

ALUBRAT - CESBLU

LATO SENSU EM PSICOLOGIA TRANSPESSOAL

VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE
TRABALHANDO EM UTI PEDIÁTRICA: UM OLHAR
TRANSPESSOAL SOBRE O SOFRIMENTO
E O MORRER

LUCIANA MARIN JARDIM LANGE

ROSÂNGELA APARECIDA LUCINDO PEDROSO FIORELLI

CAMPINAS - SP

2009

ALUBRAT - CESBLU

LATO SENSU EM PSICOLOGIA TRANSPESSOAL

VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE
TRABALHANDO EM UTI PEDIÁTRICA: UM OLHAR
TRANSPESSOAL SOBRE O SOFRIMENTO
E O MORRER

Monografia apresentada como item de avaliação do curso de Psicologia Transpessoal, pela ALUBRAT – CESBLU, sob orientação da Prof^a M.S. Célia Maria Lameiro Rodrigues.

CAMPINAS - SP

2009

“Não tenhas medo.

Tudo isso são projeções do teu espírito.

Porém, a verdadeira natureza do teu espírito está além

do que te atraia e além do que te faz medo.

Reencontra tua equanimidade.

Reencontra tua serenidade.

E dirige teu espírito para a Clara Luz.

Lá está tua natureza verdadeira”.

(Bardo Thodol)

Dedico este estudo a todos que acreditam,

e têm esperança...

AGRADECIMENTOS

À **Transpessoal**, por ter possibilitado ousar transcender-me...

À **Vera Saldanha**, mestra sempre disponível e atenta, pelo carinho, vivências e horas de estudo, indispensáveis para fazer crescer e amadurecer os frutos desta monografia...

À **Célia**, minha orientadora, por toda prontidão, confiança e carinho. Sua ajuda e seu interesse em ouvir e colaborar a qualquer hora foram essenciais para a conclusão desta caminhada...

Aos **meus pais**, pelo incentivo carinhoso e atento, que sempre me acompanharam com alegria e satisfação...

Ao **Luiz Evanir**, marido e companheiro amado, pelo apoio, incentivo, compreensão e paciência para com minhas ausências e longas horas de estudo...

Aos **meus sobrinhos** infinitamente queridos, Cayo, Arthur e Mariana, pelos momentos de descontração, alegria, e diversão, em que pude repor minhas energias no aconchego familiar...

Às **monitoras**, pelo zelo e cuidados conosco e com toda a infra-estrutura do curso. A acolhida nas manhãs de cada encontro tornava o dia todo especial...

Aos **colegas de curso**, que marcaram essa experiência com muito carinho. Sentirei saudades de momentos de profundas vivências e trocas...

Às **amigas queridíssimas**, Luciana e Maria do Carmo. Foi muito bom estar com vocês, crescemos juntas e compartilhamos momentos únicos e alegres...

Aos **meus clientes**, pelo permanente estímulo, indispensável ao meu crescimento e aperfeiçoamento profissional...

À **todos os autores transpessoais** que através de seus conceitos e idéias enriqueceram minha prática profissional e incentivaram-me a aprofundar minha pós-graduação em transpessoal...

À **Maturana**, por sempre me lembrar das múltiplas e diferentes instâncias de compreensão, entendimento e explicação...

Aos **meus mentores espirituais**, por me fazerem sentir infinitamente amada e pela presença luminosa e sempre atenta nos momentos em que parecia difícil continuar...

À **todos aqueles profissionais que trabalham na área da saúde**, que unem o amor à ética e à estética do cuidar...

A todos que direta e indiretamente me inspiraram e contribuíram com suas experiências para que eu pudesse desenvolver este trabalho. Fui inspirada por escritores anteriores, por sua vez também inspirados por outros que os antecederam...

A todos, o meu muito obrigada.

Rosângela Aparecida Lucindo Pedroso Fiorelli

Lange, L. M. J. & Fiorelli, R. A. L. P. (2009). *Vivências emocionais de equipes de saúde trabalhando em UTI Pediátrica: um olhar transpessoal sobre o sofrimento e o morrer*. Monografia do curso de Especialização em Psicologia Transpessoal. ALUBRAT – CESBLU.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender as vivências emocionais de equipe de saúde trabalhando em UTI Pediátrica, a estrutura do vivido e as implicações destes significados para o atendimento clínico. As pesquisas na área apontam para os aspectos negativos do trabalho, como o desgaste físico-emocional, o despreparo para a realização de funções, a falta de apoio intra-grupo, a prevalência de uma atuação individualizada e uma grande inabilidade para lidar com os sentimentos próprios e dos demais – colegas de trabalho, familiares e pacientes – perante situações de sofrimento e morte. Cumpre salientar que também pôde-se abstrair das vivências, aspectos positivos, como o desenvolvimento de competência técnica, de autonomia, além de amadurecimento pessoal e profissional. Estes dados apontam para a emergência das necessidades vivenciadas em UTI Pediátrica, no sentido de um olhar mais integral e transpessoal sobre os sentimentos e emoções que envolvem o trabalho nessa área, e servem para subsidiar novas pesquisas voltadas ao estabelecimento de intervenções neste setor, como forma de beneficiar à equipe de saúde e também a população atendida.

Palavras-chave: UTI Pediátrica, Saúde, Psicologia Transpessoal, Morte e Transcendência, Espiritualidade.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	04
RESUMO.....	07
INTRODUÇÃO.....	09
I. UM PANORAMA DO TRABALHO EM UTI PEDIÁTRICA.....	11
1. Psicologia Hospitalar e Realidade Institucional.....	11
2. A UTI Pediátrica no Hospital Geral.....	15
2.1. Principais Estressores no Trabalho em UTI Pediátrica.....	18
2.2. Relacionamento Equipe-Paciente – A Sombra da Morte.....	22
2.3. Formação do Profissional para Trabalhar em UTI Pediátrica.....	29
2.4. Equipes Interdisciplinares em UTI Pediátrica.....	35
2.5. A Criança e sua Família em UTI Pediátrica.....	37
3. Psicologia Transpessoal, Espiritualidade e Transcendência – Um Olhar Diferente sobre o Sofrimento e o Morrer.....	45
3.1. Psicologia Transpessoal.....	45
3.2. O Sofrimento e a Morte.....	54
3.3. Espiritualidade e Transcendência.....	57
3.4. A Arte de Morrer.....	61
II. OBJETIVOS.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Psicologia na área da Saúde tem sido rápido e abrangente nas últimas décadas, visto a importância atribuída à visão do homem como um ser complexo: sabe-se, atualmente, que na origem de muitas patologias estão envolvidas emoções e sentimentos, os quais, quando não determinam certos sintomas, os exacerbam ou os mantêm. Já o trabalho dos profissionais de saúde é frequentemente considerado por quem o desempenha como desgastante e promotor de diversas patologias, além de contribuir para um desequilíbrio emocional e provocar queda no desempenho profissional.

Dessa forma, este estudo é de grande importância para que se possa descrever como profissionais, familiares e pacientes vivenciam emocionalmente a atuação em uma UTI Pediátrica, como as emoções influenciam em seu funcionamento, por se tratar de um contexto altamente gerador de ansiedade e estresse. A contribuição de estudos científicos como este direcionam-se no sentido de promover melhorias na qualidade de atendimento à população.

Espera-se poder oferecer com este estudo, contribuições quanto à formas de intervenção e elaboração de medidas preventivas, remediativas e educativas para diminuir o desgaste profissional, bem como promover um maior entendimento de como se dão as relações interpessoais estabelecidas no setor. Também busca-se oferecer uma reflexão mais ampla sobre o sofrimento e a morte, por meio das contribuições oferecidas pela Psicologia Transpessoal.

Diante dos fatores identificados como problemáticos no ambiente de UTI Pediátrica e que serão discutidos ao longo deste capítulo, este estudo tem por objetivo compreender

as vivências emocionais dos membros de equipes interdisciplinares de saúde trabalhando em UTI Pediátrica, bem como de familiares e pacientes, sob o olhar da Psicologia Transpessoal, de forma a contribuir para o desenvolvimento teórico da área de Psicologia Hospitalar.

Objetiva também alertar para a necessidade de desenvolvimento de programas de formação para psicólogos hospitalares, sob um olhar da Psicologia Transpessoal, com ênfase na assessoria à equipes interdisciplinares.

Com o intuito de contextualizar o setor de UTI Pediátrica e a complexidade das relações estabelecidas no trabalho neste setor, optou-se por escrever um capítulo sobre o assunto.

Segue-se a toda reflexão teórica, o levantamento de considerações finais, de forma a se estabelecer um diálogo a respeito do tema, bem como as conclusões deste estudo.

I. UM PANORAMA DO TRABALHO

EM UTI PEDIÁTRICA

1. PSICOLOGIA HOSPITALAR E REALIDADE INSTITUCIONAL

Segundo Angerami-Camon, Chiattonne e Nicoletti (2004), a Psicologia Hospitalar no Brasil teve seu início em 1954, com o trabalho da psicanalista Matilde Neder na Clínica Ortopédica e Traumatológica da USP. Convidada para acompanhar psicologicamente os pacientes submetidos a cirurgias de coluna, ela os preparava para a internação e recuperação pós-cirúrgica. Com a prática, Matilde começou a perceber que alterações nas técnicas utilizadas eram necessárias e modelos teóricos de atendimento começaram a surgir, numa tentativa de torná-las mais ágeis e adequá-las à realidade institucional. Assim, a prática determinava os procedimentos a serem adotados e a psicoterapia breve passou a ser de grande utilidade.

Outros psicólogos começaram, então, a desenvolver trabalhos em enfermarias hospitalares e algumas universidades passaram a oferecer cursos de formação e especialização em Psicologia Hospitalar. Nomes como Belkiss Romano, Regina D'Aquino, Wilma Torres, Marli Meleti e Heloísa Chiattonne entre outros, passaram a ter destaque no crescimento do trabalho psicológico em instituições hospitalares.

A partir dessa data, Angerami-Camom et al. (2004) referem um grande desenvolvimento na área, com a implantação de diversos novos serviços, o lançamento de livros específicos e uma gradual estruturação e reconhecimento dos quadros emocionais presentes nas enfermidades, e da Psicologia Hospitalar como forma de

trabalho extremamente rica. “A Psicologia Hospitalar passou a ajudar na humanização da prática dos profissionais da saúde, na mudança da postura médica diante de um quadro imenso de patologias, onde os aspectos emocionais passaram a ser considerados no quadro geral do paciente” (p. 24).

Segundo Candeias (1992), de uma forma geral, o ambiente hospitalar por si só representa um grande gerador de desgaste de vários tipos e em diferentes níveis: estresse do paciente e de seus familiares em decorrência da própria doença, do medo de problemas futuros, da interrupção de responsabilidades pessoais e perda de *status*, e entre outros, dos custos do tratamento. Isso se reflete nos profissionais de saúde envolvidos, de forma parcialmente consciente, em dilemas muitas vezes insolúveis e decisões carregadas de emoções, as quais não podem ser consideradas inteiramente certas ou erradas. Fato inerente ao ambiente hospitalar é a ocorrência de óbitos, o que exige o controle permanente dos próprios sentimentos junto aos pacientes terminais. Além disso, a constatação de que nem sempre os pacientes fazem o que lhes é recomendado, pondo em risco sua integridade física ou anulando os mais dedicados esforços, afeta profissionais e pessoal da saúde.

Mello (1992) cita como sintomas clássicos do esgotamento provocado pelo trabalho em hospitais, o pessimismo, a insatisfação crescente, falhas e ineficiência. O trabalho eficaz envolve demandas de necessidades individuais e institucionais em sintonia. Quando algumas delas não são atendidas criam-se processos patogênicos de adaptação, como o desligamento do serviço, perda de promoções ou o isolamento na carreira profissional. Surgem, então, “os conflitos decorrentes de necessidades opostas ativadas ao mesmo tempo” (p. 196). Esses conflitos ocorrem em função de áreas de atrito que se criam por uso de autoridade, incompatibilidade entre tarefas estabelecidas para as

diferentes funções, além de confusão nos limites e nos comportamentos específicos em determinadas tarefas e procedimentos.

Candeias (1992) relata que a desumanização no trabalho, a mecanização e a burocratização tornam-se agentes de desgaste à medida em que atentam contra as necessidades individuais de satisfação pessoal e realização profissional, entre outras. A liderança do tipo autoritária, a execução de tarefas sob pressão, a falta de conhecimento das funções, do processo de avaliação de desempenho e de promoção, a carência de autoridade, o excesso de trabalho e o grau de interferência na vida particular são outros fatores citados. O referido autor diz que alguns indicadores podem ajudar na detecção de pessoas nas quais a ação dos agentes estressores estão determinando um comprometimento de seu desempenho, no sentido biopsicossocial. Esse comprometimento pode ser caracterizado por queda da eficiência, ausências repetidas, insegurança nas decisões, sobrecarga voluntária de trabalho, alterações freqüentes de humor com predomínio da irritabilidade, individualismo, aumento do consumo de cigarros, bebidas, alimentos e drogas, uso abusivo de medicamentos ou agravamento de doenças. Portanto, é de se entender o quanto o desgaste pode afetar a qualidade de vida dos profissionais que trabalham na área da saúde.

Em seu estudo sobre estresse em atendentes de enfermagem, Candeias (1992) obteve como principais eventos estressores no local de trabalho, as dificuldades na execução das tarefas, competitividade, problemas de relacionamento interpessoal, falta de tempo para descanso, acúmulo de serviço com prejuízo para os pacientes, ausência de reconhecimento profissional e supervisões incompetentes. Além desses aspectos foram mencionados tensões decorrentes da distância entre domicílio e local de trabalho, angústia permanente em função da dor sentida pelos pacientes, do sofrimento alheio, da

própria insegurança financeira e de problemas pessoais com familiares, saúde e relacionamentos afetivos. Enfim, ser responsável por pessoas causa muito desgaste, já que a equipe de saúde responde não só pelos pacientes, mas também pelos familiares e pelos colegas de trabalho. O esgotamento físico e mental é pois um fator inerente ao ambiente hospitalar, devido às características de sua organização e função, como os múltiplos níveis de autoridade, heterogeneidade de pessoal, interdependência de atividades, excesso de carga horária e contato com o sofrimento e a morte, entre outros aspectos diretamente relacionados aos conflitos.

E é nesse contexto institucional que está inserido o psicólogo hospitalar. De acordo com Angerami-Camon, Trucharte, Knijnik e Sebastiani (1994), o objetivo fundamental da Psicologia Hospitalar é a minimização do sofrimento causado pela hospitalização. Porém, antes mesmo de poder atuar no cumprimento de tal meta, o psicólogo encontra algumas dificuldades em seu caminho. A inserção deste profissional no contexto institucional exige sua adaptação às características muito especiais inerentes ao funcionamento hospitalar, como por exemplo a falta de um espaço terapêutico definido e a alta rotatividade de pacientes. Questionamentos sobre valores éticos e morais acabam por emergir, e a precariedade das condições de vida, de saúde e de atendimento da população se tornam evidentes.

Dessa forma, os autores enfatizam que o psicólogo precisa ter claro que sua prática não é psicoterápica, o que exige performances muito diferentes das que se aprende para o trabalho terapêutico clínico. Faz-se necessária a conscientização de que a minimização do sofrimento humano é um objetivo muito complexo, visto que envolve não apenas o período de hospitalização e suas conseqüências físico-psicológicas, mas também a família e a equipe de saúde que atua junto ao paciente.

É por essa razão que a área de atuação da Psicologia Hospitalar desde seus primórdios não se restringiu ao atendimento psicológico a pacientes e familiares, o que objetiva, em última análise, a otimização do processo de tratamento médico, na medida em que potencializa a adesão terapêutica, tanto em ambulatórios quanto em enfermarias. Para que a Psicologia Hospitalar possa atingir seu objetivo geral de minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, deve possibilitar a participação do psicólogo não só nas práticas assistenciais, mas também na pesquisa e na formação de recursos humanos, o que lhe amplia o objeto de ação, incorporando, além dos usuários, os prestadores de serviço e o próprio processo de saúde-doença (Felício, 1998).

2. A UTI PEDIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL

Dentro do ambiente hospitalar, existe a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), um local devidamente equipado que tem por objetivo o atendimento especializado a pacientes em estado crítico. Entende-se por estado crítico, segundo Gomes (2008), a situação na qual o paciente se encontra com necessidade de cuidados permanentes e rigorosos, de contínua e freqüente observação; além disso, é dependente de tratamento complexo e de equipamentos de apoio como respiradores artificiais, monitores cardíacos e muitos outros que compõem o arsenal tecnológico de uma UTI. Esse setor centraliza recursos materiais e humanos que permitem um atendimento pronto e eficaz, onde a atuação da equipe multiprofissional deve estar voltada para uma meta comum: a recuperação do doente grave.

