

# A PRÁTICA DO ENFERMEIRO COM PACIENTES DA UTI: Uma abordagem psicodinâmica.

NURSE PRAXIS WITH ICU PATIENT - A PSYCHODYNAMIC APPROACH

*Ana Magnólia Mendes*

*Nívia Jacqueline Reis Linhares*

**RESUMO:** esta pesquisa investiga as estratégias defensivas coletivas dos enfermeiros da UTI de um hospital público para enfrentar o sofrimento gerado na relação com o paciente, tendo em vista que esta relação leva ao confronto permanente com os conteúdos de vida e de morte. Para tal foram realizadas quatro entrevistas coletivas com um grupo de oito enfermeiros, tendo como temas as dificuldades, limitações e gratificações no cuidado do paciente. Os comportamentos defensivos foram identificados a partir da análise da fala dos profissionais. Os resultados indicaram a existência de quatro estratégias: a impessoalidade no contato com o paciente, o distanciamento emocional, a evitação da comunicação e a valorização dos procedimentos técnicos. A utilização destas estratégias parece favorecer, de um lado, o equilíbrio psíquico, à medida que minimiza o contato dos serviços ou na vida fora do trabalho.

**UNITERMOS:** Sofrimento - Estratégia defensivas - Relação enfermeiro-paciente.

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende estudar a categoria profissional de enfermeiros da unidade de terapia intensiva de um hospital público, investigando a percepção dos enfermeiros da sua atividade e a dinâmica psicológica decorrente da interação com o paciente.

Diferentes autores analisam esta categoria e, de forma geral, constatamos o consenso no sentido de apontar como eixo central da atividade a relação com o paciente.

*Manzoli* (1983) afirma que os estudos realizados na área de enfermagem, numa abordagem psicológica, enfatizam a relação enfermeiro-paciente, como

uma atividade central na profissão, podendo esta constituir instrumento de conflito e/ou mudança para o profissional.

*Du Gas* (1984) também considera que os enfermeiros durante seu trabalho ajudam outras pessoas a promover e manter sua higidez, a evitar que adoçam, a restaurar-lhes a saúde após um episódio de enfermidade ou a lutar com as exigências de uma enfermidade crônica ou terminal.

*Carvalho* (1981) demonstrou, a partir dos seus estudos, que os enfermeiros dirigem o conteúdo da interação com o paciente para assuntos relativos ao seu estado de saúde geral, bem como assumem um comportamento de mando, no momento em que estão executando uma técnica. Na maioria das vezes, a interação não ocorre efetivamente, sendo escamoteados os momentos de aquecimento, explicação e desfecho da relação estabelecida tanto informalmente como na execução de uma técnica.

*Manzoli* (1983) considera como um dos elementos fundamentais no contato com o paciente o confronto permanente do enfermeiro com o binômio vida e morte. Enfermeiros recuam com desgosto e irritação, quando um paciente prestes a morrer procura falar a respeito da morte.

Segundo a citada autora, a morte resgata conteúdos referentes à separação, desaparecimento de si mesmo, impotência e fracasso. O medo da morte está relacionado ao medo da perda do controle e da consciência, da solidão, do vazio, do desconhecido, da punição, da falha e do fracasso.

Este confronto com a morte, sugere uma ansiedade profundamente enraizada, unida ao instinto de autopreservação, e denota uma dolorosa lembrança das limitações dos esforços humanos para controlar a natureza.

*Kubler-Ross* (1975), estudando o comportamento de profissionais de saúde, demonstrou que a utilização de técnicas psicológicas favorecem uma relação mais efetiva com os pacientes e promovem melhorias significativas para a sua reabilitação ou na aceitação da morte no caso de pacientes terminais. Segundo a autora, o cuidar não pode ser uma habilidade que se liga e desliga no momento da tarefa. O profissional de saúde deve buscar um relacionamento que atenda às necessidades fundamentais do paciente.

