O entra e sai, lá dentro, e a família lá fora sem saber de nada. Ninguém pára para falar, para dar uma palavra que seja. Porque quem está do lado de fora não sabe o que está acontecendo lá dentro. Só vê entrando, entrando cada vez mais. Aquilo lá abre uma interrogação. Não sabe se está investindo demais, se há algo muito curioso, que todo mundo quer ver por ser um hospital-escola. Isso é muito difícil. Acho que principalmente para a família (E6).*

O procedimento de reanimação cardiopulmonar é apontado pelos profissionais da enfermagem como um exemplo de negação da morte a qualquer custo, tanto para a família do morto como também da equipe multiprofissional.

DISCUSSÃO

O processo de trabalho em Enfermagem é complexo e multifacetado, e o profissional precisa operar de forma consciente e intencional nas diversas subdimensões que o compõem, como administrar, assistir, ensinar, pesquisar e participar politicamente^(1,10).

Esta interação de componentes ocorre, neste estudo, em unidade de urgência e emergência, com as características peculiares ao cenário investigado, e os sujeitos do estudo narraram as representações, segundo o contato intenso e frequente com a morte em seu ambiente de trabalho.

A negação da morte é uma característica da sociedade ocidental, não exclusiva dos ambientes hospitalares, pois o seu caráter interdito dificulta a discussão sobre o tema⁽⁴⁾. Enfatiza-se a influência da mídia nesse processo ao promover a exposição diária, sem reflexão, banindo-a para a superficialidade e para o distanciamento. Em espaços onde se cuida de pessoas em processo de finalização da vida, há muitas decisões que precisam ser refletidas em equipe^(6,8).

No contexto hospitalar, o contato diário com a morte e o morrer, permeado pelo sofrimento do paciente e da sua família, resultam em vivências muito dolorosas para os profissionais de saúde. Essas situações geradoras de forte ansiedade podem levar a mecanismos de enfrentamento que resultam na banalização da morte, impossibilitando conferir a esse fenômeno a sua verdadeira importância na existência humana⁽¹¹⁾.

Este fenômeno pode resultar na fragmentação, na despersonalização e no descompromisso com o cuidado que envolve todo o processo vivido pelos pacientes e seus familiares⁽¹¹⁾. Nesse sentido, os sujeitos expuseram

em suas falas a percepção do cuidado como mecânico e automático.

Os termos mecânico e automático, citados pelos sujeitos, subentendem uma organização do trabalho com características funcionalistas. Nessa lógica de produção do cuidado predominam a técnica, os recursos tecnológicos e a divisão de tarefas, circunscritos em normas e rotinas rigidamente estabelecidas, onde o objetivo é a otimização do tempo e da força de trabalho⁽¹¹⁾.

Portanto, além das estratégias de enfrentamento adotadas pelos sujeitos, a forma como se organiza a produção do cuidado dificulta a manifestação da dimensão cuidadora desses profissionais. Assim, o fenômeno da banalização da morte pode ser reforçado pela falta de reflexão sobre o sentido do trabalho, muito frequente em sistemas que prezam pela produção parcelar.

O paciente e sua família, diante da morte, podem tornar-se, portanto, objetos fragmentados e destituídos de suas singularidades⁽¹⁰⁾. No entanto, os profissionais de saúde têm como objeto de trabalho o subjetivo, diferentemente das atividades industriais. Muitas vezes, esse elemento constitutivo do ser humano não é ignorado e o contato com o outro mobiliza nesses profissionais identificações que levam a relações de tensão entre a dimensão profissional-específica e a dimensão cuidadora⁽¹¹⁾.

A percepção de subjetividade do próprio profissional pode ocasionar a desmotivação no trabalho a partir do momento em que a lógica de produção em saúde prioriza a produção funcionalista, fragmentada e despersonalizada⁽¹⁰⁾. Porém, mesmo reconhecendo esses conflitos em seu ambiente de trabalho, os sujeitos reforçam o foco na prática tecnicista, referindo-se ao envolvimento emocional como fonte potencialmente adoecedora. A equipe, ao entender que em determinados ambientes coletivos existem elementos de risco à integridade dos trabalhadores, discute como os mecanismos de enfrentamento operam nesses locais.