Segundo Terzi (1992), há 50 anos o mundo leigo e intelectual-acadêmico não questionava a morte. Toda parada cardiorrespiratória era encarada como óbito e terapia

intensiva não existia. Eventos históricos como a II Guerra Mundial, a epidemia da poliomielite e os conflitos da Coreia e do Vietnã, aumentaram de modo assustador os conhecimentos sobre trauma, choque, infecção e suporte ventilatório artificial, chegando a uma fase marcante em 1961. Nesta época foram criadas as salas de recuperação pós-anestésicas ou pós-operatórias, tidas como UTIs, já que concentravam um grande número de pacientes traumatizados pela guerra. Todavia, foi no transcorrer da década de 70, e início da de 80 que a terapia intensiva começou a despertar uma atenção especial: houve uma verdadeira invasão de médicos de outras especialidades para esta área “fértil, nova e mal definida, com alguma coisa de mística e atrativa” (p. 08). Porém, o desenvolvimento tecnológico rápido e acelerado desses setores não foi acompanhado pela formação especializada dos médicos intensivistas. Refere o autor que a procura por residência médica na área de terapia intensiva ainda se mostra muito aquém do necessário, como comprovam pesquisas recentes. Isso se deve ao próprio contato dos profissionais com o desgaste emocional e tensão constantemente vivenciados no setor, durante sua graduação. Assim, faltam profissionais com a formação necessária para atender às demandas de uma população cada vez mais necessitada e carente.

No Brasil, segundo Apolinário (1990), a origem da UTI se deu em 1967 com a inauguração da unidade no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, vista como pioneira no país ao considerar-se suas características polivalentes de atendimento às diversas patologias, tanto clínicas como cirúrgicas, com pessoal médico e de enfermagem especializado.

De acordo com Tasker, Wetzel e Rogers (2005), historicamente as UTIs Pediátricas, em específico, vêm da Dinamarca e datam do início dos anos 50. O grande ímpeto do seu desenvolvimento foi a necessidade de tratamento para as situações

agudas e crônicas da poliomielite pandêmica. Nos anos iniciais, a atenção foi focada no sentido de se promover ventilação mecânica, com o “pulmão de aço” da pólio, posteriormente substituído pela ventilação com pressão positiva, até chegar aos sofisticados ventiladores mecânicos disponíveis nos dias de hoje. Durante a década de 60 e 70, ocorreu um grande desenvolvimento nessa área, e nos anos 80, começou-se a cuidar de fisiopatologias específicas de órgãos e tratamento da doença crítica, de doenças pansistêmicas, contagiosas e da falência de múltiplos órgãos. Todo esse progresso veio atingir sua maturidade durante a década passada, e muitas doenças tiveram sua evolução detida por esse progresso.

Antigamente, como refere Pinto (1996), as epidemias dizimavam muitas vidas, e a morte de crianças era um evento muito freqüente. A medicina evoluiu rapidamente nos últimos anos, e, concomitante ao desenvolvimento tecnológico das UTIs Pediátricas, a vacinação em massa quase erradicou a maioria das doenças infecto-contagiosas. A quimioterapia e os antibióticos contribuíram decisivamente para que houvesse um decréscimo significativo na incidência da mortalidade da população em geral e na população infantil.

Não resta dúvida que na medicina de hoje, as descobertas de novas técnicas de diagnóstico e terapêutica acontecem a todo momento, e o que era novidade há pouco tempo atrás, rapidamente torna-se ultrapassado. Porém, como cita Gus (1991), o que se percebe é que enquanto os diagnósticos e o atendimento terapêutico muito evoluem, “a doença se curva diante da técnica, e o doente desaparece como indivíduo, passando a representar um registro de leito e o caso de sucesso profissional” (p.215).

“Nossos hospitais ainda não são locais agradáveis... Os instrumentos que deveriam nos ajudar a uma melhor comunicação nos impedem de falar, nos impedem de nos

reconhecemos (Leloup, 2004, p.15). Definitivamente, a humanização não cresce na mesma proporção que as técnicas, os diagnósticos e a terapêutica médica.

Segundo Piva (1992), cabe ao intensivista pediátrico, coordenar e traçar as prioridades no atendimento do paciente crítico, através da visão global do atendimento à criança, e da utilização de todo o arsenal terapêutico e protocolos modernos. Pressupõe-se, portanto, que deva haver em UTI Pediátrica, uma grande integração entre as múltiplas especialidades médicas e paramédicas, de modo a convergirem para o benefício do paciente como um todo. Na nobre tarefa de assistência a beira do leito, muitas vezes, a equipe de saúde da UTI Pediátrica, se depara com jornadas longas, confrontos éticos e legais, estresse, emoção incontida, resultados desanimadores. Por outro lado, porém, temos o fascínio da alta tecnologia, as tomadas de decisão, os resultados rápidos e gratificantes, e o drama real de puxar para a vida os que estão à morte. É um novo campo ainda, embora já apresente inúmeros avanços: demanda energia, atrevimento e paciência, e portanto a UTI pode ser considerada como uma fonte contínua de estresse.

2.1. PRINCIPAIS ESTRESSORES NO TRABALHO EM UTI

Koizumi (apud Carvalho, 1991) aponta que apesar da UTI ser um local ideal para o atendimento de pacientes agudos, graves e principalmente recuperáveis, parece oferecer à equipe de saúde e aos pacientes um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Esse ambiente pode proporcionar sintomas diversos nos profissionais da equipe, tais como tensão física e psicológica, ansiedade, apatia, desânimo, prejuízo nas relações pessoais, perda da auto-estima, labilidade emocional,

reação depressiva e irritação, acarretando prejuízos em seu desempenho no trabalho e no cuidar do paciente.

A ênfase na rapidez e na precisão como fatores decisivos para se garantir a vida, portanto contra a morte, permite que o profissional se coloque em posição de luta e incorpore a idéia de que o sucesso da equipe está irremediavelmente associado a impedir que a morte ocorra (Boemer, Rossi e Nastari, 1991). A pressão exercida e o impacto na equipe, são diretamente proporcionais ao contato direto com o paciente, e acabam levando ao afastamento emocional deste último, prejuízo no raciocínio clínico, e conflitos entre os membros da equipe. Essa situação de pressão também leva à fadiga, fator importante no sentido da queda da eficiência nas decisões e no surgimento de um sentimento de diminuição na competência da equipe.

É fácil concluir que o trabalho dentro de uma UTI Pediátrica é altamente extenuante, física e psicologicamente, e a fonte principal das intensas reações emocionais é a constante exposição à morte, às perdas e à desumanização. Segundo Piva (1992), a magnitude dessas experiências pode ser comparada apenas com aquelas decorrentes da guerra. A enorme intensidade das emoções decorrentes da interação interpessoal e do rápido *turnover* da equipe e dos pacientes também são fatores importantes, além da constância de procedimentos invasivos, agressivos e dolorosos, tão difíceis de serem vistos com bons olhos tanto pelos pacientes, como pela equipe de saúde que os realiza.

Durante os períodos de internação, a pressão e o desgaste causados pela diminuição progressiva da saúde e proximidade da morte, permeia as relações entre todas as pessoas envolvidas, e a finitude humana os remete a um momento único da vida, onde os recursos do psiquismo apresentam-se muito limitados (Silva Filho, 1996). O

desgaste emocional, o cansaço físico e mental, a falta de esperança, o medo e a impotência diante da morte e os resultados nem sempre satisfatórios contribuem para a desestruturação do profissional, forçando-o a se distanciar do doente, como forma de se defender e conservar seu próprio equilíbrio emocional.

Além dos fatores de estresse profissional citados, também a forma como se dá a hierarquia de funções é algo complexo. Mesmo sendo a equipe de enfermagem responsável pela maior parte dos cuidados providos ao paciente hospitalizado, Lunardi, Filho e Borba (1994) enfatizam a existência de uma irregularidade de fronteiras nas funções dessa equipe dos demais profissionais de saúde, sendo dada grande valorização à obediência às normas ou às determinações dos docentes, baixa valorização ao questionamento e às reflexões, por parte da enfermagem. Um clima de insegurança e competitividade fica, portanto, estabelecido, com sérias conseqüências ao atendimento do paciente.

Santos e Filho (1995) apontam para o fato de que a relação médico-enfermeiro é uma estrutura de poder rígida, onde os médicos são colocados numa posição de superioridade no que se refere a status e conhecimento técnico. Estes assumem para si as decisões importantes e dignas, relegando à enfermagem as tarefas que consideram periféricas e enfadonhas. A falta de espaço para questionamentos e discussões desta última junto aos médicos acaba por promover um clima desestimulante em nível operacional, favorecendo a falta de autonomia desses profissionais. Fica comprometido o trabalho inter-equipe e multiprofissional.

O próprio Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) diz em seu artigo oitavo, parágrafo primeiro, referente aos deveres da enfermagem, que é de seu dever “exercer sua atividade com zelo e probidade, e obedecer aos preceitos da ética profissional, da

moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições da profissão” (p. 89). Contudo, ao invés de tais preceitos servirem para nortear momentos de reflexão, são usados como coerção à obediência e ao acatamento das autoridades imediatas (Passos, 1995).

Muitas vezes, essa coerção acaba por encobrir a real importância da equipe de enfermagem: é ela que está o tempo todo ao lado do paciente, que o conhece em seus sintomas e sentimentos. “É a enfermagem que observa o paciente por maior período de tempo. Por esse motivo, é freqüente que seja a primeira pessoa a detectar as alterações principais nos sistemas fisiológico e psicológico” (Corrêa, 1995, p. 239). Também no relacionamento enfermagem-pessoal auxiliar, o clima é pontuado por dificuldades de relacionamento, provenientes especialmente da divisão de tarefas. Nesse sentido, são os enfermeiros que assumem a função de líder da equipe de enfermagem, ficando como tarefa dos outros elementos (técnicos, auxiliares e atendentes), os procedimentos junto ao paciente.

Estudos realizados recentemente (Santos et al., 1995) relatam que os principais fatores de insatisfação da equipe de enfermagem com o trabalho se devem à falta de estímulos e condições satisfatórias para um desempenho de tarefas com qualidade. Contribuem para a insatisfação, a falta de reconhecimento da importância do trabalho, a baixa remuneração, a política organizacional, a relação administração-enfermagem, e a divisão do trabalho em si.

Van Servellen e Leake (1993) relatam a existência de pesquisas comparando o nível de desgaste (*burn-out*) da equipe de enfermagem em diversos setores de hospitais gerais. Os resultados demonstram que os profissionais que trabalham em UTI

apresentam um índice muito maior de desgaste, se comparados às equipes de outras enfermarias.

Como consequência do estresse excessivo vivenciado pelos membros da equipe em sua rotina de trabalho, torna-se comum o desenvolvimento de patologias diversas (Dorr, 1991).

2.2. RELACIONAMENTO EQUIPE-PACIENTE

A interação equipe-paciente em UTI gira em torno de incessantes conflitos entre a luta do paciente terminal e a equipe de saúde que se esforça por salvá-lo, sem se importar com o custo físico-emocional de tal procedimento. Assim, a despersonalização do enfermo e seu isolamento são consequências perfeitamente previsíveis e sua existência passa a girar em torno da patologia. De acordo com Angerami-Camon et al. (1994), não há lugar nem tempo dentro da rotina hospitalar para se compreender e suprir as necessidades dos doentes. Hospitais são instituições de cura e o paciente terminal representa uma ameaça à essa função. Os profissionais têm rotinas a cumprir e não têm nada a ver com os doentes que estão para morrer. Pelo contrário: a morte é uma ameaça à efetivação de suas tarefas, e promove sentimentos de incompetência e impropriedade.

Mann (1992) ressalta que o intenso desenvolvimento tecnológico tem um efeito potencial sobre as características individuais de autonomia e responsabilidades profissionais, substituindo cada vez mais o espaço já restrito da humanização e do relacionamento interpessoal. Assim sendo, essa humanização deve ser desenvolvida como forma de se buscar um equilíbrio entre a “maquinização” do setor de terapia

intensiva, constituído por aparelhos sofisticados, equipe técnica especializada, e a falta de relações verdadeiramente humanas e afetivas (Harvey, 1992).

De acordo com Wilkinson (1992) essa situação gera uma dicotomia entre os comportamentos de cuidado emocional e as técnicas fundamentadas na alta tecnologia. O autor enfatiza que ambos os aspectos são importantes no atendimento global ao paciente grave, devendo então, ser integrados.

No que diz respeito ao estabelecimento de uma relação afetiva de qualidade, os profissionais de saúde têm grande responsabilidade. Balint (apud Stela, 1988) sugere que a personalidade do médico seja o primeiro “medicamento” administrado ao paciente, ou seja, além do tratamento oferecido, também a maneira como o profissional se mostra ao doente é fundamental para o desenvolvimento de uma atmosfera favorável ao bom relacionamento de ambos. E essa tarefa acentua-se ainda mais nos casos de pacientes infantis e/ou terminais. A criança terminal vive um momento do qual seus familiares e a equipe de saúde fazem parte, e o funcionamento dos envolvidos muito influi na aceitação ou negação ao tratamento e à própria doença.

Contudo, o *staff* hospitalar dificilmente interage de maneira adequada e o paciente é considerado cooperante quando aceita sem questionar o tratamento e as normas que lhe são impostas. A equipe de saúde acredita erroneamente que se não puder possibilitar a cura ao enfermo, nada mais pode oferecer, vendo-se na responsabilidade de cuidar do mesmo, de maneira infalível. O conflito entre a onipotência médica e as limitações práticas e reais se estabelece e o profissional tenta se proteger do risco de falha ocupacional, não criando um vínculo afetivo com os enfermos, não dando importância às suas manifestações de medo e ansiedade. “Então, o cuidar do paciente constantemente ou mesmo a presença deste representa um prenúncio da impotência desse profissional, o

que, seguramente, poderá provocar desejos nebulosos de que o paciente morra, findando assim a longa agonia desse relacionamento” (Angerami-Camon et al., 1994, p. 105).

Piva (1992) conclui que a equipe de UTI Pediátrica apresenta os mesmos sentimentos que os familiares, e que qualquer ser humano frente à morte e ao sofrimento. E, visando um bom funcionamento, deve ter consciência de suas reações e aprender a lidar com elas, para proporcionar um atendimento integral e humano aos doentes. A percepção e avaliação dos sentimentos, conflitos e medos que envolvem o adoecer devem direcionar a conduta terapêutica, no sentido de fazer emergir no paciente a força que o impele à vida, à sobrevivência (Marinho, 1992).

Então, nesse contexto, (Fabre, Tobias, Berreta e Thiago, 1992) a tecnologia deve estar a serviço da compreensão da criança e da família como uma unidade biopsicossocial. Essa tarefa exige profissionais despidos do poder que a formação médica promove, adaptação ao trabalho multiprofissional e capacidade para lidar com o sofrimento alheio, mesmo com a vulnerabilidade emocional vivenciada na relação com os pacientes. “Não podemos mudar nosso destino final, mas podemos mudar nossa atitude diante da vida, descobrindo seu sentido e vivendo intensamente cada dia até a morte”. (Aitken, 1996, p. 21). Assim, pode-se preparar emocionalmente os pacientes para tal momento.

Na realidade, como aponta Boemer et al. (1991), fica difícil para seres humanos falíveis e destreinados emocionalmente, manter o paciente vivo a todo custo e simultaneamente, ajudá-lo a morrer de forma digna. “Trabalhar com pacientes terminais é como soprar em uma bexiga por muito tempo. Você faz muita força, se desgasta, vê suas energias diminuírem, mas a bexiga nunca ficará cheia, porque está furada” (Aitken, 1996, p. 17).

Também é difícil para a equipe de saúde lidar com os sentimentos vivenciados pelo paciente terminal e tão bem explicitados por Kübler-Ross (2005). Diante da inexorabilidade da morte, a autora cita cinco fases pelas quais, geralmente, paciente e familiares acabam por passar à espera do fim iminente: a negação (isolamento, defesa temporária que funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes), a raiva (revolta, inveja, ressentimento, queixas constantes), a barganha (tentativa de adiamento, meta auto-imposta, estabelecimento de acordos com promessas implícitas que adiem o desfecho inevitável), a depressão (sentimento de grande perda que surge quando não se pode mais esconder a doença), e a aceitação (como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem”). Nesse percurso, não raro se produzem comportamentos desajustados, regredidos, crises de angústia e choro, problemas de conduta, estados confusionais e pensamento mágico, formas encontradas pelo paciente para o controle do medo. Esses estágios manifestam respostas de luta contra a ameaça de perda, inclusive de perdas parciais (Piva, 1992).

Numa fase tão complexa que é o período terminal da doença (Pinto, 1996), é papel do intensivista assegurar ao paciente uma morte menos sofrida, mais tranqüila e uma preparação mais adequada não só para ele como para seus familiares. “O paciente deve ser auxiliado pelo médico a morrer humanamente, enquanto este o ajuda a viver um pouco mais, de forma respeitosa e caridosa, ao mesmo tempo em que deve ser solidário na dor e no desespero sofrido pela família” (p.290). Torna-se função do profissional da psicologia nesse momento, a detecção, compreensão e trabalho dos sentimentos não-verbais do paciente, de seus familiares e da equipe que o atende. O favorecimento de oportunidade para que essas pessoas falem de seus medos, suas angústias e da doença

em um espaço receptivo e acolhedor também deve ser promovido, assim como o preparo psicológico dos médicos intensivistas para a realização de tais procedimentos (agentes multiplicadores da promoção de saúde mental).