Diversos estudos já foram realizados com os enfermeiros sobre os seus comportamentos durante o contato com o paciente. Entretanto, ainda é necessário desvelar a dinâmica que envolve esta relação, especialmente com o paciente da UTI, dando destaque à importância dos processos intersubjetivos nas relações de trabalho.

Isto posto, adotamos a perspectiva da psicodinâmica do trabalho para investigar como o enfermeiro de UTI se sente diante de suas tarefas de cuidado e quais as estratégias que ele utiliza no seu processo de trabalho.

Os estudos da psicodinâmica têm demonstrado que o trabalho aparece como elemento fundamental na construção do próprio sujeito, revelando-se

como mediador entre o inconsciente e o campo social, o particular e o coletivo, constituindo um teatro aberto aos investimentos subjetivos, de construção de sentido, de conquista da identidade e historização do sujeito.

Partimos, então, do pressuposto que a relação enfermeiro-paciente confronta o profissional continuamente com situações limites que oscilam entre a vida e a morte, sendo a **atividade de cuidar do paciente geradora de sofrimento psíquico para os enfermeiros da UTI, determinando assim a necessidade de utilizar estratégias defensivas coletivas que favoreçam a sua adaptação psicológica ao meio.**

*Dejours* (1987) considera que diante do sofrimento, quando do confronto permanente de interesses opostos e contraditórios, conscientes e inconscientes, o trabalhador utiliza estratégias defensivas para suportar e resistir ao sofrimento, muitas vezes coletivas, específicas à sua categoria profissional e à sua estrutura de personalidade. estas defesas têm sintomatologia própria, e assumem duas funções; uma manifesta, de alívio e outra latente, de ocultação.

Ao pesquisar especificamente enfermeiros, *Dejours* (1985), identificou que eles vivenciam no trabalho uma situação insuportável e, muitas vezes, insustentável, devido às pressões do ambiente hospitalar e ao caráter de suas atividades, especialmente o contato com o paciente.

Também estudando enfermeiros, *Logeay & Gadbois* (1985) afirmam que eles estão expostos a dois tipos de angústia na confrontação com a morte: a fantasia da própria morte e da morte dos outros, especialmente de pessoas ligadas a eles afetivamente. Segundo os autores, no confronto com a morte resgata sentimentos de culpa e impotência, levando os enfermeiros a limitar ao máximo o contato com o paciente, evitando conversas e se refugiando em intensas atividades e num perfeccionismo técnico.

Desta forma, o trabalhador, para suportar a angústia e insatisfação provenientes do sofrimento, utiliza estratégias defensivas individuais ou coletivas próprias à sua categoria profissional com o objetivo de manter seu equilíbrio psíquico, combatendo ou ocultando internamente o sofrimento.

As defesas relacionadas ao trabalho são processos secundários, que têm como objetivo a adaptação às condições dolorosas da atividade, que geram conflitos, interferem no equilíbrio psíquico e ameaçam a integridade do sujeito.

Neste sentido, o recurso às estratégias defensivas conduz a uma mudança na percepção do trabalhador acerca da realidade que o faz sofrer. Esta modificação pode levar ao processo de negação da realidade validado coletivamente.

Para *Betioli* (1994), as defesas exercem um papel importante na estruturação do coletivo, na sua coesão e na sua estabilização porque impedem a emergência do sofrimento que causa conflito e desestabilização emocional. Assim sendo, as estratégias coletivas têm dois papéis contraditórios:

adaptação às pressões para evitar a descompensação; e a estabilização da relação subjetiva e da organização do trabalho, alimentando uma resistência à mudança.

*Libouban* (1985), pesquisando enfermeiros e enfermeiras de um hospital em Paris, identificou a existência de uma grande carga psicoemocional na atividade destes profissionais, em decorrência de três fatores: o confronto com o sofrimento do outro (pacientes); a permanência constante em estado de alerta, e a expectativa de como fazer, agir e reagir em clima agonizante e diante de aspectos dolorosos.

Segundo a autora, estes fatores são responsáveis pelo sofrimento frente à atividade de enfermagem e levam os profissionais à utilização de estratégias defensivas coletivas.