Para se defenderem da exposição ao adoecimento, os profissionais atuam de formas entendidas como efetivas ao objetivo do trabalho e, ao mesmo tempo, protetoras dos elementos agressores⁽¹²⁾.

Em suma, ao considerar o contato intenso com a morte, os sujeitos tendem a banalizá-la, mas vivem o conflito gerado pelas subjetividades envolvidas nas situações relatadas. Procuram formas de proteção e o distanciamento é colocado como prática clínica que proporciona a execução de um trabalho bem feito, sem grandes impactos sobre o equilíbrio emocional. No entanto, devido às características inerentes ao trabalho em saúde, o adoecimento pode ser potencializado quando medidas de acolhimento das ansiedades são relegadas a uma importância secundária.

Ao pensar no cuidado que envolve a morte e o morrer, o trabalho em equipe pode se tornar um discurso vazio, onde o que predomina é a despersonalização dos profissionais e a desvalorização das subjetividades envolvidas⁽¹²⁾. Nessa situação, a culpabilização e a delegação de responsabilidades mascaram as dificuldades de relacionamento, que resultam de percepções divergentes sobre o cuidado pretendido⁽¹³⁾.

O contato que o profissional de enfermagem tem com o paciente e com o familiar permite a abertura à subjetividade do outro, no entanto, nem sempre isso ocorre. O sentimento de culpa por não atentar às necessidades do paciente pode levar à culpabilização. Nesse caso, a equipe médica pode se tornar o foco dos sentimentos negativos dos profissionais de enfermagem⁽¹²⁾.

Ao realizar esta transferência de sentimentos para esse membro da equipe, instigados pela postura médica de defesa e arrogância, tem-se a inibição dos profissionais de enfermagem em realizar o acolhimento.

O medo da morte, inerente a qualquer ser humano, também está presente no médico. No entanto, o foco em ações e em medidas heróicas para controlar e dominar a doença e a morte são, na verdade,

mecanismos de enfrentamento diante da ansiedade gerada por esses eventos, refletindo a fragilidade narcísica⁽¹³⁾. Quando a morte é concretizada e torna-se frequente em seu ambiente de trabalho, o médico pode elaborar outras estratégias para se proteger, como afastar-se do paciente e de seu familiar e delegar parte do cuidado, exceto as práticas exclusivas desse profissional, para outros membros de sua equipe.

No Brasil há avanços, mas nos Estados Unidos e outros países é consenso o que se chama de decisão compartilhada, quando alguém está no fim da vida, e a decisão médica considera o desejo do paciente, quando ele existe, o que a família pensa e se necessário recorre ao comitê de ética. Isto proporciona maior tranquilidade para toda a equipe ao observar que não se trata de conduta isolada, com risco de infrações éticas⁽¹¹⁾.

Dentro do contexto das urgências e emergências, ao priorizar salvar vidas a qualquer custo, os profissionais médicos e de enfermagem, podem perceber o seu trabalho como frustrante, desmotivador e sem significado. E esse entendimento, em geral, pode ser potencializado quando não existem espaços para discussão do projeto terapêutico e para a troca de vivências sobre a morte⁽¹³⁾. Nos discursos dos sujeitos do presente estudo, essa necessidade é percebida e expressada.

O trabalho interdisciplinar em unidades de urgência e emergência apresenta-se de forma fragmentada, para atuar em seus nichos específicos, em um exercício permanente de articulação de saberes e busca de reciprocidade e respeito dos profissionais para chegar a melhores resultados ou, simplesmente, para se desgastarem menos. O que se observa, no entanto, é a justaposição de conteúdos adquiridos no processo de formação, quando o que está implícito é a necessidade de uma nova postura diante do conhecimento, uma mudança de atitude em busca de uma relativa unidade de pensamento e ação. Neste cenário as dimensões de cuidados se articulam entre as competências humanas e técnicas⁽¹⁴⁾.

Ao considerar o trabalho em equipe, onde convivem diversas realidades e pensamentos, os sujeitos procuram evitar os debates, em busca de um ambiente menos agressivo. Para tanto, elaboram mecanismos de enfrentamento centrados no afastamento do objeto de trabalho e na fuga das emoções⁽¹²⁾.