Também a enfermagem se bem treinada, torna-se capacitada para prestar assistência não somente técnica como afetiva e preventiva da saúde emocional, visto o trauma causado pela hospitalização na criança. Dessa forma, os profissionais também podem participar na promoção de um atendimento mais humano aos pacientes de UTI Pediátrica (Einloft, Fuhrmeister, Martin, Alves e Dias, 2005).

Pinto (1996) afirma que o temor e a consciência do risco de um envolvimento afetivo muito forte com o paciente leva certos médicos a um tipo de atitude reservada e defensiva. Eles preferem não estabelecer vínculos afetivos para não sofrerem com as perdas. Assim, mantêm vínculos distantes, frios e formais, estruturados de forma a protegê-los contra emoções mais fortes e envoltimentos calorosos, vínculos estes que privam a criança de um relacionamento médico-paciente mais autêntico e sensível. Refere o autor que, muitas vezes o médico intensivista adota tal atitude para disfarçar sua ansiedade e sentimentos de desamparo, onipotência ou revolta, em sua tentativa de controlar e evitar perturbações que lhe causem sofrimentos e evidenciem o destino de seu pequeno enfermo. “Nesse sentido, a morte perturba mais o ambiente hospitalar – lugar da razão e da ordem – do que o quarto do enfermo na casa – espaço da intimidade e da vida cotidiana” (p. 289).

O confronto com a morte sugere uma ansiedade profundamente enraizada, unida ao sentimento de auto-preservação e denota uma dolorosa lembrança das limitações dos esforços humanos para controlar a natureza (Mendes e Linhares, 1996). Na relação enfermeiro-paciente, por exemplo, surgem freqüentemente sentimentos de desespero,

desamparo e impotência frente à marcha inexorável da morte, ao consumo da força vital (Silva, Helene, Souza e Arantes, 1998).

Frente às diversas dificuldades pessoais encontradas pelos profissionais no trato dos pacientes, Reid e Whitman (1993) apresentam alguns fatores importantes a serem identificadas, analisados e revistos no comportamento da equipe de saúde. São eles o desenvolvimento de processos efetivos de compreensão das responsabilidades profissionais, o estudo de estratégias punitivas usadas pelos supervisores e as contingências do dia-a-dia que interferem em sua performance de trabalho. Hastings, Remington e Hatton (1995) também compartilham da mesma opinião, e acrescentam que a grande maioria das dificuldades vivenciadas entre profissionais de saúde, pacientes e familiares partem da postura distante adotada pelos integrantes da equipe.

O mito da eficiência tecnológica vem assumindo progressivamente o poder médico. O profissional da medicina, agora manipulador de técnicas requintadas, de circuitos eletrônicos, interpõe entre ele e seu paciente um complexo de aparelhos, o que significa um golpe mortal na relação médico-paciente. E, o futuro do doente não se encontra mais nas mãos do profissional, mas sim, da técnica que, embora manipulada por ele, encerra fantásticamente o poder de cura em si mesma, e é ela que lhe concede competência. A sociedade exige do médico diagnósticos rápidos e corretos, condutas perfeitas, eficientes e modernas, consumindo a última geração em tecnologia médica (Camargo, Neto, Pelegrino, Grigolon e Filho, 1998).

Os autores citados enfatizam o desaparecimento do médico de família, aquele profissional que tinha uma dimensão histórica dos doentes: conhecia o passado e o presente do enfermo e de seus familiares, as questões afetivas, emocionais e amorosas. Essa forma de relacionamento que na realidade caracteriza a arte médica, foi execrada

pela medicina científica sob a alegação da perda de objetividade e neutralidade necessárias à abordagem eficiente e eficaz. “O retorno do compromisso do médico com o doente, e não mais com a doença, trará como consequência abordagens mais lúcidas e menos tecnológicas, maior confiança e colaboração do doente, e portanto, a diminuição da possibilidade de erro” (p.115).

Spíndola e Macedo (1994) relatam que o médico é o alvo de todas as expectativas da comunidade, exercendo grande influência no clima geral de sentimentos e pensamentos de pacientes e familiares em especial. Sua relação com a morte, na maioria das vezes, se mostra impessoal, fria e objetiva, em função de sua característica profissional. “Dotados de grande responsabilidade pela sociedade, a morte não deixa de ser aquele inconveniente que os surpreende e derrota” (p. 109).

Os enfermeiros e demais profissionais de enfermagem desempenham importante papel junto aos pacientes, em virtude de conviverem um período maior com os mesmos. Kovács (in Oliveira et al., 2008) enfatiza que a função básica da enfermagem é de assistir o doente, promover sua recuperação e ajudá-lo a fazer o que não tem condições de realizar sozinho. Muitas vezes, a enfermeira é a pessoa mais próxima do paciente, quem mais o conhece como pessoa. Está subordinada ao médico a quem compete tomar as decisões mais importantes e vitais, e à ela cabe colocá-los em prática, mesmo que apresente opiniões divergentes a respeito. Dessa forma, devido ao fato da enfermagem iniciar seus cuidados com fortes sentimentos e constante contato com o paciente, acabam por manter essas emoções durante a internação do doente e com a aproximação da morte, vêm-se impelidas a conter seus sentimentos, como forma de demonstrar força e coragem. Entretanto, o custo emocional de tal mecanismo é extremamente alto e desgastante para os profissionais em questão.

Uma ressignificação das vivências emocionais e uma reorganização das atitudes dos membros da equipe de saúde frente a questões de vida e morte em UTI são fatores fundamentais para um bom desempenho de suas funções.

2.3. FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL PARA TRABALHAR EM UTI

Granger, George e Shelly (1995) ressaltam a inadequação existente no treinamento dos profissionais de saúde em lidar com a morte e/ou em oferecer suporte às pessoas que sofreram uma perda. Em um estudo realizado com membros de equipe de saúde de UTIs no Reino Unido, cujo objetivo era investigar como se dava o manejo da perda nesses setores, obteve-se resultados muito preocupantes. Os dados obtidos demonstram que cerca de $\frac{1}{4}$ dos profissionais de saúde que trabalham em UTIs receberam treinamento específico para lidar com o luto, e possuem grupos de suporte psicológico para a equipe (apoio mútuo entre os membros do grupo, sem a participação de um psicólogo). Apesar desses resultados, observa-se que a quase totalidade de profissionais entrevistados considera o treinamento recebido como inadequado e insuficiente, e se sente incapaz de amenizar o impacto da morte nos parentes do paciente, como forma de auxiliá-los na elaboração do luto. Tais resultados permitem o questionamento da eficácia desse treinamento e de sua utilidade em nível prático, visto que são ministrados apenas a quem busca um curso de extensão.

A dificuldade para lidar com a morte acaba por levar os profissionais a desenvolverem estratégias próprias de enfrentamento dessas situações. Desde sua formação, médicos e enfermeiros sofrem uma dessensibilização dos elementos que

possam evocar o tema e os doentes são transformados em órgãos, traumas e síndromes.

É enfatizada a objetividade científica, o controle da doença e, nesse contexto, o paciente vira apenas um número de leito, perdendo sua individualidade (Granger et al., 1995).

A maior parte das instituições são lugares onde se exerce uma competência técnica, um “*savoir-faire*” cada vez mais exigente e performático, mas onde, em geral, não podem ser abordadas as questões próprias ao sentido, as questões que dizem respeito à vida íntima dos profissionais da saúde e de seus doentes (Leloup, 2004).

O despreparo dos profissionais de saúde para lidar com situações emocionais e afetivas se deve a uma formação acadêmica direcionada para a objetividade de condutas e para o não envolvimento, o que contribui para o estabelecimento de uma relação impessoal, autoritária e desigual com os pacientes (Marinho, 1992). Braxton (1995) afirma que os profissionais são pouco preparados para o manejo de comportamentos desajustados que os deixam ainda mais angustiados, e necessitam ser treinados no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento de tais situações.

Segundo Leloup (2005), o movimento que consiste em reintroduzir a morte no nosso campo de consciência e de pensamento, em humanizá-la em nossas instituições já está em ação há mais de uma dezena de anos. É verdade que, nessa evolução de nossa sociedade diante da morte, os profissionais da saúde encontram-se na linha de frente, e é aí que se expressa sua aflição diante do sofrimento dos pacientes e das respectivas famílias.

A formação clínica raramente propicia o aprofundamento psicológico que envolve o diagnóstico e o tratamento das patologias, principalmente pelo fato de que os dados não palpáveis ou não comprovados por meio dos recursos tecnológicos dificilmente são

aceitos e acabam por passar despercebidos. A presença limitada de assuntos que abordem os aspectos psicológicos no atendimento ao doente nos currículos universitários limitam a conduta médica no que se refere à identificação dos estados emocionais e à instrumentalização do profissional para lidar com os mesmos, quando estes emergem. Assim, ao invés de se compreender as reações psicológicas manifestadas e tratar integralmente o doente, acaba-se privilegiando a doença, tratada como uma entidade isolada (Stela, 1988). O tratar a doença propicia segurança ao profissional, já que ele está lidando com algo que lhe é familiar, ao contrário dos aspectos emocionais inerentes, tão desconhecidos e assustadores.

A autora citada enfatiza que o paciente transmite a seu médico segredos guardados por muito tempo, toda sua insegurança, medo e esperança diante do adoecer. Tal situação desafia o médico a ampliar sua visão e conduta sobre o caso, ultrapassando os limites físicos da patologia. Em síntese, “médico e paciente encontram-se perante o desafio de terem que adentrar, com disponibilidade interior, ao universo psicológico vivido pelo paciente, uma vez que este processo permeia a linguagem dos sinais e sintomas e imprime significação, tanto ao desencadeamento de grande parte das doenças, como ao restabelecimento da saúde” (p. 148).

Não é só a cura, mas também apoio que a paciente busca no médico. Sua expectativa é a de encontrar uma orientação segura, amparada pelo oferecimento de algo concreto. Essa sobrecarga de deveres muitas vezes impõe limites sérios à conduta médica, já que há um despreparo profissional generalizado nessa direção (Paulo e Zanini, 1997).

A doença coletiva da humanidade de um modo geral, de acordo com Tolle (2007), é o fato de as pessoas estarem tão absorvidas pelo que acontece, tão hipnotizadas pelo

mundo das formas em constante mutação, tão mergulhado no conteúdo da sua vida, que se esquecem da essência, daquilo que está além do conteúdo, da forma e do pensamento. Elas se encontram de tal maneira consumidas pelo tempo que se esquecem da eternidade, que é a sua origem, seu lar, seu destino.

Também por parte da equipe de enfermagem há uma queixa em relação ao preparo acadêmico, considerado pelos profissionais como inadequado e insuficiente, já que não possibilita a identificação de situações geradoras de ansiedade nem os provê de meios para enfrentá-las. Essa situação advém da não-preocupação por parte da instituição hospitalar com a preservação e manutenção da saúde mental de seus funcionários (Ministério da Saúde / Instituto Nacional do Câncer, 1995). Muitas vezes os profissionais de enfermagem, por tratarem-se dos profissionais que maior tempo e contato têm com os pacientes não conseguem manterem-se neutros, e acabam por se perceberem intensamente envolvidos com alguns dos casos que atendem, até mesmo projetando-se nos papéis de pais e mães das crianças que lhes causa inúmeras reações emocionais reativas (Poles e Bousso, 2006).

“Com efeito, os profissionais da saúde são, antes de tudo, pessoas. Como todo mundo, sofrem com esse menosprezo pelas questões relativas à morte, cresceram em uma sociedade na qual já não se fala desse assunto. Como acontece com todos nós, eles sentem a ausência de sentido, que é o resultado do afastamento das grandes tradições que nos preparavam para a morte e nos ajudavam a decifrar o sentido de nossas existências. Por imposição da laicidade, a maioria dos dos lugares públicos a serviço dos seres humanos – entre outros, o hospital – são espaços onde quase nunca são abordadas as questões essenciais, as questões relativas à morte e ao sentido da vida” (Leloup, 2005, p. 15). Esse empobrecimento do sentido e da reflexão sobre o que é

sagrado tem atingido, aos poucos, as famílias que antigamente muito se ligavam às tradições. Por meio do convívio com os familiares que vêm acompanhar um parente moribundo, pode-se avaliar como, nos últimos anos, as questões espirituais têm sido pouco debatidas no seio das famílias. Pesquisas com profissionais de saúde revelaram a mesma carência. Segundo o autor, profissionais de saúde demonstram intensa confusão e solidão, falta de referenciais para responder à suas próprias dúvidas, dificuldades para conversar com colegas de equipe, medo de não serem compreendidos e mesmo de serem ridicularizados.

Por sua origem associada ao trabalho religioso, marcadamente feminino, a ética profissional especificamente na enfermagem, tradicionalmente, apresenta a imagem da enfermeira vocacionada, servidora e obediente. São consideradas essenciais virtudes como bondade, paciência, subserviência, bons costumes, boa conduta e dedicação ilimitada de seu tempo. Também lhe são exigidas atitudes de passividade, submetimento, respeito e obediência ao médico e aos superiores hierárquicos. (Zoboli, 1998).

Perfis destrutivos de equipes de saúde são conformados pela alienação, subordinação e hierarquização dos trabalhadores; pela exposição às sobrecargas e subcargas que geram processos de desgaste; pela falta de autonomia e criatividade; pela elevada rotatividade e pela desarticulação de defesas coletivas. Um perfil favorável da boa qualidade de vida no trabalho de enfermagem deveria considerar a possibilidade de integração social e gregarismo humano; aprendizagem não só de conhecimentos e destrezas da respectiva atividade como também das relações sociais; formação de uma identidade social e pessoal; desenvolvimento e utilização de capacidades humanas, entre outras (Silva e Massarollo, 1998).

Bouso (1987) alerta para a necessidade da enfermagem, bem como dos demais integrantes da equipe vivenciarem situações profissionais e aprender sobre si mesma, como condição básica para a compreensão da criança e de sua família, para que juntos possam buscar soluções efetivas para as situações vivenciadas em UTI Pediátrica.

“A equipe de cuidadores que trata da criança precisa desenvolver habilidades relacionadas ao seu próprio mundo emocional, sendo capaz de encontrar exemplos criativos, discutir questões imaginativas e acolher, até certo ponto, as manifestações de agressividade e ambivalência da criança” (Barros e cols., 2008, p.177).

Esse processo de olhar para dentro de si é propiciador de uma grande transformação na relação de poder entre o profissional e a pessoa portadora de uma doença grave, pois é somente com o desenvolvimento de um cuidar transpessoal que os integrantes da equipe de saúde tornam-se capazes de colocar sua humanidade em contato com a humanidade do próximo, sendo então, capazes de realizarem um atendimento integral que aborde corpo, mente e espírito (Fonseca, Lacerda e Maftum, 2006). Um atendimento de qualidade pode e deve ser oferecido, baseado em relacionamentos de empatia, afetividade e sensibilidade, mas para tanto faz-se necessário todo um trabalho específico e extenso com os profissionais de saúde, para que também eles sintam-se entendidos e acolhidos (Nascimento e Erdmann, 2009).

Pinto (1996) enfatiza ainda que, especialmente no duro momento de revelação da morte ou de sua certeza, a competência para uma comunicação hábil e tecnicamente correta não são suficientes. Paralelamente ao discurso coerente, há a necessidade de se promover uma escuta eficaz e continente aos familiares. Para tanto é necessário que o profissional da saúde seja portador de uma empatia especial, que seja treinado a ver o que os olhos não mostram, a detectar os conflitos que envolvem a doença de seu

paciente e a mobilização emocional da família. Mas sobretudo, é preciso que disponha de habilidade para captar e compreender os sentimentos e as mensagens não-verbais dos internados.

2.4. EQUIPES INTERDISCIPLINARES EM UTI

O trabalho em equipe, segundo o Ministério da Saúde / Instituto Nacional do Câncer (1995), é uma filosofia baseada na união de todos os integrantes para um fim comum, que é a assistência global ao paciente. Um grupo constitui realmente uma equipe, quando há uma participação e envolvimento de todos com o trabalho, porque o conhecem bem, dominam suas tarefas, reconhecem sua posição e possuem motivação suficiente. Também é preciso que os integrantes reconheçam sua importância, valorizem sua tarefa e estejam conscientes de seu papel, sendo ouvidos e respeitados em suas opiniões.

O órgão acima citado enumera alguns fatores que contribuem para facilitar o trabalho em equipe: estabelecimento de objetivos comuns para todos os integrantes da equipe; existência de um programa com funções definidas e delimitadas para cada membro; estabelecimento de meios de comunicação efetivos entre os profissionais. O enfrentamento do problema em sua multicausalidade, a evitação de esforços duplicados, a coesão das atividades, a unificação de conceitos e técnicas entre os membros, a solidariedade e bom relacionamento entre os profissionais com ganhos para o paciente apresentam-se como vantagens do trabalho em equipe.

Betarello, Souza, Brasileiro e Nero (1992) enfatizam que a multiplicidade de fatores envolvidos no desenvolvimento de muitos transtornos psíquicos exige intervenções

combinadas, para a efetivação do tratamento. Nessas situações, a colaboração entre diversos profissionais faz-se necessária, de modo a promover, além do atendimento integral, o intercâmbio profissional.