Na sua pesquisa, estas defesas foram classificadas em cinco tipos de comportamento: a formação de uma equipe aparentemente solidária; existe sempre alguém tentando elevar o moral do grupo, mesmo que o funcionamento da equipe seja desintegrado e competitivo; a hiperatividade expressa nas formas e nos ritmos acelerados de trabalho; o sentimento de supervalorização retratado na ausência de absenteísmo por se considerarem indispensáveis para os pacientes; a criação de um clima de "brincadeira" com os colegas e com a própria tarefa para aliviar a tensão; e a relação com a equipe por meio de formas cínicas e mordazes levando a uma tolerância da agressividade uns com os outros.

*Boekholdt & Kanters* (1978), com o propósito de estudar a formação da equipe de enfermagem numa instituição hospitalar, identificam características no funcionamento da equipe semelhantes aos comportamentos defensivos acima descritos, como a rapidez, e o desempenho técnico eficiente mais importante que a interação com o paciente e um clima com pequena tolerância para os problemas emocionais da equipe.

Também ao estudar a situação de trabalho dos profissionais de saúde, *Pitta* (1990) afirma que esta suscita muitos sentimentos fortes e contraditórios como a piedade, compaixão, amor, ódio e ressentimento contra os pacientes.

A autora considera que, diante destes sentimentos, os profissionais utilizam mecanismo de defesas estruturados socialmente e os categorizou a partir de comportamentos identificados na relação profissional de saúde-paciente: fragmentação da relação técnico-paciente, reduzindo o tempo de contato com a atividade e distribuindo as tarefas com a equipe; despersonalização e negação da importância do indivíduo, considerando os pacientes iguais entre si; distanciamento e negação de sentimentos, exercendo o controle sobre eles; tentativa de eliminar decisões, estabelecendo um ritual para o desempenho das tarefas, uma padronização das condutas, antecipando escutas e respostas para não atender a cada momento uma demanda. Este ritual tem por objetivo reduzir a ansiedade e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional em planejar o seu trabalho, e redução do peso da responsabilidade, dissipando com vários profissionais a divisão das tarefas e diluindo-o numa hierarquia flexível.

Em síntese, as pesquisas sobre as estratégias defensivas demonstram que não existe um padrão dos tipos de comportamento de defesa para todos os trabalhadores, embora estes se reforcem, bem como cada categoria expressa comportamentos específicos, podendo estes variar até dentro da mesma categoria profissional.

## METODOLOGIA

A abordagem metodológica da psicodinâmica tem como pressuposto teórico o aspecto inconsciente das vivências psíquicas do trabalhador não observáveis objetivamente. Assim sendo, o acesso a estas vivências se dá por meio da interpretação da fala dos sujeitos baseada na concepção de homem como ser subjetivo e do trabalho como espaço de intersubjetividade.

A interpretação decorre dos comentários não percebidos pelos sujeitos e implica novas discussões e elaborações coletivas do tema. Estas interpretações não têm por objetivo tratar patologias individuais, mas sim, como afirma *Dejours* (1994), identificar a relação do grupo com o trabalho e os efeitos mascaradores do sistema coletivo de defesa em relação ao sofrimento.

É importante o pesquisador relacionar cada comentário ou a sua ausência ao contexto, e ao que se inscreve como contradição em relação ao tema principal. Dependendo da dinâmica da pesquisa, este procedimento pode ser feito no momento da sessão ou depois pelos pesquisadores (*Mendes*, 1994).

Foram realizadas quatro sessões coletivas, nas quais se discutiu as relações entre o cuidar do paciente dos enfermeiros da UTI e as suas vivências psíquicas, identificando as estratégias defensivas que encobrem as vivências penosas decorrentes desta interação.

No início das duas primeiras sessões, o pesquisador solicitou ao grupo que falasse sobre o conteúdo, procedimentos e instrumentos na execução da tarefa, especialmente do cuidar direto do paciente, e dos aspectos positivos e negativos deste cuidado. Na terceira e quarta sessão o tema central foram os aspectos dinâmicos do relacionamento com os pacientes tendo em vista a nossa hipótese de trabalho.