O trabalho em equipe emergiu dos discursos dos sujeitos, que deram o sentido de limite para o cuidado: existem concepções divergentes sobre o cuidado almejado, levando a situações de conflito entre os profissionais, principalmente entre médicos e trabalhadores de enfermagem. Estes embates foram considerados como cerceadores da dimensão cuidadora, a partir do momento em que não existe a troca de conhecimentos e percepções acerca da morte e do morrer, resultando num cuidado fragmentado. Esses dados também permitem a inferência de que os profissionais não têm clareza do objeto de trabalho, que é o paciente e a família.

Para que a organização do trabalho possa produzir transformação da natureza com a especificidade que caracteriza particulares esferas de atuação profissional e contribuição social, faz-se imprescindível o reconhecimento do objeto de trabalho, a pessoa a ser cuidada e sua família⁽¹⁰⁾.

A organização do trabalho em urgência e emergência, associada ao contato constante com a morte, configura-se num ambiente extremamente ansiogênico. Essa percepção pode resultar em mecanismos de enfrentamento que possibilitem uma vivência menos dolorosa pelos profissionais de enfermagem.

Estudo sobre o significado das relações de cuidados em urgência e emergência, faz referência às dimensões que se mobilizam e articulam às múltiplas competências humanas e técnicas, e no repensar da própria prática, e às condições do ambiente como espaço do cuidado para atender as necessidades dos pacientes e de seus familiares⁽¹⁵⁾.

Porém, as dificuldades organizacionais, como

pressões no processo de trabalho, têm impacto no resultado do trabalho e no atendimento das necessidades do paciente e família⁽¹⁶⁾.

A percepção da subjetividade do paciente e da família possibilita ao profissional dar sentido ao trabalho, mesmo quando este está inserido numa lógica fragmentada e despersonalizada. Revela também, na situação de final de vida, a necessidade posta pela família de ser acolhida, cuidada para superar os desafios neste doloroso processo⁽¹⁷⁾.

O sentimento de impotência diante das situações que envolvem a morte pode mobilizar os profissionais de saúde para a procura de diversas formas de produzir o cuidado. A dimensão cuidadora, quando é atingida, possibilita o reconhecimento por aquele que é cuidado, além de gerar sentimentos de orgulho e prazer^(8,14).

Em busca desse cuidado desejado, os profissionais de enfermagem entenderam o processo de aprendizagem como motivadores para o crescimento pessoal e profissional. Portanto, o hospital-escola, que pode imprimir limite nas ações dos sujeitos, também oferece a oportunidade de agregar novas vivências e conhecimentos para a construção da dimensão cuidadora. Ao serem questionados sobre a execução de um trabalho que envolva todas as dimensões do cuidado em saúde, os sujeitos da pesquisa fizeram várias referências ao trabalho em equipe como importante fator de motivação.

O trabalho em situações de urgência e emergência, devido às suas peculiaridades, possibilita a manifestação e a interação de todos os profissionais, pois os objetivos do atendimento são claros e necessitam de execução rápida. Além disso, o poder dos profissionais de enfermagem, frequentemente considerado periférico, é valorizado nesses cenários, pois eles detêm o domínio sobre outros aspectos do atendimento, para além das ações médicas, como os meandros burocráticos e a disponibilidade dos instrumentais. A possibilidade de intermediar as atividades dos diversos atores do cenário em questão

também reforça a importância desses profissionais dentro da equipe⁽⁶⁾.

Em ambientes onde o sofrimento está muito presente, a união da equipe caracteriza-se como uma estratégia de enfrentamento, onde todas as angústias podem ser compartilhadas e acolhidas. Nesse sentido, as relações são fortalecidas e entendidas como uma atitude de preocupação e apreço pelo bem estar comum⁽¹⁸⁾. Perante as falas analisadas pôde-se observar que, mesmo diante de um ambiente de trabalho potencialmente adoecedor, o desejo de cuidar impera.

Estudo sobre a mesma temática evidenciou que as possibilidades de crescimento pessoal e profissional, a necessidade de intervir pelo outro e as interações em equipe funcionam como os grandes motivadores para o trabalho em urgência e emergência, mesmo quando a morte se faz presente⁽¹⁹⁾.

Medidas heróicas podem ser uma das características frequentes nas ações dos profissionais que trabalham nos hospitais-escolas, embora isso não seja incomum em outros serviços. Nesse contexto, o médico, como ator central nas situações de urgência e emergência, decide inúmeras vezes, sem questionar o sentido real de suas ações, não colocando a intencionalidade e consciência⁽¹⁾. Isso pode ser explicado por uma formação centrada nos procedimentos e na visão biologista da vida e da morte e pela negação, perante um processo inconsciente, da morte^(6,8).