A interdisciplinariedade é necessária, segundo Zannon (1993), devido à diversidade e complexidade das relações sociais com as quais nos defrontamos no dia-a-dia da assistência à criança hospitalizada. Refere o autor que, no decorrer de uma internação, significados bastante diferentes podem ser atribuídos às relações humanas que se estabelecem, podendo estas diferenças criar confrontos entre as categorias profissionais quanto à conduta a ser tomada. Nesse sentido, a participação do profissional da psicologia pode auxiliar e muito através da observação sistemática e posterior intervenção sobre os conflitos surgidas nas tarefas em UTI. É preciso, contudo, que o psicólogo não se atenha a uma visão unicausal da situação (como o fazem na maioria das vezes, os demais profissionais de saúde), para que não reproduza o modelo tão fortemente arraigado de atendimento unidimensional. O foco de atenção do psicólogo deve estar nas relações e não nos indivíduos ou na instituição apenas. Crianças, pais e equipe não devem ser vistos como unidades isoladas, embora, evidentemente, seja preciso levar em conta suas características pessoais. Durante a internação, todos fazem parte de um mesmo momento, e devem buscar um mesmo objetivo: o atendimento integral ao enfermo.

Diante de tais considerações, Zannon (1993) aponta que algumas das dificuldades que desafiam a psicologia na instituição de saúde “são exatamente essas de compreensão do equilíbrio de forças de controle do comportamento, e da combinação (modulação) do efeito das variáveis que compõem as relações humanas, particularmente em situação de crise” (p. 19). Estratégias podem ser desenvolvidas a partir da

identificação e exploração das situações interpessoais, dos pontos de convergência e divergência, dos recursos institucionais e comportamentais disponíveis à mudança.

A questão primordial para o atendimento integral ao paciente está na realização de um trabalho conjunto e no estabelecimento de um bom relacionamento interpessoal, com facilitação da exposição por parte dos profissionais às contingências das interações sociais.

2.5. A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA EM UTI PEDIÁTRICA

Mas, se para os profissionais de saúde, trabalhar em uma UTI Pediátrica é tão desgastante emocionalmente, como será para a criança a internação nesse setor?

Torres, Guedes, Torres e Ebert (1987) apontam o hospital como sendo, além de um lugar de cura, um local de separação, na medida em que a criança ao ser hospitalizada é extraída de seu meio familiar e lançada em uma instituição, em outro ambiente que obedece a regras próprias, diferentes das existentes em seu meio particular. Ao ser hospitalizada, ela é colocada em um ambiente imprevisível, ameaçador e invasivo e a separação da figura materna é sentida como irremediável. São diversas as conseqüências da hospitalização para a criança. Vivencia um estado de despersonalização proveniente de um duplo ataque à sua identidade: o proveniente das alterações em seu esquema corporal provocados pela doença em si e o que decorre do fato de ser tratada como um leito, uma doença, um objeto passivo em seu processo de recuperação. Sofre um afastamento de seu ambiente doméstico, onde vinha ocorrendo o desenvolvimento de seu repertório motor, social, emocional e intelectual (Guimarães, 1992).

Os pacientes em estado grave são tirados do convívio da família e internados nos hospitais, em nome de um atendimento médico mais eficaz e sofisticado. Visando reforçar essa eficiência, porém, a UTI separa ainda mais o doente de sua família, para desespero das crianças e de seus parentes. Morrer tornou-se um ato solitário e impessoal, no qual o calor humano foi substituído pelos avanços da tecnologia de ponta.

Ao longo da história do homem, a maneira de lidar com a morte foi se modificando. Anteriormente o morrer era um ato presenciado por todos, inclusive por crianças (Carvalho, 1996). “Havia a oportunidade de um contato com aquele que estava morrendo, como também do moribundo com os que estavam a sua volta. Era possível que fossem dadas as últimas determinações e expressos os últimos desejos. A morte não era um acontecimento estranho a ninguém, era parte integrante da vida” (p. 36). Atualmente, evita-se falar no assunto, procurando distanciar da consciência a idéia da própria finitude.

Diante de tal constatação, a humanização desse ato precisa ser urgentemente resgatada pelos profissionais, especialmente dentro da UTI Pediátrica, pois, segundo Chiattonne (in Angerami-Camon, 2004), “a impotência numa equipe de saúde não é um delito, mas a insensibilidade é inadmissível” (p. 135). Para tanto, como cita Israel (2008), é imprescindível que os integrantes da equipe de saúde recebam orientações específicas sobre como apreender sua própria percepção das vivências, já que esse representa um processo fundamental para o alcance de uma prática assistencial realmente humanizada.

Churchill (1997) enfatiza que é preciso, no atendimento ao paciente, atenção ao cumprimento da ética médica e das interpretações da bioética para se evitar danos ao paciente, durante seu atendimento. A bioética diz respeito a uma parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana e à saúde, e cujo objeto de estudo é a vida, e, inerente a esta, a morte. Volta-se em sua prática, basicamente para o

relacionamento entre os profissionais de saúde, os pacientes e as instituições (Segre, 1997). Compartilhando essa idéia, Khushf (1997) afirma que é necessário uma reconfiguração entre medicina e bioética, um redimensionamento da prática médica, que deve estar voltada antes de mais nada, para uma prática mais humana.

A hospitalização invariavelmente leva ao sofrimento emocional, com uma série de reações que podem persistir por semanas e até meses após a alta (Carvalho, Palma e Tobias, 2005). A internação da criança é, na maioria das vezes, uma experiência traumática em razão das agressões decorrentes do ambiente hostil, do contato com pessoas desconhecidas e procedimentos que causam dor e sofrimento. Se considerarmos que a doença em si já representa uma agressão, pode-se esperar que nessa fase a criança se mostre mais vulnerável às alterações e reações emocionais intensas (Gonçalves, Oliveira, Vênega, Kakehashi e Sugai, 1992).

No caso do ambiente hospitalar, a despersonalização do paciente é considerada como decorrente de uma dada cultura que se estabeleceu na história dessa instituição, como normas e regras de funcionamento rígidas, atenção seletiva por parte dos profissionais e “repertório comportamental deprimido, pouco assertivo e de retração aos usuários, nas interações com o meio assistencial” (Zannon, 1991, p. 121).

Não se pode desconsiderar a caracterização da UTI Pediátrica como um setor que atende não só a crianças em estado crítico, mas também às famílias dessas crianças, que, por melhor estruturadas e estáveis que sejam, nessas ocasiões adoecem junto. Os pais manifestam respostas de luta contra a ameaça de perda total (morte) e até perdas parciais (seqüelas ou incapacidades), e por isso, se apresentam como mais uma fonte de pressão para a equipe de saúde.

Carter e McGoldrick (1995) ressaltam que uma parte maior da intensidade emocional vivida pela família diante de doenças graves ou morte em crianças pode ser explicada pelo processo de projeção familiar, através do qual os filhos se tornam o foco emocional mais importante do núcleo familiar.

A ocorrência de uma doença grave em um filho determinando a perda do mundo habitual anteriormente vivido, impele os familiares a intensos sentimentos de solidão. O estudo das intensas reações da família de uma criança gravemente enferma ou em estado terminal comprovam que o enfrentamento da doença e a morte de uma criança representa uma das mais difíceis provações para os familiares, principalmente nos casos onde o padecimento do paciente se prolonga (Chiattonne, in Angerami-Camon, 2004).

Pais nessa situação vivenciam muito claramente a probabilidade de perda, desde a retirada da criança de casa e do convívio familiar, e manifestam o sentimento de que o filho possa não mais voltar, diante da gravidade de seu quadro clínico; por outro lado, sentem a necessidade de manter esperanças, para que consigam seguir em frente, ao lado da criança (Garcia, 2006).

A morte de uma criança pequena, ou mesmo a expectativa de morte tende a ser profundamente perturbadora para toda a família, podendo levar seus membros a um intenso questionamento do sentido da vida. Lidar com a morte de um filho, frustrando as expectativas geracionais, talvez seja a tarefa mais difícil para uma família, uma vez que ela reverte a ordem natural (Walsh e McGoldrick, 1998). O luto pela perda ou expectativa de perda de um filho é facilitado quando os pais podem participar dos cuidados com a criança doente antes de sua morte e quando possuem fortes crenças religiosas.

Patterson (1995) enfatiza que o estresse emerge nos familiares quando as demandas emocionais excedem a capacidade suportiva dos mesmos. Pode, entretanto,

ser controlado através da preparação e atendimento psicológico à família, que acaba por desenvolver uma resiliência à situação. A participação em atividades expressivas, verbais e atividades de relaxamento, entre outras, também possibilita um melhor controle da ansiedade e dos demais sintomas de estresse manifestos nos familiares (Souza, Araújo, Silva, Tonin e Silva, 2008 / Kovács, Esslinger, Vaiciunas e Souza, 2008).

Como forma de diminuir o sofrimento e integrar os pais ao processo de atendimento à criança hospitalizada, é sabido que os familiares necessitam de informações objetivas por parte dos médicos. Conforme Graef (in Graef, 1992), têm o direito ético e legal de serem informados quanto aos benefícios e riscos do tratamento e incluídos na tomada de decisões. O processo de comunicação equipe-família afeta decisivamente o processo interacional dos envolvidos, tendo repercussão direta na qualidade do trabalho dos profissionais e num maior ou menor sofrimento emocional da família (Nieweglowski e Moré, 2008)

Normalmente, os pais são os que melhor decidem por seus filhos, porém quando ocorrem conflitos de interesse entre propostas médicas e o desejo dos genitores, e quando esses conflitos não podem ser resolvidos entre os médicos, familiares, conselheiros e Comitês de Bioética, deve ser buscado auxílio do Juizado da Infância e da Juventude, como última instância. Quando a decisão dos pais traz mais riscos que benefícios à saúde da criança, deve-se optar pelos interesses do paciente, podendo as opiniões dos genitores serem questionadas. Nesses casos, eles perdem a legitimidade de decidir por seus filhos (Kipper, 1997). Refere o autor que, em tais situações, constantemente são trazidos à tona outros princípios bioéticos extremamente importantes, como a autonomia e a justiça. Lidar com essas questões é tarefa muito difícil para os médicos, pacientes, familiares e para a instituição como um todo, visto serem situações

que demandam reflexões, argumentações e respeito, ao contrário de “decisões autoritárias e prepotentes, algumas vezes tomadas exclusivamente pelo médico-assistente” (p. 73).

Tanto o paciente como seu responsável legal têm direito total a toda informação referente à saúde do doente, ao tratamento prescrito, às alternativas para o caso e aos riscos e contra-indicações implícitas. Do mesmo modo, é dado ao paciente e/ou seus familiares, como acontece com crianças internadas, o direito irrestrito de recusar determinado tipo de tratamento (Campos, 1995).

Nesse percurso, diante da doença dos filhos e dos conflitos provenientes à internação, os pais também vivenciam sentimentos de medo, culpa, ansiedade e depressão (Gus, 1991). Outra tentativa de minimização desses sentimentos, segundo Gonçalves et al. (1992), pode se dar através da inclusão da mãe, do pai ou de outra pessoa significativa emocionalmente à criança, durante sua internação, visto serem estas as mais indicadas para atendê-las em suas necessidades. A equipe de saúde, por mais preparada que esteja, dificilmente conseguirá atender a todos os aspectos da assistência integral à criança. Devidamente treinados e assistidos, os parentes podem auxiliar e muito na recuperação da criança e no sucesso do tratamento. A atuação da enfermagem, também treinada, deve ser no sentido de promover e fortalecer a interação dos pais com a criança, além de incentivar o contato profissional e estreitar a compreensão da mesma. “A enfermeira pode ser o membro catalisador na discussão e detecção das necessidades da criança e de sua família, de forma a amenizar o momento de crise que representa a doença”. (Catelli, Lacerda e Carvalho, 2001, p.59)

Debruyne (1996) enfatiza que a presença da mãe durante a internação permite à criança uma maior oportunidade e confiança na expressão de sentimentos,

contrariamente ao que ocorre nos modelos biomédicos tradicionais, que prevêm a não participação dos pais. As crianças necessitam de um cuidado especial por parte da equipe de saúde, pelo fato de que para estas, particularmente, a doença pode constituir uma alarmante e desagradável experiência e a hospitalização geralmente aparece como uma situação geradora de grande sofrimento emocional.

“Com o adoecimento a criança é intermediada em suas experiências por fatores alheios à trajetória natural de desenvolvimento, intensificando as reações de defesa e conseqüentemente a necessidade de uma maior presença e disponibilidade materna para reverter essa percepção” (Barros e cols., 2008, p. 169).

Graef (1992) alerta que, por esses motivos, deve-se tomar cuidado para respeitar o pudor, a integridade e a privacidade de cada criança: a não sinceridade é uma farsa que ela reconhece rapidamente, e decepcioná-la é um abuso de confiança. Zager (apud Guimarães, 1992), estudando as necessidades emocionais da criança hospitalizada, refere-se ao despreparo e resistência do corpo médico e de enfermagem para lidar com os fatores acima citados e considera que a experiência hospitalar pode ser uma oportunidade para se promover respostas positivas, facilitadoras do desenvolvimento psicológico e social da criança, ao invés de desencadear apenas as respostas típicas do “hospitalismo” (efeitos adversos do confronto com ambientes estranhos e cuidados substitutivos).

“A criança literalmente vivencia vários lutos e pequenas mortes diárias, principalmente no contexto de doença em que se apresenta. A morte é experienciada como separação: separação em relação aos pais, avós, ambiente de casa, brinquedos e partes do próprio corpo que são mexidas e transformadas sem que ela possa ter controle” (Barros e cols., 2008, p.174).

Considerando que mesmo hospitalizada, a criança deve ter preservados os seus direitos a brincar e a estimulação organizada, adequada e acessível para seu desenvolvimento saudável, faz-se necessário não apenas o desenvolvimento de tecnologia comportamental adequada à situação de atendimento hospitalar, mas também a inclusão efetiva do psicólogo na equipe de saúde (Guimarães, 1992). Carman (1997) considera a promoção do atendimento psicológico condição primordial para que o atendimento médico se efetive de maneira global.

Brincando, a criança manipula seu ambiente de forma a favorecer seu próprio bem-estar (Zannon, 1991). Segundo o autor, o envolvimento social do brincar “permite o uso do repertório adquirido em brincadeiras anteriores incluindo a aplicação de regras, repetição de movimentos e de situações, combinação de diferentes respostas já adquiridas e aprendizagem de respostas novas através das situações criadas” (p. 123). No entanto, a partir da própria conceituação do brincar, impedimentos à sua realização podem surgir: imobilidade da criança, ambiente restrito e inexpressivo e medo gerador de ansiedade, incompatíveis com o brincar.

Considerando todos esses fatores inerentes ao ambiente hospitalar, as condições de internação tornam-se uma variável de peso para a evolução natural do crescimento psicológico do paciente, a ser compreendida e trabalhada pelo profissional da psicologia. Se uma criança se sente descontraída e feliz, sua permanência no hospital não será somente muito mais fácil, mas também seu desenvolvimento e cura serão favorecidos (Lindquist, 1993).

3. PSICOLOGIA TRANSPESSOAL E TRANSCENDÊNCIA – UM OLHAR DIFERENTE SOBRE O SOFRIMENTO E A MORTE

3.1. PSICOLOGIA TRANSPESSOAL

Como uma nova abordagem em Psicologia, a Transpessoal, também denominada de Quarta Força, foi oficializada por Abraham Maslow, em 1968, emergindo em um momento de transição iniciado pela Psicologia Humanista e integrando uma nova etapa da ciência e do conhecimento humano. Sua evolução deu-se a partir dos estudos do próprio Maslow que considerava a Psicologia Humanista como transitória e uma preparação para a Psicologia Transpessoal.

Enquanto estudo empírico e científico dos diferentes níveis de consciência e suas relações com a maneira como concebemos a realidade, crenças, valores e ações, engloba aspectos do desenvolvimento psíquico já estabelecido pela Psicologia clássica, ampliando-os. Ultrapassa o individual e o pessoal incorporando aspectos da humanidade, da vida, da psique e do cosmo.

Para Weil (1999), a Psicologia Transpessoal constitui-se em um ramo da Psicologia especializada no estudo dos estados de consciência, que consistem na entrada numa dimensão fora do espaço-tempo tal como costuma ser percebida pelos nossos cinco sentidos. É uma ampliação da consciência comum com visão direta de uma realidade que se aproxima muito dos conceitos da física moderna, compreendendo aspectos da humanidade, da vida, da psique e do cosmo.

Constituída como um dos ramos do conhecimento humano e da própria Psicologia, a Transpessoal ao evidenciar o “*continuum*” psicobiofísico cósmico do ser humano, na

existência, dissolve as fronteiras da separatividade e possibilita o alcance de sua dimensão espiritual.