As sessões tiveram duração de aproximadamente duas horas e aconteceram fora do ambiente de trabalho, em local definido pelos participantes, com a participação de dois pesquisadores. Os dados foram coletados utilizando câmara de vídeo, com a prévia autorização dos sujeitos, em todas as sessões, com objetivo de facilitar a transcrição dos dados, mantendo a integridade das verbalizações, e permitindo a observação do comportamento não verbal e a contextualização da fala.

De nossa coleta de dados participaram oito enfermeiros, sendo três em apenas uma sessão coletiva e os demais em duas sessões. Atualmente, os enfermeiros lotados na UTI são em número de 25, todos com mais de 2 anos

de experiência na área, sendo o tempo médio de lotação na unidade 4,7 anos; 92% destes 25 têm mais de 30 anos, 60% são solteiros, 88% são do sexo feminino e 52% trabalham em outro emprego, na mesma área.

As clínicas da UTI não possuem quadros específicos de enfermeiros devido à quantidade reduzida desses profissionais. Os mesmos são escalados pela chefia da unidade a partir do número existente para aquele turno e das preferências profissionais do enfermeiro.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A interpretação das verbalizações dos enfermeiros pesquisados indicam a existência de comportamentos defensivos coletivos, semelhantes aos descritos por *Libouban* (1985) e *Pitta* (1990), e forneceram as bases para categorização de quatro tipos de comportamento nos enfermeiros da UTI: **impessoalidade ao contato direto com o paciente; distanciamento emocional na relação com o paciente; evitação de comunicação com o paciente e seus familiares. valorização dos procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal.**

### IMPESSOALIDADE NO CONTATO COM O PACIENTE

O grupo verbalizou que é difícil estabelecer uma relação pessoal com os pacientes, muitas vezes em estado grave e inconsciente, não dando retorno aos procedimentos de enfermagem.

*Não tem retorno, vou vê-lo morto, a gente pode até pirar, tem que ter uma forma de defesa. O que é impessoal? A nossa relação com os pacientes, é sem relação, é meio boneco.*

Outro aspecto que pode justificar a impessoalidade é o caráter insólito das tarefas, que gera repulsa e receio de contaminação, determinando o distanciamento físico do paciente, escamoteando assim sua natureza humana.

*Eu tenho dificuldade de lidar com os dejetos, tenho repulsa aos dejetos do paciente, se necessário acabo fazendo por decência e obrigação, não dá prazer, não se personaliza o atendimento.*

*Eu gosto é de trabalhar com pacientes de barriga aberta, às vezes até canto.*

*Uma vez eu cantei e o paciente disse: "isso é música para a alma". No trauma tem o pesar pelo paciente, na pediatria é diferente a criança diz: eu não durmo sem meu bico. A criança está mais distante de nós, enquanto*

*que com os adultos estamos mais vulneráveis, e também há a pureza e ingenuidade da criança, com a criança eu não me sinto suja, contaminada.*

A verbalização, na qual os enfermeiros relatam o canto no momento da execução de uma tarefa insólita, demonstra uma defesa bem adaptada às condições externas, podendo até ser observado um sentimento de gratificação.

Nestas verbalizações podemos apreender que a proximidade com o paciente pode gerar conflitos relacionados à sua própria morte e ao estado de debilidade do corpo, demonstrando fragilidade humana e falta de controle sobre a vida; conforme Matos (1980), é esta confrontação com a morte que denota uma dolorosa lembrança de esforço do homem para controlar a natureza.

## DISTANCIAMENTO EMOCIONAL NA RELAÇÃO COM O PACIENTE

O grupo verbalizou que não estabelece relação com o paciente porque o seu estado de dependência física e de estresse emocional gera sentimentos negativos, provocando um desgaste psicológico que interfere na execução de suas atividades.