Neste ambiente de trabalho, onde o sofrimento faz parte das demais dimensões, o poder é um elemento de destaque contido nestas relações.

O processo de trabalho em instituição de saúde, desenvolvido por diferentes profissionais é sempre guiado por diferentes competências. No caso específico entre médicos e enfermeiros, ao compartilharem a ação de cuidado, essa composição mantém interface de diferentes poderes. Em estudo recente sobre o saber profissional e poder político, o autor faz citação sobre a distinção entre o saber profissional e o poder institucional e na perspectiva da análise considera que

são formas históricas da relação entre classes e forças sociais e de relação entre Estado e sociedade⁽²⁰⁾.

Há referências semelhantes em nosso estudo, pois segundo os entrevistados a postura médica alicerçada no saber especializado gera condutas no hospital-escola, que priorizam, por exemplo, a reanimação como medida rotineira, que suscita grande ansiedade nos profissionais de enfermagem por estarem mais próximos às necessidades do paciente e da família.

Configura-se, nesse cenário, o conflito entre o prescrito e a dimensão cuidadora desses trabalhadores, onde os sentimentos de impotência e limitação são potencializados diante da hegemonia médica, podendo ser minimizados quando há decisão compartilhada^(11,14).

Ao insinuarem a problemática da formação dos médicos, os discursos pontuam o dispêndio de energia na manutenção da vida a qualquer custo, na medida em que os futuros profissionais aprendem a prolongar a vida, mas recebem pouco treinamento ou esclarecimento sobre o que é a vida. Nesse contexto, enfatizam-se as possibilidades de discussão sobre o tema da morte e a importância da comunicação com os familiares e com o próprio paciente, na busca da dimensão humana do cuidado, pois, assim, o médico poderá prolongar a vida, mas levará em consideração também as necessidades do paciente, discutindo-as francamente com ele⁽⁵⁾.

Outro elemento característico sobre o hospital-escola é o interesse mobilizado pelos procedimentos de reanimação cardiopulmonar. A atenção focada no atendimento banaliza a importância que o momento da morte tem para os familiares, ocasionando sentimento de angústia desnecessária diante de uma equipe que não acolhe as suas ansiedades^(13,20). No profissional de enfermagem, que participa dessa lógica de atendimento, os sentimentos de culpa e limitação podem ser expressos por atitudes de culpabilização do sistema de ensino médico^(13,19).

As atitudes centradas nos procedimentos de reanimação cardiopulmonar levam os sujeitos a

vivenciarem a impotência, diante da lógica médico-hegemônica no ambiente do hospital-escola. Além disso, os dados puseram em evidência, de alguma forma, a ansiedade gerada nos sujeitos pela conduta dos médicos, sugerindo que no ensino desses profissionais não se considera a morte como evento importante na vivência do familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo propôs-se a compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no processo de trabalho junto ao paciente adulto e sua família que vivenciam o evento morte em sala de emergência. Adicionalmente houve o propósito de ampliar o conhecimento sobre o tema morte, na ótica dos profissionais de enfermagem em setor específico. Possibilitou a construção do tema analítico, intitulado a organização do trabalho em urgência emergência, com quatro subcategorias: a morte como rotina de trabalho; o trabalho em equipe; a motivação no trabalho e a morte no hospital-escola.

A morte como rotina é traduzida pelo contato intenso com esse evento, o que pode possibilitar aos sujeitos a sensação de banalização, não os isentando de conflitos gerados pela subjetividade envolvida nas situações relatadas. O distanciamento é colocado como proteção na prática profissional, o que aparentemente pode gerar as condições para a execução do trabalho e menor impacto emocional. Isto não assegura a saúde mental dos trabalhadores e o adoecimento pode ser potencializado. Como aplicação prática estimula-se espaços terapêuticos, em grupos, que possam permitir medidas de acolhimento da ansiedade.

O trabalho em equipe apresenta dimensões que exige um exercício de convívio diário. A culpabilização, em especial pelas ações do médico, e a delegação de responsabilidades, mascaram as dificuldades de relacionamento. Há concepções divergentes sobre o cuidado pretendido, os dados também permitem a inferência de que os profissionais não têm clareza do

objeto de trabalho, que é o paciente e a família.