A partir de sua perspectiva e metodologia holística, configura-se enquanto ponto de encontro da arte, da filosofia, das religiões e da ciência e abrange questões emocionais, intuitivas e espirituais, reconhecendo no ser humano outras dimensões além da racional.. Refere-se à realidade como um todo complexo, sujeita à subjetividade do pesquisador, resgatando a possibilidade do ser humano construir seu próprio universo, para além dos dogmas e dos preconceitos.

Nesta perspectiva a comunicação é compreendida simultaneamente nos contextos: pessoal, interpessoal e/ou grupal e para além do pessoal favorecendo a reintegração dos canais de comunicação internos (razão, sensação, emoção, intuição – REIS).

Trabalha com a unidade, a complexidade da realidade e seus paradoxos. Considera a subjetividade enquanto forma de obtenção de conhecimentos e o princípio da incerteza enquanto caminho para avanço das teorias científicas e do conhecer. Integra os chamados três olhos do conhecimento: sensorial, introspectivo-racional e contemplativo (Wilber in Saldanha, 2008, p. 45).

Através da vivência da unidade possibilita a ampliação da consciência para além da cisão do enfermo e do saudável, do feminino e do masculino, do bem e do mal, do todo e das partes. Para além das polaridades busca a síntese - a unidade do humano de forma consciente e a unidade deste com o cosmo.

O estado transpessoal pode ser definido como o desaparecimento completo da dualidade. Quando o ser humano descobre que a sua própria natureza é a natureza do universo, o papel de observador tal como concebido anteriormente deixa de existir – “(...) nós e o universo não somos o que pensamos que somos” (Weil, 1995, p. 96).

A consciência despojada de todo o conceito dualista é envolvida por um sentimento de profunda afetividade e unidade entre o “eu” e o universo e a tridimensionalidade do tempo desaparece. A origem de todo o sofrimento constitui-se na crença da separatividade. O despertar desta ilusão provoca um desapego que leva ao amor, à harmonia, à serenidade.

Para a Psicologia Transpessoal, a vida é eterna, e a vida individual encontra-se inteiramente integrada ao cosmo. É pautada ininterruptamente por morte e renascimento. Sua característica básica é a dimensão atemporal.

Trabalha ainda com o que Maslow denominou de experiências culminantes, “momentos em que o ser se torna profundamente envolvido e absorvido no mundo, em uma perfeita integração ao universo interno e externo, ao pensamento, sentimento e ação, numa relação de harmonia, entrega, amor, união e comunhão universal” (Saldanha, 2007, p. 6).

Dois aspectos básicos destacam-se nos conteúdos propostos pela Psicologia Transpessoal: o estrutural e o dinâmico.

O Aspecto Estrutural:

O aspecto estrutural constitui-se por cinco elementos que configuram o corpo teórico da Psicologia Transpessoal: conceitos de unidade, vida, ego, consciência e cartografia da consciência.

a. Conceito de Unidade: pressupõe a unidade fundamental do Ser, a não fragmentação e em seu grau mais elevado constitui-se no estado transpessoal. Enquanto pressuposto básico é dele e para ele que convergem todos os recursos transpessoais.

Apresenta elementos em comum com as experiências culminantes. “É a possibilidade de estar em harmonia, em comunhão consigo e com o outro. Estar presente por inteiro em cada instante, no aqui e agora” (Saldanha, 2007, p. 10).

Refere-se à transcendência da dualidade e das polaridades. É a propriedade do que não pode ser dividido, é o todo, a plena luz (Weil, 1995). Todo o processo transpessoal volta-se para o resgate dessa unidade fundamental.

2. Conceito de Vida: compreende a dimensão atemporal. Tudo é energia e existência diversificada, sem definição exata de quando começou ou quando terminará. Vida é um pulsar contínuo compreendendo duas etapas básicas em seu processo de evolução: morte e renascimento (...), é consciência, é energia, infinita nas suas mais diferentes manifestações (Saldanha, 2007).

3. Conceito de Ego: pressupõe “(...) um construto mental, ilusório, que tem a tendência de solidificar a energia mental em uma barreira, a qual separa o espaço em duas partes: eu e o outro. É necessário para operacionalizar a vida no cotidiano...é responsável pelo processo secundário ou princípio da realidade. No entanto, a percepção do ego não representa a totalidade das experiências humanas; em algumas delas, essa instância psíquica precisa dissolver-se circunstancialmente, a fim de que o indivíduo se torne uno com tudo o que existe, sentindo seu Ser essencial, sua natureza de sabedoria e luz” (Saldanha, 2007, p. 13).

Vivemos a partir do que configuramos em nossas mentes. Nós criamos os efeitos da realidade o tempo todo. Não existe o “lá fora”, independente do que está acontecendo “dentro”.

A morte do ego em transpessoal corresponde a uma mudança do nível de consciência regida pelo princípio da transcendência, possibilitando um estado de despertar e a conexão com o nosso Ser essencial (Saldanha, 2007).

Divergente do conceito de ego, o eu, em transpessoal "(...) é uma consciência em evolução que pode se manifestar além dos elementos circunstanciais, biopsíquicos e sociais que caracterizam a personalidade, integrando níveis evolutivos superiores, elementos perenes, espirituais, universais e cósmicos, os quais constituem a individualidade, que é o Ser essencial, integral" (Assagioli in Saldanha, 2007, p.14).

4. Estados ou Níveis de Consciência: norteiam o processo através das diferentes dimensões da consciência, ampliam e favorecem a percepção de diferentes níveis de realidade. "Cada estado de consciência é um conjunto de eventos energéticos, do qual a percepção da realidade depende" (Saldanha, 2007, p. 16).

Dentre a diversidade de graduação existente nos estados de consciência, destacam-se aqueles que são demarcatórios: consciência de vigília, de sonho, de sono profundo, de devaneio, de despertar e de plena consciência.

O estado de consciência cósmica ou plena consciência possibilita, dentre outros, o fim do sofrimento psicológico, o despertar da verdadeira sabedoria, o desaparecimento da dimensão tempo-espaço, superação da dualidade, desaparecimento do medo da morte, descoberta do verdadeiro sentido da vida e do sagrado (Weil, 1999).

O trabalho com diferentes estados de consciência é fundamental para a abordagem transpessoal. É através da expansão da consciência de vigília, para além dos limites usuais da realidade cotidiana, que se pode acessar o supraconsciente e alcançar a origem e a solução para os conflitos existenciais.

Os estados de consciência constituem recursos diferenciados na prática psicoterapêutica transpessoal que os concebe como parte da natureza humana e facilitadores dos processos de aprendizagem.

5. Cartografia da Consciência: especifica a experiência vivenciada, indicando e nomeando o que foi vivenciado para uma melhor compreensão em relação às etapas que estão sendo percorridas e reveladas pelo inconsciente.

De uma maneira geral, podemos destacar três níveis ou dimensões da mente: o nível que vai do nascimento até o momento atual da existência do indivíduo e que se refere a conteúdos autobiográficos; o nível que compreende as vivências intra-uterinas e o nascimento e o nível que antecede o nível intra-uterino e perpassa a existência biológica.

O Aspecto Estrutural:

O aspecto dinâmico compreende os eixos experiencial e evolutivo, que possibilitam a dinâmica e a inter-relação em distintos níveis entre os elementos que compõem o corpo teórico da Transpessoal.

1. O Eixo Experiencial: simboliza uma integração entre Razão, Emoção, Intuição e Sensação (REIS), e é representado por uma linha horizontal sobre outra linha vertical que se cruzam ao meio.

Saldanha (2007), fundamentada em Jung, destaca que: “O pensamento permite chegar ao conceito 'o que é', o sentimento informa 'o seu valor', a sensação estabelece 'o que está presente', incluindo toda experiência dos cinco sentidos, e a intuição 'aponta possibilidades' de onde vêm e para onde vão. Um desenvolvimento psíquico saudável favoreceria, ao longo da vida do indivíduo, a emergência de todas as funções de forma

equilibrada e integrada tanto sob o aspecto subjetivo (introversão) quanto na relação com o mundo externo (extroversão), processo denominado por ele como individuação” (p.23).

O estímulo ao eixo experiencial possibilita o emergir de aspectos mais profundos do inconsciente, integrando-os à consciência de vigília. Propicia que se estabeleça o contexto adequado para a integração corpo, mente, espírito, a conexão eu-outro-natureza, a liberação da criatividade e a ampliação da percepção.

É a saída do torpor, do estado de automatismo. O indivíduo desenvolve gradualmente um nível de reflexão, consciência e percepção mais ampla de sua própria existência, integrando o que pode ser vivenciado e experienciado. Equivale a despertar um observador de si próprio.

Ocorre a percepção da essência, a desidentificação de partes, emoções, mente, papéis, corpo. Promove ainda a expansão do campo da consciência. O indivíduo mantém a atenção sustentada e direciona, conscientemente, seus pensamentos e motivações (Saldanha, 2007).

As cisões entre a razão, emoção, intuição e sensação nos levam a diálogos internos que impedem a percepção da própria unidade e a relativização do ego. Quando ocorre esta fragmentação interna ficamos impedidos de viver a nossa totalidade e aspectos do ego e da auto-imagem são fortalecidos dando sustentação às distorções perceptivas dentro de nós mesmos, do nosso eu e do outro (Saldanha, 2007).

Impedidos de efetuarmos a nossa própria escuta e acolhermos a inteireza do nosso ser não podemos ouvir o outro. O pleno sentido da vida só pode ser recuperado através de uma integração nos diferentes canais (REIS) de nossa comunicação interna, integração esta possível de ser acessada através dos diferentes estados de consciência.

a) Razão – R: “(...) representa ambas as funções: o sentimento e o pensamento, indicando um elemento de julgamento seja de idéias, conceito ou atribuição de valor. O indivíduo apreende a realidade interna ou externa através de um juízo conceitual por meio da função pensamento (...) e/ou de juízo de valor na função sentimento (...). São aspectos importantes da personalidade que tentam compreender e organizar o universo através da reflexão” (Saldanha, 2007, p. 23).

Jung (1978) destaca que a razão é necessária à consciência para que esta possa encontrar a ordem no caos do universo.

b) Emoção – E: “Tem o mesmo significado que o afeto, diferenciando-se do sentimento, o qual é uma função valorativa que não apresenta manifestações físicas ou fisiológicas tangíveis, sendo um meio consciente de discriminar valores” (Saldanha, 2007, p. 24). Para Jung (1978) a emoção é um acontecimento e um complexo ativado pelo qual somos simplesmente possuídos.

As emoções tidas como positivas para a auto-atualização, revestem-se de relevante importância no trabalho transpessoal. Ampliam ou limitam o domínio da reflexão e da ação educativa (Rodrigues, 2004).

A emoção que amplia e estabiliza a nossa convivência é o amor. Fundamento do social, “o amor é a emoção que constitui o domínio de condutas em que se dá a operacionalidade da aceitação do outro como legítimo outro na convivência” (Maturana, 1999, pág.23).

c) Intuição – S: constitui-se em uma das atividades supraconscientes transpessoais através da qual “o conteúdo apresenta-se enquanto um todo completo em si mesmo, sem que sejamos capazes de explicar ou de descobrir como se sucedeu tal coisa...” (Assagioli, 1993, p.77).

Conscientemente apresenta-se de duas formas: como a abertura de um olho interno que possibilita a percepção de uma realidade que a visão normal não consegue captar, ou como um relâmpago, um raio de luz que perpassa o núcleo da consciência favorecendo a compreensão imediata de um determinado aspecto ou manifestação da realidade (Assagioli, 1993).

Deriva da experiência interior e primordial da totalidade e direciona-se para ao futuro, possibilita a percepção do objeto em sua totalidade e se diferencia da consciência mental ordinária, que é analítica. Para além das qualidades do objeto, capta sua essência. Distingue-se da imaginação, idéia pré-concebida, associação e projeção pessoal. A escuta intuitiva favorece a individualidade, a ultrapassagem do ego e a aproximação da totalidade.

d) Sensação – S: é “a função dos sentidos (...), apreende a realidade concreta de objetos e pessoas por meio dos nossos cinco sentidos (...), através de suas percepções, o corpo resgata, de alguma forma, toda nossa história, trazendo em si aspectos não só ontogenéticos, mas filogenéticos da consciência coletiva, até a vivência da unidade. Quando se atenta à dimensão física, psicológica e espiritual, amplia-se a consciência, por meio das experiências corporais, do resgate da unidade, do corpo-espírito conclamado por Maslow” (Saldanha, 2007, p. 26-27).

“As sensações, em todas as suas manifestações corporais, tornam o corpo território do Sagrado, e possibilitam a corporificação da transcendência (...), sem corpo não há expressão da alma e sem esta o corpo biológico também não tem animação, perdendo sua humanidade” (Saldanha, 2007, p. 27).

2. O Eixo Evolutivo: dimensão do supraconsciente, favorece a percepção da realidade em um nível mais sutil, através e para além do pessoal. Em plena interação com o aqui e o agora intensifica o processo psíquico já em desenvolvimento e possibilita uma coerência entre o pensar, sentir, intuir e fazer. Constitui-se na dimensão transpessoal que possibilita a percepção da totalidade ao mesmo tempo em que desenvolve a unidade e a especificidade.

É através da dinâmica que se estabelece entre os níveis da personalidade e da individualidade que a transmutação pode ocorrer, levando a instâncias superiores de individualidade.

3.2. O SOFRIMENTO E A MORTE

Tradicionalmente a morte designa o fim absoluto do que é tido como positivo.

Sob o enfoque psicológico, constitui uma das duas etapas básicas do processo de evolução da vida, em conjunto com o renascimento. Nesta perspectiva o processo de evolução do ser humano desenvolve-se através de sucessivas mortes e renascimentos, ciclo este que se inicia com a própria morte da vida intra-uterina.

No sentido esotérico representa o acesso a uma nova vida e a mudança profunda pela qual passa todo aquele que se encontra sob o efeito da iniciação.

Enquanto símbolo, corresponde ao aspecto perecível e destrutível da existência bem como à evolução e à introdução. Ao desmaterializar forças tidas como negativas e regressivas liberta as de ascensão do próprio espírito. Tal perspectiva, no entanto, não impede que o mistério da morte gere angústia diante do desconhecido e da possibilidade de mudanças para uma forma de existência inexplorada.

Morremos inúmeras vezes e cada uma dessas mortes representa uma etapa na transição e aperfeiçoamento de valores e atitudes necessários a esse processo evolutivo. “A morte nos lembra que é preciso ir ainda mais longe e que ela é a própria condição para o progresso e para a vida” (Chevalier, 1989, p. 623).

Numa perspectiva histórica e sócio-cultural, a dor e a morte, no âmbito das terapias da saúde, têm sido restringidas a um problema técnico. O sofrimento perde seu significado íntimo e pessoal e as pessoas perdem a capacidade de enfrentamento da dor, que é despojada de sua dimensão existencial subjetiva. “Vivemos em uma sociedade em que o sofrer não tem sentido e, por isso, tornamo-nos incapazes de encontrar algum sentido em uma vida marcada pelo sofrimento” (Léo Pessini, in Angerami-Camon, 2004, p. 65).

“A dor pode ser definida como uma perturbação, uma sensação no corpo. O sofrimento, por outro lado, é um conceito mais abrangente e complexo, atinge toda a pessoa. Pode ser definido, no caso de doença, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do eu. Pode existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor. Em cada caso, só nós podemos senti-lo, bem como aliviá-lo. A dor exige medicamento e analgésico; o sofrimento clama por sentido” (Léo Pessini, in Angerami-Camon, 2004, p. 66).

Weil (1995) considera que “(...) não pode haver morte absoluta, (...) toda morte é uma transformação de energia que forma diferentes sistemas percebidos como perecíveis (...), morrer consiste em uma mudança do estado de consciência de vigília para um estado de consciência de sonho, de sono profundo ou de consciência cósmica, segundo o grau de desapego e descondicionamento alcançado na última existência” (p. 205-207).

Sob o enfoque Transpessoal a morte corresponde “(...) a transição, (...) a passagem de uma forma para tomar outra forma, acrescentando elementos de maior alcance na escala universal e mantendo a essência indivisível do elemento anterior que consiste na vida em si própria” (Saldanha, 2007, p. 12).

Tudo é vida, num “*continuum*” no qual nascer, morrer e renascer integra um único processo de transformação. A vida individual encontra-se integrada à vida cósmica com a qual forma um todo indivisível e a evolução e o conhecimento adquirido durante a existência prevalece após a morte física.

Indo para além da dualidade espaço interior/espaço exterior podemos vivenciar esse “*continuum*” psicobiofísico e cósmico de nossa existência e perceber que o ego não possui existência independente. A idéia de um eu separado é ilusória, destituída de realidade.

Nesta perspectiva Francisco Varela (in Capra. 1996) conclui que “nosso impulso para nos agarrarmos a uma terra interior é a essência do ego-eu e é a fonte de contínua frustração(...). Esse agarrar-se a uma terra interior é, ele mesmo, um momento num padrão maior do agarrar que inclui nosso apego a uma terra exterior na forma de um mundo pré-dado e independente. Em outras palavras, nosso agarrar-se a uma terra, seja ela interior ou exterior, é a fonte profunda de frustração e ansiedade” (p. 230). Desse condicionamento egocêntrico, desta possessividade emergem os medos da perda, do fracasso, do não reencontro e outras emoções e sentimentos de frustração como a raiva, o ódio, o ciúme, a tristeza, a depressão.