*...com os pacientes é um relacionamento mais distante, eu não estabeleço relação, eu digo: oi, tudo bem; mas não estabeleço relação. Às vezes, quando me aproximei mais, você se emociona, fica mais chateado. Eu às vezes, nem sei o nome só o diagnóstico, ah, aquele do TCE, aquele não sei do quê.*

O grupo justifica esse distanciamento como uma dificuldade emocional pelo sentimento que gera a situação sócio-econômica do paciente, não enfatizando o seu estado grave.

*É uma dificuldade emocional, de não estabelecer relação, de não querer saber das suas dificuldades, a pobreza dói e como você não vai resolver, melhor nem saber. Você se emociona, pois é um paciente que está bem e de repente complica.*

As verbalizações do grupo indicam que a morte é um elemento desestabilizador para o profissional, sendo esta a razão pela qual eles evitam qualquer tipo de aproximação com o paciente para não se contaminar pelo sofrimento do outro.

*...estou ficando abalada com a morte. Eu me vi assim agora, e não era assim. Lá dentro, quando o paciente vai a óbito, eu lamento, fico na hora*

*chateada, mas não chega a me tocar, não dá vontade de chorar, acho que a gente separa bem.*

*... ano passado perdi um cunhado, e me chocou. Ele teve uma morte trágica; quando avisaram, eu fiquei: é! morreu, avisei ao meu marido assim com cara de quem avisa que um paciente morreu. Dai meu marido ficou se questionando, o que é morte? e a família não entendia minha frieza. E eu a me questionar se estou ficando fria.*

O contato com a morte parece suscitar nos profissionais o confronto com a sua própria morte, gerando conflitos entre prestar melhor assistência ao paciente, ouvindo suas queixas, expectativas e necessidades, e se afastar dele para não ter que pensar suas próprias questões.

*Até quem não tem uma vida desgraçada, morre. A relação com a morte depende da relação que a pessoa tem com você.*

Esses resultados reiteram os de *Manzoli* (1982), que afirma ser o contato com a morte um resgate de conteúdos inconscientes, como o medo da perda da consciência, da solidão, do desconhecido e do fracasso, fazendo com que os enfermeiros recuem com irritação diante de pacientes terminais.

Estas considerações podem explicar o fato de que o sentimento de fracasso na atividade, em decorrência da morte do paciente, é um elemento que gera sofrimento para os enfermeiros, e, por isso, sua necessidade de distanciar-se emocionalmente.

## EVITAÇÃO DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E SEUS FAMILIARES

O grupo verbalizou que o fato de evitar comunicar-se com o paciente facilita sua necessidade de não ter informação sobre a situação psicológica e social do mesmo, colaborando assim para a sua tranquilidade diante de um contexto no qual se sente impotente para interferir.

*É uma barreira, é um mecanismo de defesa. Vai perguntar se está passando bem; se não está, então nem pergunta, já corta. Não posso resolver, então não quero saber, não quero me sentir culpada, senão você vai entrar numa que a UTI é uma droga, que a vida é uma droga. O cara já tá lá, doente, tenso, achando que vai morrer, sem família...*

As verbalizações indicam que a angústia de morte do paciente provoca sentimentos muito incômodos para os enfermeiros, fazendo com que eles utilizem comportamentos específicos, que são comuns entre eles, como



ministrar sedativos para pacientes poliqueixosos, e assim, evitar a comunicação e a escutas das queixas desses pacientes.

*No caso de paciente com miastenias, tem o medo da morte, tem a angústia, tem o estresse do próprio paciente; estes pacientes tem uma evolução muito arrastada, ficam muito na U.T.I. A minha reação é aplicar um sedativo para este paciente não dar trabalho à noite, que é quando eu trabalho. O que determina o nosso comportamento é o próprio paciente.*

*Os pacientes em geral nem perguntam, talvez até por medo de saber de seu prognóstico. Quando chego dou uma geral nas necessidades afetadas dos pacientes e um breve: boa noite. Em pacientes poliqueixosos, que solicitam muito, tento dar um tempo, e/ou dar um analgésico.*

O grupo justifica a evitação da comunicação no cansaço físico provocado pelas longas jornadas de trabalho e no atendimento a pacientes graves, que geralmente estão em coma, não estabelecendo, assim, nenhum tipo de comunicação verbal.