O trabalho em equipe, em ambiente potencialmente adoecedor, revela contradições de apoio e conflitos e o desejo de cuidar, sobrepondo-se a estas questões. As possibilidades de crescimento pessoal e profissional, a necessidade de intervir, as interações em equipe também foram apontadas como elementos motivadores para o trabalho em urgência e emergência.

O hospital escola tem por características, maior liberdade de ação, sem desconsiderar as rotinas, mas apoiando-se primordialmente em ciência e no processo de ensino aprendizagem. Atitudes centradas em procedimentos, como a reanimação cardiopulmonar em situações aparentemente com poucas possibilidades de recuperação da vida, levam os sujeitos à vivência da impotência perante a lógica médico-hegemônica no ambiente do hospital escola. Além disso, os dados explicitam a ansiedade gerada pelo ensino médico que pode não considerar a morte como evento importante na vivência do familiar. Como estratégia aplicada à realidade, enfoca-se a experiências que estimulem a cultura em que decisões de final de vida possam ser compartilhadas.

O estudo não possibilita generalizações, porém foi possível compreender alguns princípios postos neste complexo processo de trabalho, onde a morte e a vida se entrelaçam e determinam desfechos frequentemente dolorosos também para os sujeitos da pesquisa. A aceitação dos limites e da impotência perante a morte abre caminhos para a construção de modos de efetuar a dimensão cuidadora, propondo-se a reflexão com elemento essencial à execução do trabalho intencional e consciente.

COLABORAÇÕES

Dell'Acqua MCQ contribuiu desde a concepção, participou da análise, interpretação dos dados, formatação do artigo, correções propostas até o final da versão a ser publicada. Tome LY elaborou a concepção do estudo, realizou a coleta, análise, interpretação dos

dados e acompanhamento para formatação do artigo até a versão final a ser publicada. Popim RC contribuiu como co-orientadora do estudo, participou da análise e interpretação dos dados, em especial no referencial teórico sobre morte, correções do artigo até a versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Marx KFH. O capital. 3ª ed. São Paulo: Edipro; 2008.
2. Costa ALRC, Marziale MHP. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(3):337-43.
3. Chan GK. Trajectories of approachin Death in the Emergency Department: Clinician Narratives of Patient transition to the End of Life. *J Pain Sympt Manage.* 2011; 42(6):864-81.
4. Ariés P. História da morte no Ocidente. Reed. Lisboa: Teorema; 2011.
5. Silva KS, Ribeiro RG, Kruse MHL. Discursos de enfermeiras sobre a morte e morrer: vontade ou verdade? *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(3):451-6.
6. Medeiros YKF, Bonfada D. Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à teminalidade. *Rev Rene.* 2012; 13(4):845-52.
7. Rojas-Serey AM, Castañeda-Barthelemiez S, Parraguez-Infiesta RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiologia de Chile. *Educ Med.* 2009;12(2):103-9.
8. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaucha Enferm.* 2011; 32(1):129-35.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2010.
10. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2):221-4.
11. Luce JM. End-of-Life decision making in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care Med.* 2010; 182(1):6-11.

12. Santana MTBM, Jorge MSB. The own body as a nurse's living experience on assisting others dying process. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15(3):466-73.
13. Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(3):257-62.
14. Boemer MR. Enfermagem e morte. In: Incontri D, Santos FS. *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius; 2007. p.188-95.
15. Baggio MA, Callegaro GD, Erdman AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade e emergência hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(5):552-7.
16. Bloomer MJ, Morphet J, O'Connor M, Lee S, Griffiths D. Nursing care of the family before and after a death in the ICU-Na exploratory pilot study. *Aust Crit Care*. 2013; 26(1):23-8.
17. Silva L, Poles K, Baliza MF, Silva MCLSR, Santos MR, Bousso RS. The process of end-of-life care delivery to the families of elderly patients according to the Family Health Strateg. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(1):380-7.
18. Kovács MJ. Espiritualidade e psicologia - cuidados compartilhados. *Mundo Saúde*. 2007; 31(2):246-55.
19. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):266-72.
20. Faleiros VP. *Saber profissional e saber institucional*. São Paulo: Cortez; 2011.