A ilusão da separatividade e conseqüentemente o sofrimento gerado promovem as doenças físicas e mentais. Ao alargarmos o nosso campo de percepção e atingirmos estados ampliados da consciência, ou seja, ao vivenciarmos experiências em consciência

cósmica, a tridimensionalidade do tempo desaparece e nos percebemos eternos e unos com o cosmo e, mesmo diante da transitoriedade da existência física, o medo da morte pode deixar de existir. O tempo não se divide em passado, presente e futuro as seqüências de ação ocorrem num eterno aqui e agora.

“O princípio de conservação ou de sobrevivência é apenas uma outra forma de procura da felicidade; mais existência significa mais felicidade, para todos os que ignoram o que se passa depois da morte, por não terem vivido na consciência cósmica” (Weil. 1995, p.62).

3.3. ESPIRITUALIDADE E TRANSCENDÊNCIA

Estudos atuais demonstram a importância da interface entre espiritualidade e Psicologia e consideram a espiritualidade como parte essencial da personalidade e da saúde, parte de toda a dimensão pessoal da experiência, do equilíbrio e da harmonia do ser humano.

Mongano et al. (2008) destacam que a Organização Mundial da Saúde, incluiu em seu instrumento de qualidade de vida o domínio religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, evidencia estudos e metanálises que associam envolvimento religioso e espiritualidade com saúde física, mental, melhores índices de saúde, maior longevidade, habilidades de manejo e qualidade de vida.

A diversidade de conceitos acerca da espiritualidade, no entanto, apresenta uma dificuldade a ser ultrapassada para que a espiritualidade, enquanto busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e do relacionamento com o sagrado e/ou transcendente, possa efetivamente ser otimizada.

A Psicologia Transpessoal, considera a espiritualidade como processo fundamental para a vida humana, ultrapassando as dificuldades encontradas pela Psicologia mais tradicional que coloca a espiritualidade fora da sua esfera de investigação e conhecimento. Tal ultrapassagem amplia a possibilidade do resgate da proposta inicial da Psicologia - estudar e compreender o espírito.

Na abordagem transpessoal espiritualidade e religião se diferenciam. A religião é considerada enquanto prática institucionalizada, dogmática e pública, enquanto que "(...) a espiritualidade não se atém a dogmas; integra o organismo ao meio; o racional, o emocional e o social com a clareza de que não estão separados, gerando altruísmo, cuidado ético consigo e com o outro como decorrência natural" (Marques, 2000).

A Psicologia Transpessoal considera tanto os aspectos da personalidade, como os da individualidade, os quais abrangem a espiritualidade e referem-se a todos os estados de expansão da consciência e atividades humanas que têm em comuns valores éticos, superiores, estéticos e altruístas (Assagioli, 1993).

Ao abordar a espiritualidade promove benefícios significativos no tratamento da desesperança e do desespero, potencializando capacidades e desenvolvendo modelos colaborativos e relacionais, fundamentados na mobilização da esperança, das inteligências intrínsecas e do otimismo.

A espiritualidade, na perspectiva transpessoal, reporta o cuidar na área de saúde, à sua dimensão holística, que compreende, dentre outros, ao amor, a caridade, as sensibilidade do feminino e a estética.

Possibilita ainda o trabalho com a subjetividade favorecendo a ampliação da compreensão dos eventos como o sofrimento e a morte e o desenvolvimento de estados

emocionais mais favoráveis para superação das dificuldades e do sofrimento no âmbito psicológico, condição essencial durante o processo de internação hospitalar.

“Deus que fora banido da prática clínica já havia algum tempo, passa a ser valorizado. Isso, em grande parte, acontece devido ao aumento da crença dos médicos de que o que ocorre na mente da pessoa pode ser tão importante para a saúde como o que ocorre em nível celular. Fazem investimentos científicos para ‘descobrir a natureza de Deus’ e a importância da espiritualidade (...), buscam caminhos éticos e meios efetivos de como combinar as crenças espirituais de seus pacientes e as suas com tratamentos de alta tecnologia” (Léo Pessini, in Angerami – Camon, 2004, p. 48).

Para Maslow (1994), a vida espiritual constitui-se no aspecto mais elevado de nossa existência, intrínseca à essência do ser humano, uma característica definidora de sua natureza, inerente ao verdadeiro eu.

O princípio da transcendência, intimamente correlacionado com a espiritualidade “(...) indica um impulso em direção do despertar espiritual por meio da própria humanidade do ser, da pulsão de vida, morte e para além delas” (Saldanha, 2008, p. 145).

A espiritualidade compreende a necessidade de transcendência quando encontramos um sentido evolutivo e um propósito significativo para a vida. Quando “(...) a pulsão de transcendência encontra espaço na expressão da psique (...), afloram as metanecessidades, (...) nas quais há valores positivos naturalmente éticos, como a solidariedade, beleza, êxtase e a própria espiritualidade presentes como aspectos inclusivos do desenvolvimento humano... correlaciona-se à expressão saudável do indivíduo, a qual abrange a síntese da razão, emoção, intuição, sensação e os valores do Ser (...)” (Saldanha, 2008, p.146-147).

A transcendência apresenta, portanto, uma potencialidade significativa para superação das dificuldades e eventos traumáticos. Possibilita amparo e autoconfiança para lidar com a dor psicológica e ultrapassar as adversidades vivenciadas no contexto hospitalar.

Enquanto possibilidade de recurso benéfico para se lidar com traumas psicológicos e situações em que as pessoas se vêem diante dos próprios limites e vulnerabilidades, reduz a perda do controle e o desamparo advindo de tais vivências.

Saldanha (2008) destaca que a Abordagem Integrativa Transpessoal, no que se refere ao desenvolvimento humano, considera o processo primário regido pelo princípio do prazer, correlato a pulsão de vida e morte; o processo secundário regido pelo princípio da realidade e referente à estruturação do ego, e o processo terciário, regido pelo princípio da transcendência, aspecto relevante na promoção da saúde individual e coletiva, passível de estimulação, desenvolvimento ou bloqueio.

O princípio da transcendência favorece movimentos em direção à unidade, à saúde, valores e processos criativos superiores. Sua característica de síntese e diferencial significativo na abordagem transpessoal, integra todos os processos anteriores.

Permite a minimização do sofrimento e favorece o encontro de um significado e uma finalidade para as experiências. Influencia favoravelmente a qualidade de vida, possibilitando a diminuição da gravidade de sintomas correlacionados à ansiedade, depressão, insegurança, compulsão, fobia, paranóia e somatizações, que se manifestam com significativa frequência no ambiente hospitalar.

“Esta pulsão é uma força que, quando não é impedida, se expressa naturalmente, é saudável, benéfica para o indivíduo e seu ambiente, é esclarecedora, promove o

autoconhecimento em sua concepção mais ampla. É a informação subjacente à semente, aquela que sabe que é a futura árvore e conhece o caminho para concretizar as condições que a favorecem” (Saldanha, 2008, p. 151).

“Na pulsão de transcendência há aspectos além de uma função; indica a força espiritual, uma direção evolutiva inerente ao processo de desenvolvimento humano, que segue o seu curso, flui através do Ser no relacionamento interno e externo e para além deste, é algo superior, sagrado, que transcende o que costumamos considerar como nós mesmos, é um caminho além do ego” (Saldanha, 2008, p. 150).

A pulsão de transcendência oferece novas possibilidades e diferentes perspectivas no que se refere ao desenvolvimento do ser humano ao integrar aspectos supraconscientes e destacar-se como um diferencial apresentado explicitamente pela Abordagem Integrativa Transpessoal. Constitui-se, no entanto, enquanto força que necessita ser estimulada por não se encontrar ainda plenamente evoluída no atual estágio do desenvolvimento humano (Saldanha, 2008).

3.4. A ARTE DE MORRER

De acordo com Leloup (2005), no “tempo de morrer” encontra-se um tempo particular: o tempo da agonia, uma fase de provações que coloca em questão os diferentes elementos de nosso composto humano, de nossa fé, de nossa esperança e de nosso apego. O texto do *Ars moriendi*, ou “Arte de Morrer”, livro cristão em latim, datado do século XV (1492), assinala várias provas que têm de ser cumpridas no preparo para a morte. Tal como as etapas do processo de morrer descritas por Kübler-Ross não se seguem necessariamente umas às outras, assim também as provações do *Ars moriendi* também podem ser enfrentadas numa ordem diversa da descrita.

A primeira prova diz respeito à dúvida, que coloca em questão todo o labor de nossa existência, todo o amor que porventura tenhamos dado. É uma noite profunda do espírito, do coração e do corpo que se fecham e não desejam ouvir mais nada. “Nada disso tem sentido (...), não há mais nada (...), sou apenas um ser mortal (...), de que servi toda a vida?”.

A segunda prova é sobre o desespero. Nesse momento, já não é somente a dúvida que assola o doente, e sim a crença de estar condenado, de não haver saída, e até mesmo um julgar-se abandonado por Deus. “Não tenho qualquer expectativa, mas não estou sem esperança”.

Segue-se a prova do apego. É a tentativa de todo o corpo de ficar agarrado a esse sopro, a essa vida que está dentro dele, desejando conservá-la. Sucedem-se momentos de apego a toda espécie de pequenas coisas, de retração, confinamento e avareza. “São meus bens, meu dinheiro, (...) as festas, (...) o ter, (...)”.

E então chega a quarta prova: a impaciência e a cólera. O doente fica irritado com a equipe médica, com as enfermeiras e até mesmo com aquela ou aquele que gentilmente vem escutá-la. Sucedem-se verdadeiros ataques de cólera, verdadeiras tempestades. “Isso não serve de nada (...), estou farto disso (...), saia daqui (...)”.

A quinta prova é a do orgulho. Depois de lutar bravamente e tanto, o doente pensa que já não há nada a temer, julga-se de tal modo forte que, no limite, crê nem sequer ter a necessidade de Deus. “Já não preciso de ninguém (...), reparem como estou morrendo em paz (...), reparem como um homem deve morrer (...)”.

E finalmente chega a sexta e última etapa, a do abandono, da paz. Após todas as denegações, recusas e violências, o doente torna-se capaz de dizer sim ao que é, sim ao

nosso ser mortal e sim ao nosso ser “não-somente-mortal”. É o momento da humildade.

“Em Tuas mãos entrego meu espírito (...), entrego meu sopro em Teu sopro(...)”.

II. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL:

1.1. Compreender as vivências emocionais dos membros de equipes interdisciplinares de saúde trabalhando em UTI Pediátrica, bem como de familiares e pacientes, sob o olhar da Psicologia Transpessoal, de forma a contribuir para o desenvolvimento teórico da área de Psicologia Hospitalar.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1. Descrever as relações interpessoais com os pacientes, familiares e inter-equipe, da forma como são vivenciadas por seus participantes..

2.2. Oferecer uma leitura transpessoal sobre a vivência de sofrimento e morte em UTI Pediátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além das percepções ou pontos de vista sobre o tema, este estudo teórico possibilitou a compreensão de que o trabalho em UTI Pediátrica, no que diz respeito à equipe profissional, envolve expressões autênticas de experiências emocionais marcadas por intenso desgaste, momentos de profunda solidão e insatisfatória atuação em equipe, mas que se apresenta, paradoxalmente, pródiga em possibilidades de crescimento profissional e amadurecimento enquanto seres humanos.

Estudos feitos nesta área comumente estão direcionados para aspectos negativos do trabalho, em especial para o estresse, o desgaste e o despreparo profissional. Levantamentos comparativos realizados por van Servellen e Leake (1993) quanto à influência do *burn-out* (desgaste) em enfermeiras trabalhando em diversos setores hospitalares, apontam para um nível de desgaste presente naquelas que trabalham em UTIs em grau muito mais elevado, se comparados a equipes de outras enfermarias.

Candeias (1992) em seu estudo sobre estresse em atendentes de enfermagem relata o impacto da desumanização e mecanização presentes no trabalho em hospitais, citando-as como agentes de desgaste físico e mental, fato confirmado também neste estudo. Comprometimentos como queda de eficiência, ausências repetidas, sobrecarga voluntária de trabalho, insegurança nas decisões, irritabilidade e uso abusivo de drogas, álcool e cigarros, insônia, doenças e comprometimento das relações humanas entre outros, decorrentes desses fatores, embora não citados diretamente pelos entrevistados, podem perfeitamente fazer parte de suas vivências. Fragilizados por estas condições, inúmeros obstáculos acabam por se estabelecer no relacionamento interpessoal e na resolução de problemas inerentes ao setor.

Grande parte desses estudos, contudo, ainda prioriza aspectos quantitativos, sendo encontradas com muita frequência, pesquisas de levantamento de dados realizadas por meio de questionários fechados ou instrumentos padronizados de aferição e medida. A maioria têm como objetivo identificar as principais situações estressoras no trabalho em UTI e discutir suas causas, calcular o nível de estresse dos profissionais ou saber como o desgaste influencia em seu cotidiano.

Poucas pesquisas objetivando a essência das vivências emocionais foram encontradas, já que a maioria delas fundamenta-se em levantamentos numéricos. Dados espontâneos a partir da vivência dos indivíduos ainda são pouco presentes, bem como propostas para o manejo do sofrimento emocional, que conduzam à uma maior consciência do ser humano integral.

De modo geral, observa-se com o presente estudo que as vivências emocionais dos envolvidos, sejam eles profissionais, familiares ou pacientes, apesar de particulares e heterogêneas, em certa medida têm muito em comum quanto ao sentimento de despreparo para lidar com a morte e ao desgaste emocional experienciado quotidianamente.

Apesar de ser um local que exige muito dos que ali trabalham, a UTI Pediátrica é, sem dúvida nenhuma, um setor que também promove muitos ganhos quanto ao desenvolvimento de competência técnica, e onde revelaram-se importantes elementos positivos: um grande crescimento profissional e pessoal num ambiente que propicia aprendizagem, a despeito de não a facilitar, já que as condições de trabalho são adversas.

Percebe-se que as funções acabam sendo, muitas vezes, desenvolvidas isoladamente pelos profissionais da equipe, isto é, a despeito de comporem um grupo de

trabalho, muitos ainda atuam de maneira quase que independente, buscando desempenhar-se da melhor maneira possível. Se por um lado isto sugere a não existência do trabalho interdisciplinar, por outro, traz ganhos importantes quanto ao desenvolvimento de autonomia e amadurecimento, promovendo sentimentos positivos nestas pessoas quanto à competência pessoal, o que é altamente motivador.

Silva Filho (1996), refletindo sobre a prática clínica em instituições hospitalares, mostra que o afastamento físico e afetivo do profissional da saúde em relação aos pacientes é uma estratégia freqüentemente utilizada para lidarem com sentimentos de incompetência e frustração, de modo a defender e conservar o equilíbrio emocional.

A tarefa destes profissionais não é nem um pouco fácil, como aponta a análise de alguns depoimentos realizada por Boemer et al. (1991) sobre a idéia de morte em UTIs, já que envolve manter o paciente vivo a qualquer custo e ao mesmo tempo, ajudá-lo a morrer dignamente. As situações de vida e morte geram conflitos muitas vezes insolúveis, carregados de emoções não totalmente compreendidas.

O isolamento afetivo aparece como a consequência mais direta desse modo de funcionamento. A individualização de tarefas surge como decorrência da agitação quotidiana, geradora da falta de apoio existente entre os profissionais, o que por sua vez conduz cada vez mais às atitudes isoladas, parecendo se estabelecer, nesse contexto e a partir da angústia sentida, um círculo vicioso.

Em alguns estudos pôde-se identificar que a vivência de conflitos no que diz respeito a falta de apoio sentida pelos profissionais restringe-se a algumas queixas quanto a tais condições. Embora identifiquem essa necessidade, acabam por valorizar a autonomia que possuem, submetendo-se à situação, o que deixa margem para que se conclua que a chamada “liberdade de ação” tem um preço afetivo muito elevado. Como

pesquisado por Kovács (2008) em estudos sobre profissionais de saúde diante da morte, o custo emocional desse processo é extremamente penoso e danoso para os membros da equipe.

O comportamento individualizado parece garantir segurança para que não haja comparações entre os integrantes do grupo, e portanto, para que estes não sejam avaliados. Na verdade, a presença da competição em UTI, citada por Candeias (1992) e considerada por ele como uma das fontes de estresse muitas vezes ainda aparece de maneira camuflada. À medida em que não se expõem, os profissionais protegem-se de serem caracterizados quanto a seu nível de preparo psicológico para lidar com situações de crise, outro dificultador para pesquisas na área.

A consequência direta deste comportamento é a negação da necessidade de receber apoio afetivo, promovendo alta periculosidade em termos emocionais para todos os envolvidos. Autores como Granger, George e Shelly (1995) estudaram o manejo de comportamentos em UTIs, e a inexistência de apoio psicológico regular à equipe é citada como causadora e mantenedora de grande parte das dificuldades encontradas no setor.