*No início da noite, o enfermeiro está mais disponível, mas às 2 da madrugada não tem jeito: é o horário do sono. Se eu não atender um paciente grave... talvez eu tenha culpa, mas um paciente independente, poliqueixoso que quer atenção constante...?*

*Na maioria das vezes, a gente não está a fim de ouvir, mas também porque a demanda de trabalho é grande. Dependendo do horário, 5 minutos é muito, desorganiza a rotina do dia. Em geral, não quero conversar e os cardiopatas conversam muito.*

O contato direto com o paciente faz parte da rotina dos enfermeiros. A maneira objetiva de falar com ele retrata a evitação da comunicação, embora alguns profissionais considerem que esta prática é de aproximação do paciente, demonstrando assim a cristalização das estratégias defensivas coletivas.

*Eu quando me aproximo do paciente para me inteirar. Faço 5 perguntas para este paciente: se tem queixas, se está aceitando bem a alimentação, como está a diurese e evacuações e se tem curativos e cuidados especiais. São mais ou menos 10 minutos para cada paciente com o objetivo de abrir a comunicação e também se inteirar.*

Em relação aos familiares dos pacientes, o grupo verbalizou diretamente suas dificuldades, afirmando ser este um comportamento distante e sem emoção.

*Raramente tenho contato com os familiares no horário de visitas, mas quando tenho, oriento a família para ter mais contato com os pacientes. Por telefone, é frio, para quem está do outro da linha se achar inoportuno, a gente fala logo: 'tá grave, às vezes faço um esforço sobre-humano para ser mais delicada, tento atender às expectativas das pessoas que perguntam muito, atendo a algumas coisas, mas... não a todas.*

*Uma coisa ruim na UTI é comunicar que o paciente morreu. Eu não conseguia fazer, começava a rir, eu fico nervosa e rio e não conseguia. Agora eu consigo, até com muito respeito, tentando amenizar. Faço toda uma encenação.*

Estes comportamentos confirmam os estudos de Pitta (1990), quando considera que a relação com os pacientes suscita sentimentos contraditórios para os profissionais, favorecendo os comportamentos defensivos diante da atividade de cuidar. No caso da nossa pesquisa, é a evitação da comunicação que protege o enfermeiro do confronto com estes sentimentos.

## **VALORIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS EM DETRIMENTO DA RELAÇÃO INTERPESSOAL**

As verbalizações indicam que o enfermeiro se sente mais realizado quando consegue aplicar todos os conhecimentos técnico-científicos no cuidado com o paciente.

O grupo relata a sua preferência por pacientes mais graves, que exigem mais comportamentos técnico-assistenciais do que observação direta.

*Quando o paciente da coronária complica, aí é bom de trabalhar. Se o paciente enfartado não faz uma arritmia, aí não tem graça. A coronária é sem graça, mesmo os adultos quando está tranqüilo é um saco. Eu gosto de trabalhar em tumulto, tipo pronto socorro, onde não se fale baizinho.*

*Gosto de aprender... gosto mesmo é de me inteirar no todo, conhecer todos os pacientes, contribuir nesse sentido. Por exemplo, os pacientes que não estão se alimentando bem, eu converso com a nutricionista uma dieta que seja mais do seu agrado. Isso eu gosto de fazer. Deve ser terrível você numa cama e não estar confortável, e isso eu procuro propiciar e gosto disso.*

Um dos participantes considera o autocuidado como um procedimento que deve ser valorizado, indicando assim a sua preocupação técnica em detrimento do paciente como pessoa, tendo em vista o grau de dependência dos pacientes da UTI.

*...tem a irritação positiva do paciente, se a gente não agir ele não vai reagir, isto seria um autocuidado. É a natureza do paciente que determina a relação.*

*Eu não gosto de trabalhar com paciente "podre", eu gosto de trabalhar com paciente científico, observar traçados do eletro.*

Nesta verbalização, considerar o paciente "podre" pode significar a negação da natureza humana do paciente, o que reforça tanto a impessoalidade da relação quanto a valorização dos aspectos científicos da profissão.

A valorização dos procedimentos técnicos se justifica pela dificuldade do profissional de estabelecer uma relação psicoemocional com o paciente, porque isto implica uma demanda de investimentos internos que exigem um preparo tanto do ponto de vista de suas características de personalidade como da sua formação profissional, que recebe influência dos padrões curativo e organicista da medicina.

Assim sendo, para evitar conflitos decorrentes de uma falta de competência pessoal e técnica para lidar com conteúdos interpessoais, o profissional valoriza os procedimentos e os cuidados de enfermagem com o paciente como a maneira pela qual ele pode ser recuperado.

Considerando nossa hipótese, para este grupo estudado, as verbalizações apontam para o caráter coletivo das estratégias defensivas, parecendo revelar o objetivo de adaptação às condições insólitas e críticas impostas pelas tarefas, que geram conflitos para o profissional quando do contato interpessoal com o paciente.

A utilização de estratégias defensivas parece ser positiva à medida que colabora com o equilíbrio psíquico e favorece a adaptação a situações de desgaste emocional pelo confronto permanente com a morte, tendo sido este conteúdo expresso de forma direta, pelos participantes da pesquisa.

Desta forma, podemos dizer que os enfermeiros, ao utilizarem estratégias defensivas na relação com os pacientes, parecem aliviar a ansiedade gerada pelo confronto com a morte e ao mesmo tempo mascarar a sofrimento à medida que ocorre uma estabilidade, psíquica artificial, o que pode prejudicar, algumas vezes, o atendimento dos objetivos profissionais.

## CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nesta pesquisa complementam os estudos que vêm sendo realizados no campo da enfermagem. Entretanto, sua maior contribuição reside na forma de abordar a atividade dos enfermeiros na perspectiva da psicodinâmica, que resgata aspectos cuja preocupação está voltada para o vivido subjetivamente, em detrimento do comportamento técnico e operacional necessário ao atendimento do paciente.

Podemos concluir, em relação a este estudo, que na UTI o paciente é o centro da atividade do enfermeiro, bem como é na relação com o mesmo que emergem os níveis de conflitos, influenciando a forma dos profissionais atribuírem o sentido ao trabalho, à medida que esta tarefa resgata fortes investimentos psíquicos pelo confronto com o binômio vida e morte.

Segundo *Linhares* (1994), a subjetividade do trabalhador faz com que uma tarefa padronizada, como o cuidado com o paciente, possa se transformar num trabalho penoso, com resultados pouco eficazes, dependendo das características de personalidade, dos conteúdos inconscientes que o paciente suscita para cada profissional e do significado que o profissional atribui à doença e à morte.

Observamos que a dicotomia entre buscar o sucesso e obter o fracasso nas atividades de enfermagem na UTI pode levar estes profissionais a utilizarem estratégias defensivas coletivas, racionalizando o sofrimento através de comportamentos considerados naturais pelos próprios profissionais.

Os participantes quando verbalizaram o seu comportamento com os pacientes declaram o menor contato possível com eles. Este mecanismo pode ter um aspecto saudável por evitar um sofrimento inevitável decorrente deste tipo de tarefa.

Esta suposição reafirma os objetivos de adaptação da utilização de estratégias defensivas consideradas saudáveis, entretanto, não minimizando necessariamente seus efeitos patológicos quando da cristalização da defesa ou da interferência de sua utilização no cumprimento dos objetivos profissionais e na vida fora do trabalho.