Outra consequência desastrosa que advém do trabalho sendo realizado de forma individualizada é a não existência na prática, de um serviço interdisciplinar verdadeiro. O Ministério da Saúde / Instituto Nacional do Câncer (1995) aponta como facilitadores ao trabalho em equipe o enfrentamento dos problemas em sua multicausalidade, a evitação de esforços duplicados, a coesão de atividades, a unificação de conceitos e técnicas entre os membros, a solidariedade e o bom relacionamento entre os profissionais.

Se partirmos dos dados que emergem de pesquisas sobre o assunto, que ainda apontam a presença de condutas isoladas, a ausência de reconhecimento externo, constante insegurança, despreparo emocional, falta de um clima solidário e de uma rede

de apoio mútuo, torna-se compreensível avaliar quantos e quão poderosos são os obstáculos à implantação de um trabalho interdisciplinar em UTI Pediátrica, e quão necessária se faz uma nova leitura sobre a psicologia no apoio a um melhor entendimento do sofrimento e a morte.

Todo esse modo defensivo de agir, de evitar que os membros da equipe entrem em contato com suas emoções e as expressem, tem uma grande repercussão sobre a qualidade de relacionamento que estabelecem com os pacientes e suas famílias. Aqueles que conseguem libertar-se desse funcionamento, ao menos parcialmente, desenvolvem um vínculo muito mais produtivo com o doente, proporcionando-lhes uma relação de ajuda e obtendo em troca, maior nível de satisfação pessoal. Até mesmo as questões referentes a má condição salarial, quando advindas de um profissional que sente-se gratificado com sua atuação, parecem minimizadas.

Outro ponto a ser considerado diz respeito ao fato de que muitas instituições hospitalares ainda negam ao setor de UTI Pediátrica o *status* de alta complexidade quanto aos aspectos psicológicos, não compreendendo a necessidade de estender o apoio terapêutico a seus funcionários. Mesmo sendo consenso o fato de que este é um lugar de vida e não de morte, já que para a UTI seguem apenas casos que apresentam chances de sobrevivência, não há como negar que é também neste local que os óbitos acontecem com maior frequência.

A tarefa de assegurar ao paciente uma morte menos sofrida e de prepará-lo, juntamente com seus familiares, para este momento, encontra sérios obstáculos à sua realização, como afirmam Pinto (1996) e Aitken (1996) em estudos sobre pacientes terminais. A equipe de saúde ressenete-se da falta de apoio psicológico, principalmente no que se refere a instrumentalizá-la para atuar em situações de crise e a oferecer suporte

emocional para quando necessitarem, já que lidar com a morte, mantendo-se centrado no paciente por 24 horas é tarefa muito desgastante.

O Ministério da Saúde / Instituto Nacional do Câncer (1995) afirma através de levantamentos feitos com equipes de enfermagem, ser um consenso o fato destas considerarem que as instituições hospitalares não se preocupam com a preservação e manutenção da saúde mental de seus funcionários.

Nem todos agüentam trabalhar em um setor como a UTI Pediátrica, e os que ali permanecem, se dispusessem de boas condições, certamente poderiam render muito mais do que atualmente, e o desenvolvimento de suas funções certamente seria muito mais gratificante. Além da situação complexa das vivências nesse ambiente, somam-se os problemas administrativos, o que contribui sobremaneira para o aumento do descontentamento e do desgaste físico e emocional dos profissionais. Uma atenção adequada poderia promover um aumento da eficiência em UTI, tanto no que se refere a aspectos técnicos quanto à qualidade dos relacionamentos estabelecidos, com ganhos para a equipe e para os pacientes internados.

A atenção e concentração exigidas na atuação durante todo o plantão, a vigilância constante quanto ao tempo dos procedimentos e o empenho absoluto e total ao paciente são características das diversas UTIs estudadas e parecem ser pontos fundamentais a serem mantidos de forma a garantir seu objetivo prioritário: resgatar a saúde da criança internada. Este dado confirma o levantamento feito por Piva, (1992) sobre o direcionamento de funções em UTI para o salvamento de vidas; ou como também identificam Boemer, Rossi e Nastari (1991) através de depoimentos sobre a idéia de morte em UTIs, elas servem para impedir que o óbito ocorra. Este objetivo maior e

prioritário mostra-se muito bem assimilado pelos membros da equipe de saúde e exerce grande influência sobre o modo como se comportam durante o plantão.

A frustração sentida por este grupo especial de trabalho frente às perdas de pacientes aponta para uma vivência muito intensa de sentimentos de impotência. Até mesmo os que entendem poder aprender muito com os óbitos, não negam que esta seja uma situação complexa, onde valores sobre a própria existência são postos em jogo. Além disso, como nos lembra Mendes e Linhares (1996) em seus estudos sobre a prática da enfermagem com pacientes de UTI, a situação de perda evidencia as limitações dos esforços humanos para controlar a natureza, promovendo questionamentos quanto às crenças sobre auto-suficiência. Entrar em contato com o sofrimento que acompanha as crianças internadas gera conflitos internos, em maior ou menor grau.

Sentimentos de desamparo, frustração e impotência perante a perda de um paciente, por si já abala por demais a equipe. A impossibilidade de expressão da angústia vivida, seja devido a características pessoais ou a crença de que deve-se demonstrar força e equilíbrio sobrecarrega-os ainda mais. O desgaste físico e emocional resultante dessa vivência acaba por comprometer a qualidade da conduta, favorecendo um distanciamento dos profissionais em relação aos pacientes, de modo a se protegerem afetivamente. Braxton (1995), estudando as implicações de treinamento para o desenvolvimento do *staff* também chegou a estas conclusões. Os treinamentos oferecidos, quando existem, não propiciam um preparo efetivo do grupo para lidar com situações de crise, além de se dar de forma circunstancial: poucos locais disponibilizam um apoio regular e constante para a equipe.

Em sua grande maioria, profissionais de saúde apresentam dificuldades de relacionamento tanto com o paciente, como com os familiares que o acompanham.

Expressões de afeto ou a possibilidade de um contato interpessoal entre eles são vistos como complicadores ao desempenho das funções, como situações ameaçadoras que requerem habilidade de esquivar. Conclusões semelhantes obteve Chiattonne (in Angerami-Camon, 2004), em seu estudo sobre as intensas reações emocionais vivenciadas pela família da criança, durante a hospitalização: os profissionais ao evitarem estabelecer vínculos com os doentes, fogem do sofrimento alheio, e de sua própria dor.

Na realidade, pode-se inferir através dos levantamentos realizados para este estudo, que os membros da equipe receiam ser questionados em suas condutas, interpretando as dúvidas dos pais como uma desconfiança quanto à sua competência técnica. Também temem ter que admitir suas limitações frente a inexorabilidade da morte, como se isto os desmerecesse profissionalmente. Os pais costumam depositar sobre a equipe de saúde de uma UTI Pediátrica, o poder de salvar seus filhos incondicionalmente, até porque, precisam agarrar-se a esta esperança, como cita Garcia (2006), e neste contexto, assumir que, na realidade, não se detém todo o poder é altamente conflituoso.

Todo esse sofrimento emocional, além do contato próximo com a criança e com sua visível debilidade física alimentam cada vez mais o distanciamento afetivo, supervalorizando a eficiência tecnológica. Assim, em sua maioria, os relacionamentos que os membros desta equipe estabelecem com os pacientes não vão muito além do contato superficial, seja para sua proteção, seja porque não se sentem preparados para algo mais profundo.

Pinto (1996) em suas reflexões sobre a criança terminal afirma que, para conseguir desvencilhar-se do modo mecanizado de atendimento é preciso que o profissional, além de dominar as tarefas técnicas, saiba fornecer ao paciente uma escuta eficaz e continente, seja portador de uma empatia especial, mostre-se sensível ao sofrimento do

outro e hábil no reconhecimento de sentimentos e mensagens não verbais. Portanto, gostar do que faz e estar aberto às vivências, sejam estas positivas ou negativas, parece ser fundamental para um atendimento mais humanizado.

A interdisciplinariedade, neste contexto, representaria um fator de crescimento da equipe de trabalho, já que a eficiência em um trabalho conjunto é maior do que em atuações isoladas. Em grupo seria possível compartilhar tanto a sobrecarga de trabalho, quanto os sentimentos de frustração, pois a troca de experiências promoveria um aumento da força enquanto equipe. Seria possível identificar os fatores envolvidos nestas vivências e reivindicar alternativas, além de viabilizar a aprendizagem coletiva sobre a complexidade das tarefas, desenvolvendo um referencial comum, uma cultura de grupo, historicamente determinada.

Na forma atual de funcionamento de várias equipes, os conhecimentos adquiridos não são passados adiante, não há uma vivência coletiva de UTI a ser transmitida aos novos profissionais. Cada um aprende e cresce individual e isoladamente, não havendo trocas quanto a ganhos ou dificuldades: tudo começa e termina em cada pessoa, e novos integrantes da equipe precisam passar pelas mesmas dificuldades já vivenciadas pelos anteriores. Dessa forma, os profissionais perdem força enquanto grupo, e mostram-se sem respaldo para sustentar reivindicações de melhorias necessárias ao setor: o isolamento os aliena. Buscam em si mesmos as soluções para as dificuldades vivenciadas, não se apercebendo de que outros profissionais vivenciam as mesmas angústias, estão sensibilizados para as mesmas necessidades e apresentam o mesmo despreparo para solucioná-las. Fica muito difícil para a equipe teorizar sobre o que acontece consigo, sistematizar o serviço, trocar experiências e proporcionar mudanças

produtivas para a diminuição do desgaste vivenciado. Há um evidente desperdício do material humano.

Como a disponibilidade para um atendimento emocional efetivo não depende exclusivamente de competências internas, mas também de instrumentalização dos profissionais para tanto, e diante da situação evidenciada de isolamento intra-equipe e em relação aos pacientes, é impraticável exigir dos profissionais uma atitude mais humanizada, cobrar eficiência, responsabilidade, competência e ainda afetividade, disponibilidade emocional e capacidade de continência nos momentos difíceis. A questão prioritária é muito anterior à mudança de comportamentos dos profissionais de saúde e nos remete à necessidade de preparo psicológico durante sua formação. É fundamental também, a presença de um psicólogo no setor, com o objetivo de amparar a equipe no manejo das emoções, relações interpessoais, além do suporte aos pacientes e seus familiares, como cita Zannon (1993) em seus estudos sobre a importância da interdisciplinariedade numa equipe trabalhando em ambiente hospitalar. Esse é o maior desafio para a Psicologia, que deve ocupar-se em centrar suas ações prioritariamente nas relações explícitas e subjetivas que se estabelecem na UTI Pediátrica, e não sucumbir à uma atuação voltada apenas para o prestar assistência.

O confronto com a morte e o sofrimento revela medos conscientes e inconscientes, dentre os quais o medo do desconhecido que a morte representa. Ao se levar em consideração a inteireza do ser humano, quer seja aquele que é cuidado, quer seja aquele que cuida e acompanha os últimos instantes da vida e da morte, pode-se compreender o que Leloup (2004) destaca quando especifica que o ser humano para aliviar dores necessita de medicamentos, para acalmar e apaziguar o coração necessita de compreensão psicológica, para iluminar sua inteligência necessita de sentido.

Nesta perspectiva, a Psicologia Transpessoal ao trabalhar com o inteireza do ser humano em seu “*continuum*” psicobiofísico espiritual e cósmico, com os diferentes níveis de consciência, integrando razão, emoção, intuição e sensação, favorece o surgimento do eixo experiencial, a emergência do eixo evolutivo, possibilita ampliar a dimensão saudável da consciência e propicia contextos alternativos diante de situações limítrofes que trazem sofrimento e dor.

Promove a ampliação da percepção da realidade e a manifestação de valores mais elevados inerentes ao humano, favorecendo o emergir da dimensão transpessoal, que através do pessoal integra o relacional e o ultrapassa.

Como propõe Barros et al. (2008), adoecer e morrer na infância parece fora de hora e lugar, no entanto, quando se alcança a compreensão de que nenhum ciclo se completa por nossa vontade ou controle, podemos desenvolver plenamente a compreensão de que tudo está a seu tempo.

Para além do impulso coletivo e da massificação, que compreendem os conceitos de sofrimento e morte e o manejo de situações limítrofes, as práticas transpessoais favorecem a superação do desamparo e a possibilidade do desenvolvimento do nosso Ser integral em cada etapa do aqui e do agora de nossa existência, em uma espiral que perpassa pelos desafios incorporados, nesta perspectiva, enquanto etapas do processo evolutivo que caracteriza o “*continuum*” psicobiofísico, espiritual e cósmico do ser humano.

Através de sucessivos estágios de morte e renascimento o ser humano move-se em direção ao seu Ser integral, buscando respostas para questões como 'quem sou?', 'para onde vou?', 'de onde venho?'. Como participante ativo do seu processo de cura e de adoecer, está intermitentemente interagindo em diferentes graus e nas diferentes

instâncias do físico, do emocional, do mental, do intuitivo e do espiritual. A cura que se estabelece em um nível desencadeia a cura em outro. Todas essas dimensões são concomitantemente responsáveis e interdependentes no que se refere à saúde, no desenvolvimento evolutivo de sua consciência e do seu Ser integral.

A contribuição da Psicologia Transpessoal no trabalho interdisciplinar, no contexto apresentado, configura-se enquanto possibilidade de ampliação dos conhecimentos e linguagens das diferentes práticas terapêuticas, integrando-as de forma harmoniosa para além do processo saúde-doença em conexão com a integralidade do físico, da mente e do sagrado. Sinergia, competências e habilidades em ser, em conviver, conhecer e “re-conhecer-se”, no aqui e no agora, também podem ser estimuladas e ampliadas em benefício daquele que cuida e daquele que é cuidado.

A prática transpessoal, ao favorecer dimensões de consciência mais elevada promove a integração nas relações sociais, bem como uma natureza benevolente, solidária e cooperativa.

O favorecimento de aberturas para além do ego racional, no qual predominam mecanismos competitivos e impositivos, os quais impedem as manifestações do amor, da intuição, da espiritualidade, possibilita percepções de níveis mais sutis da consciência. Pode, então, emergir uma percepção diferenciada e uma ação espontânea e criativa para uma situação já há muito cristalizada.

O trabalho com a equipe profissional, sob o enfoque transpessoal, favorece ainda o comportamento ético que se alia à estética do cuidar, cuidar do outro, cuidar de si. Espontaneidade e fluidez favorecem que o núcleo das emoções positivas sejam ativadas e as motivações possam ser redirecionadas para o saudável.

A instabilidade atencional, a ansiedade e o estresse podem ser reduzidos e as transformações podem então ocorrer, através de aberturas não defensivas em relação à realidade das coisas tais como são, incluindo-se os sofrimentos e a própria morte.

CONCLUSÃO

Considerando os objetivos propostos para este estudo, posso concluir que as lentes transpessoais contribuíram significativamente para ampliação das compreensões possíveis das vivências emocionais de equipes que trabalham em UTI Pediátrica.

Constato o intenso desgaste físico e emocional, as insatisfações com o trabalho em equipe e o despreparo para lidar com situações de sofrimento e morte, por parte desses profissionais que se sentem pressionados com relação ao que se espera deles: atuação técnica eficientemente; manifestações pró-ativas cotidianas diante de situações limítrofes de dor, sofrimento, angústia e morte; apoio ao paciente e a família, e dentre outros, conclusão das tarefas do turno em condições psicológicas favoráveis que não permitam interpenetração dos estressores das vivências profissionais em suas vidas pessoais.

Observo o nível de contradição significativo nas instituições da área da saúde que, ao mesmo tempo em que não reconhecem a expressiva complexidade e exigências inerentes às funções desenvolvidas pelos profissionais de uma UTI Pediátrica, requerem resultados e desempenho eficaz em contextos adversos e de extrema pressão.

Apesar das dificuldades e limitações institucionais, de equipe e/ou pessoais, desenvolve-se ainda, nesses contextos, disponibilidade para o cuidar do outro e o cuidar de si, através do desenvolvimento da competência técnica e do amadurecimento pessoal.

Os estudos e propostas, mesmos os mais recentes, abordam predominantemente a melhoria das condições de atendimento ao paciente sem, contudo, se reportarem às necessidades do cuidador. Percebo que os caminhos a serem percorridos para que o ambiente se torne menos estressante ainda são escassos, mesmo no que se refere aos cuidados com o paciente.

Constato ainda a falta de estudos e pesquisas que apresentem uma leitura psicológica mais ampla e humanista, a exemplo da Psicologia Transpessoal, sobre o vivido.

Destaco todo o sofrimento emocional gerado pelo contato próximo com crianças em casos críticos de debilidade física, por parte da família e do cuidador, bem como o distanciamento afetivo decorrente da necessidade de proteção com relação aquilo para o qual não se significado e/ou não se sente preparado para lidar.

Sufrimento emocional este que se caracteriza na criança internada de forma particularmente significativa. Despersonalizada, tratada como um leito, como uma doença, a criança se configura enquanto objeto passivo diante da complexidade e dos paradoxos inerentes ao ambiente a que se encontra submetida.