Com os resultados desta pesquisa observamos que as estratégias defensivas coletivas podem fazer parte de uma variedade de condutas utilizadas com os pacientes e que podem permitir ao profissional conviver e muitas vezes escolher o tipo de paciente para prestar seus cuidados, buscando maior controle sobre as suas competências técnicas, e não se expondo ao resgate de conteúdos inconscientes desagradáveis.

Vale a investigação destas defesas em outras categorias profissionais, bem como em enfermeiros que trabalham em clínicas e pronto-socorro, no sentido de confirmar a estrutura dinâmica que envolve suas atividades, mesmo

sabendo da variabilidade dos tipos dos comportamentos defensivos para cada categoria.

Outra conclusão, e ao mesmo tempo sugestão para novas pesquisas, é a consideração das características de personalidade e o espaço dentro do trabalho para falar do sofrimento como variáveis fundamentais para o estudo da dialética das estratégias defensivas enquanto mecanismos de manutenção do equilíbrio psíquico em contraposição aos seus aspectos patológicos não vantajosos para o profissional e paciente, bem como os sintomas que esta dinâmica pode elucidar prejudicando a saúde mental dos profissionais.

**ABSTRACT:** The purpose of this research is to investigate the existence of defensive strategies employed by intensive care unit nurses at a public hospital in Brasília - DF, manage the suffering generated in the nurse-patient relationship, which arises a constant confrontation with life-death contents. This effort involved four collective interviews with eight professionals. The interviews theme were the difficulties, limitations and fulfillment with the patient care. The defensive behavior were analysed through the professionals' speeches. Four strategies were identified: impersonalness, emotional distance, avoidance of communication and high evaluation of technical procedures. The employment of these strategies facilitates a psychological balance to minimize the contact with suffering, although, these defensive strategies can affect quality of work or the nurse's life extra work.

**KEYWORDS:** Suffering - Defensive strategies - Nurse-patient relationship.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BETÍOL, M. I. S. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas. 1994.
2. BOEKHOLDT M. G. & Kanters W. H.. Team nursing in a general hospital: theory, results and limitations. *Journal of Occupational Psychology*. Grã-Bretanha: 51. 315-325. 1978.
3. CARVALHO, E.C.. O comportamento verbal enfermeiro-paciente durante o procedimento de punção venosa. In: Manzolli, M. C.; Carvalho, E. C. & Rodrigues, A. R. F. *Psicologia em enfermagem*. São Paulo: Savier. 1981.

4. DEJOURS, C. . *Psychopatologie du travail*. Paris: Entreprise moderne d'édition. 1985.
5. ———. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez. 1987.
6. ———. *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique.1987.
7. ———. *La notion de souffrance dans le travail*. Paris: Mimeo.1990.
8. ———. *Travail: Usure mental*(reédition). Paris; Mimeo. 1992.
9. DU GAS B. W.. *Enfermagem prática*. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana. 1984.
10. KLUBER-ROSS, E. . *Morte estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record.1975.
11. LIBOUBAN, C.. *Un aspect nouveau de la charge de travail: la charge psychique*. In: *Psychopatologie du travail*. Paris: Entreprise moderne D'édition. 1985.
12. LOGEAY. P.& GADBOIS. C.. *L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier*. In: *Psychopatologie du travail*. Paris: Entreprise Moderne D'Édition.1985.
13. MANZOLLI, M. C.. *Aspectos sobre a morte e o morrer: pesquisa de ação participante com alunos de enfermagem*. In: *jornada científica da Universidade Federal de São Carlos*. São Carlos: E.S.P.1982.
14. ———. *Relacionamento na enfermagem: aspectos psicológicos*. São Paulo: Sarvier.1983.
15. MENDES, A. M.. *Prazer-Sofrimento no trabalho qualificado: um estudo exploratório com engenheiros de uma empresa pública de telecomunicações*. Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB.1994.
16. PITTA, A... *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec. 1990.
17. LINHARES, N. J. R.. *Atividade, prazer-sofrimento e estratégias defensivas do enfermeiro: Um estudo na UTI de um hospital público - DF*. Dissertação de mestrado. Brasília: Universidade de Brasília. 1994.