Concluo, portanto, que as vivências emocionais em UTI Pediátrica quer sejam individuais, por parte daquele que cuida e daquele que é cuidado, quer seja em grupo, por parte da equipe de profissionais como um todo e da família, apresentam em comum o desgaste emocional experienciado cotidianamente e o sentimento de despreparo para lidar com a morte.

Configura-se com urgência, o desenvolvimento de cuidados e suporte terapêuticos para as equipes de saúde de UTI Pediátricas, já há muito, com comprometimentos emocionais em decorrência do contexto de trabalho adverso a que são submetidas cotidianamente, bem como suporte psicológico adequado aos pacientes e familiares.

Constato também que a existência de elevado desgaste físico-afetivo, despreparo emocional para a realização de funções, condições institucionais insatisfatórias, somados ao comprometimento de um espírito de equipe solidário, apontam para a necessidade de

desenvolvimento de trabalhos interdisciplinares direcionados a um preparo mais adequada desses profissionais.

Numa perspectiva transpessoal, concluo que a visão dualística eu/mundo; o comprometimento da sinergia; a correlação de morte com finitude; a ausência de sentido para o sofrimento e a morte; a correlação do cuidar com o manter vivo; a cisão de REIS; a ausência de contato com níveis mais elevados de consciência, corrobora, dentre outros correlatos, para a emergência e manutenção do contexto emocional a que se submete quem é cuidado, quem cuida e familiares que perpassam pelas situações inerentes a uma UTI Pediátrica.

A Psicologia Transpessoal, possibilita ampliar a dimensão saudável da consciência, favorecendo contextos alternativos para as situações limítrofes e de medos conscientes e inconscientes, bem como para o encontro de significados para o sofrimento e a morte vivenciados nesse contexto.

Ao integrar a razão, a emoção e a intuição, promove a expansão do campo da consciência, possibilitando que mesmo diante de situações com nível de estresse significativo, o indivíduo possa direcionar conscientemente seus pensamentos e motivações, ultrapassando percepções distorcidas do próprio eu e do outro.

Ao favorecer a ultrapassagem do ego racional, possibilita a superação dos medos da perda, do não reencontro e aberturas para que mecanismos competitivos e impositivos possam ser substituídos por uma ação mais criativa e espontânea no relacionamento em equipe.

Possibilita ainda a integração das diferentes práticas terapêuticas, favorecendo o comportamento ético e relações mais solidárias e cooperativas.

Ao trabalhar com a inteireza do ser humano, em sua dimensão atemporal psicobiofísica, e espiritual, para além de conceitos massificados e coletivos, possibilita surgimento do estado de transcendência. Estado esse que correlaciona-se com a dimensão saudável do indivíduo, permite a minimização do sofrimento e favorece o encontro de um significado e uma finalidade para as experiências. Possibilitando a diminuição da gravidade de sintomas correlacionados à ansiedade, depressão, insegurança, fobias, paranóia e somatizações, que se manifestam com significativa frequência no ambiente hospitalar.

Finalizando, é com espírito de curiosidade que apresento o conteúdo desta monografia, a partir do que pude refletir. Espero que o aqui disponibilizado possa ser criado e recriado a cada leitura, discutido e ampliado por meus interlocutores e conseqüentemente re-significado no âmbito do conhecimento, beneficiando a todos que, em diferentes momentos e papéis diversificados interagem em uma UTI Pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aitken, E. V. P. A enfermagem diante do paciente terminal – O que fazer quando não há mais nada a fazer? *Âmbito Hospitalar*, 1(82): 17-22, 1996.
- Angerami-Camon, V. A. (org.). *Espiritualidade e prática clínica*. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.
- Angerami-Camon, V. A. (org.), Chiattonne, H. B. C. & Nicoletti, E. A. *O doente, a psicologia e o hospital*. 3ª ed. São Paulo: Pioneira, 2004.
- Angerami-Camon, V. A. (org.), Chiattonne, H. B. C. & Sebastiani, R. W., Fongaro, M. L. H. & Santos, C. T. *E a psicologia entrou no hospital...*. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 2003.
- Angerami-Camon, V. A. (org.), Trucharte, F. A. R., Knijnik, R. B., Sebastiani, R. W. *Psicologia hospitalar – Teoria e prática*. 1ª ed. São Paulo: Pioneira, 1994.
- Apolinário, M. A. Humanização em UTI, Monografia, Enfermagem, PUC-Campinas, 1990.
- Assagioli, R. *Ser transpersonal – Psicossíntesis para el nacimiento de nuestro ser real*. 1ª ed. Madrid: Gaia, 1993.
- Barros, M. C. M. (org.). *A consciência em expansão – Os caminhos da abordagem transpessoal na educação, na clínica e nas organizações*. 1ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- Betarello, S. V., Souza, A. C., Brasiliano, S. & Nero, L. Considerações sobre o trabalho de equipe em saúde. *Insight – Psicoterapia*, 22: 17-19, 1992.
- Boemer, M. R., Rossi, L. R. G. & Nastari, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva – Análise de depoimentos. In: R. M. S. Cassorla (coord.), *Da morte – Estudos brasileiros* (pp.144-157), 1ª ed. Campinas: Papyrus, 1991.
- Bouso, R. S. Reflexões sobre o papel da enfermeira que atua em UTI Pediátrica: aspectos emocionais em relação à família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 21(3): 249-253, 1987.
- Braxton, E. T. Angry children, frightened staff: implications for training and staff development. *Residential Treatment for Children & Youth*, 13(1): 13-28, 1995.
- Camargo, M. C. V. Z. A., Neto, C. A. C., Pelegrino, F., Grigolon, M. C. & Filho, S. E. B. S. Responsabilidade e “erro” médicos. *O Mundo da Saúde*, 22(2): 112-115, 1998.
- Campos, T. C. P. *Psicologia hospitalar – A atuação do psicólogo em hospitais*. s. ed. São Paulo: EPU, 1995.

- Candeias, N. M. F. Estresse em atendentes de enfermagem. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 20(75): 145-169, 1992.
- Capra, F. *A teia de vida – Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 2000.
- Carman, M. B. The psychology of normal aging. *Psychiatric Clinical North American*, 20(1): 15-24, 1997.
- Carter, B. & McGoldrick, M. e cols. *As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Carvalho, M. A morte e o morrer: o preparo da equipe de enfermagem, Monografia, Enfermagem, PUC-Campinas, 1991.
- Carvalho, P. R. A., Palma, R. B. & Tobias, L. T. Aspectos emocionais do paciente crítico. In: J. P. Piva, P. R. A. Carvalho & P. C. R. Garcia, *Terapia intensiva em pediatria* (pp. 681-684), 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2005.
- Carvalho, V. A. A vida que há na morte. In: M. H. P. F. Bromberg, M. J. Kovács, M. M. M. J. Carvalho & V. A. Carvalho, *Vida e morte: laços de existência* (pp. 35-75), s. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- Castelli, M., Lacerda, D. P. & Carvalho, M. H. R. *Enfermagem no centro de terapia intensiva pediátrica*. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2001.
- Churchill, L. R. “Damaged humaniy”: the call for a patient-centered medical ethic in the managed care era. *Theor. Medic.*, 18(1/2): 113-126, 1997.
- Corrêa, A. K. Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 48 (3): 233-241, 1995.
- Debruyne, J. B. Patterns of interation and communication among physicians, children and mothers in office-based pediatric medical encounters. *Dissertation Abstracts International*, 57(09/B), 1996.
- Dorr, Z. O. El ejercicio de la medicina intensiva como situacion de stress. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 19(5): 243-251, 1991.
- Einloft, L., Fuhrmeister, M., Martin, R., Alves, S. & Dias V. L. Enfermagem em UTIP. In: J. P. Piva, P. R. A. Carvalho & P. C. R. Garcia, *Terapia intensiva em pediatria* (pp. 759-779), 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2005.
- Fabre, Z. L., Tobias, L. T., Berreta, I. Q. & Thiago, M. L. S. Humanização em UTI Pediátrica – A equipe e a família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 21(1): 34-37, 1992.

- Felício, J. L. et al. A psicologia hospitalar no Brasil, *O Mundo da Saúde*, 22(5): 302-306, 1998.
- Fonseca, A. L. N., Lacerda, M. R. & Maftum, M. A. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. *Cogitare Enfermagem*, 11(1): 9-15, 2006.
- Garcia, R. M. Compreendendo as necessidades do familiar acompanhante que tem uma criança internada na unidade de terapia intensiva em fase terminal da doença. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, 2000.
- Gomes, A. M. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. 3ª ed. São Paulo: Pedagógico e Universitária, 2008.
- Gonçalves, R. C., Oliveira, I., Vênega, M. C., Kakehashi, S. & Sugai, T. A. Opiniões de mães sobre a hospitalização conjunta mãe e filho no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC / UNICAMP). *Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp*, 3: 21-28, 1992.
- Graef, J. W. Assistência geral ao paciente. In: J. W. Graef, *Manual de terapêutica pediátrica* (pp. 01-13), 4ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1992.
- Granger, C. E., George, C. & Shelly, M. P. The management of bereavement on intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 21(5): 429-436, 1995.
- Guimarães, S. S. A hospitalização na infância. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 4(2): 102-112, 1992.
- Gus, J. A criança hospitalizada. *Jornal de Pediatria*, 67(7/8): 214-216, 1991.
- Harvey, M. G. Humanizing the intensive care units experience. *Clinical Issues Perinatal Women Health Nurses*, 3(3): 369-376, 1992.
- Hastings, R. P., Remington, B. & Hatton, C. Angry children, frightened staff: implications for training and staff development. *Residential Treatment for Children & Youth*, 13(1): 13-28, 1995.
- Israel, F. C. Buscando a assistência humanizada: percepção do acompanhante em unidade de terapia intensiva. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, 2008.
- Jung, C. G. *Psicologia do inconsciente*. s. ed. Petrópolis: Vozes, 1978.
- Khushf, G. Why bioethics needs the philosophy of medicine: some implications of reflection on concepts of health and disease. *Theor. Medic.*, 18(1/2): 145-163, 1997.
- Kipper, D. J. Até onde os pais têm o direito de decidir por seus filhos?. *Jornal de Pediatria*, 73(2): 67-74, 1997.

- Kovács, M. J. O profissional de saúde diante da morte. In: M. F. Oliveira & S. M. C. Ismael (orgs.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia* (pp. 89-105), s. ed. Campinas: Papyrus, 2008.
- Kóvacs, M. J., Esslinger, I., Vaiciunas, N. & Souza, T. M. Cuidando do cuidador em UTIs pediátrica e neonatal. *Mundo da Saúde*, 32(1): 24-30, 2008.
- Kübler-Ross, E. *Sobre a morte e o morrer*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Leloup, J-Y. *Além da luz e da sombra – Sobre o viver, o morrer e o ser*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- Leloup, J-Y. & Hennezel, M. *A arte de morrer – Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- Lindquist, I. *A criança no hospital – Terapia pelo brinquedo*. s. ed. São Paulo: Página Aberta Ltda, 1993.
- Lunardi, V. L., Filho, W. D. L. & Borba, M. R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 47(1): 07-14, 1994.
- Macieira, R. C. *O sentido da vida na experiência da morte: uma visão transpessoal*. s. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Mann, R.E. Preserving humanity in age of technology. *Intensive Care Critical Nurses*, 8(1): 54-59, 1992.
- Maslow, A. *La personalidad creadora*. 5ª ed. Barcelona: Kairós, 1994.
- Marinho, P. E. M. Refletindo sobre a relação profissional – doente – instituição hospitalar pública. *Insight – Psicoterapia*, 24 (Edição de Aniversário): 15-17, 1992.
- Marques, L. F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. Tese de Doutorado, PUC Rio Grande do Sul, 2000.
- Maturana, H. *Emoções e linguagem*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- Meihy, J. C. S. B. *Canto de morte Kaiowá: história oral de vida*. 1ª ed. São Paulo: Loyola, 1991.
- Mello, A. M. Psicossomática e pediatria. In: J. Mello Fº, *Psicossomática Hoje* (pp. 195-204), 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1992.
- Mendes, A. M. & Linhares, N. J. R. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(2): 267-280, 1996.

- Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Pró-Onco / INCA, 1995.
- Mongano, E. P. *Neurociências e neuropsicologia*. Módulo X, Pós Graduação em Psicologia Transpessoal. Mimeo, 2008.
- Nascimento, K. C. & Erdmann, A. L. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 17(2): 215-221, 2009.
- Nieweglowski, V. H. & Moré, C. L. O. O. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(1): 111-122, 2008.
- Passos, E. S. A ética na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 48(1): 85-92, 1995.
- Patterson, J. M. Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatric Clinical North American*, 42(1): 47-63, 1995.
- Paulo, L. G. & Zanini, A. C. *Compliance: sobre o encontro paciente-médico*. 1ª ed. São Roque: IPEX Editora, 1997.
- Pinto, L. F. As crianças do Vale da Morte – Reflexões sobre a criança terminal. *Jornal de Pediatria*, 72(5): 287-294, 1996.
- Piva, J. P. Prefácio à 2ª e 3ª edição. In: J. P. Piva, P. R. A. Carvalho & P. C. R. Garcia, *Terapia intensiva em pediatria*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2005.
- Poles, K. & Bousso, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 14(2): 207-213, 2006.
- Reid, H. & Whitman, T. L. Behavioral staff management in institutions: a critical review of effectiveness and acceptability. *Analysis & Intervention in Developmental Disabilities*, 3(2/3): 131-149, 1993.
- Rodrigues, C. M. L. *Psicologia transpessoal integrando o saber ao ser*. Mimeo, 2004.
- Saldanha, V. L. P. *Psicologia transpessoal – Abordagem integrativa – Um conhecimento emergente em psicologia da consciência*. 2ª ed. Ijuí: Unijuí, 2008.
- _____ *A Psicoterapia transpessoal*. 1ª ed. Campinas: Komedi, 1997.
- _____ *Psicologia transpessoal – Teoria e técnica transpessoal*. Módulo X, Pós Graduação em Psicologia Transpessoal. Mimeo, 2007.

-
- _____. *Novos paradigmas na comunicação*. Módulo II, Pós Graduação em Psicologia Transpessoal. Mimeo, 2007.
- Santos, S. R. & Filho, J. R. Enfermagem: fatores de satisfação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 48(5): 242-250, 1995.
- Segre, M. A vida como objeto de estudo. *Ser Médico (CRM / SP)*, 1(1): 14-18, 1997.
- Silva Filho, N. S. Uma reflexão acerca da prática clínica em instituições hospitalares. *Estudos de Psicologia*, 13(3): 03-09, 1996.
- Silva, M. J. P., Helene, L. M. F., Souza, E. & Arantes, D. V. Percepção da morte por profissionais de enfermagem que cuidam de crianças com AIDS. *O Mundo da Saúde*, 22 (2): 91-96, 1998.
- Silva, V. E. F. & Massarollo, M. C. K. B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. *O Mundo da Saúde*, 22(5): 283-286, 1998.
- Souza, A. B. G., Araújo, C. C., Silva, M. C. F., Tonin, M. & Sila, R.R. Atividades para o acompanhante durante a internação da criança em unidade de internação pediátrica. *Nursing (São Paulo)*, 11(125): 478-482, 2008.
- Spíndola, T. & Macedo, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 47(2): 108-117, 1994.
- Stela, F. A relação médico-paciente: aspectos psicológicos. *Estudos de Psicologia*, 5(2): 142-149, 1988.
- Tasker, R. C., Wetzel, R. C. & Rogers, M. C. O futuro da terapia intensiva pediátrica. In: J. P. Piva, P. R. A. Carvalho & P. C. R. Garcia, *Terapia intensiva em pediatria* (pp.01-04), 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2005.
- Terzi, R. G. G. Residência médica em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 4(1): 04-06, 1992.
- Tolle, E. *O despertar de uma nova consciência – Como reconhecer o verdadeiro propósito da sua vida e contribuir para a transformação do mundo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2007.
- Torres, W. C., Guedes, W. G., Torres, R. C. & Ebert, T. H. A criança terminal: vivência no luto antecipado. In: C. T. Oliveira (org.), *Exportação: o modelo ideal* (pp. 01-07), s. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1987.
- van Servellen, G. & Leake, B. Burn-out in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurse sample. *Journal Prof. Nurs.*, 9(3): 169-177, 1993.

- Walsh, F. & McGoldrick, M. *Morte na família – Sobrevivendo às perdas*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- Weil, P. *A consciência cósmica*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- _____. *A morte da morte - Uma abordagem transpessoal*. s. ed. São Paulo: gente, 1995.
- Wilkinson, P. The influence of high technology care on patients, their relatives and nurses. *Intensive Critical Care Nurses*, 8(4): 194-198, 1992.
- Zannon, C. M. L. C. Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7(2): 119-136, 1991.
- Zannon, C. M. L. C. (1993). Desafios à psicologia na instituição de saúde – Interdisciplinariedade e inserção social na assistência à criança hospitalizada. *Psicologia, Ciência e Profissão (CFP/DF)*, Ano 13, nº 1, 2, 3 e 4, pp. 16-19, 1993.
- Zoboli, E. L. C. P. “Êthos e deontologia do enfermeiro. *O Mundo da Saúde*, 22(1): 38-43, 1998.