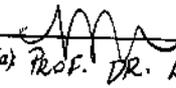


Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação / Tese de Mestrado / Doutorado,  
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre / Doutor  
em SAÚDE MENTAL.  
CAMPINAS (SP), 26, setembro, 1994

Orientador(a)  DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

# A ENFERMAGEM DIANTE DO PACIENTE COM AIDS E A MORTE

ROSELY MORALES DE FIGUEIREDO

EGBERTO RIBEIRO TURATO  
Orientador

Dissertação de mestrado apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental  
da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como  
parte dos requisitos para obtenção do título  
de Mestre em Saúde Mental.

Campinas  
1994

F469e

23379/BC

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Figueiredo, Rosely Moralez de

P469e A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte / Rosely  
Moralez de Figueiredo. -- Campinas, SP : [s.n.], 1994.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 2. Morte. 3. En-  
fermagem. 4. Drogas ilícitas. 5. Homossexualidade. I. Turato,  
Egberto Ribeiro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas. III. Título.

20. CDD- 616.979 2 616.078 610.73  
616.86 616.858 34

Índices para catálogo sistemático:

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida 616.979 2
2. Morte 616.078
3. Enfermagem 610.73
4. Drogas ilícitas 616.86
5. Homossexualidade 616.858 34

## AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio e confiança.

A Egberto Ribeiro Turato, pela orientação, disponibilidade e amizade.

A Rodolfo, pelo companheirismo, ajuda e entusiasmo.

A Neury José Botega, pelas sugestões e pela leitura crítica do projeto e versão preliminar da tese.

A Lídia Straus e Evandro Gomes de Mattos pela leitura do projeto e sugestões.

Muitas pessoas participaram proximamente de minha vida durante o período de elaboração deste trabalho, contribuindo diretamente na realização do mesmo ou incentivando-me nos períodos não muito fáceis, às quais eu agradeço: Francisco Hideo Aoki, Rodolfo Antônio de Figueiredo, Maria Clara Padoveze, Maria Rosa Ceccato Colombrini, Egberto Ribeiro Turato, Neury José Botega e Silvana Vieira Amorim.

Ao Departamento de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Unicamp e Divisão de Enfermagem do Hospital da Puccamp pela permissão de realização deste trabalho.

A todos os amigos do Hospital de Clínicas da UNICAMP, principalmente a equipe de enfermagem da unidade de MI.

Agradeço, em especial, a equipe de enfermagem do MI da PUCCAMP pela receptividade e carinho com que me receberam.

# ÍNDICE

I - BREVE HISTÓRICO .....	5
II - INTRODUÇÃO .....	8
1 - A doença terminal e a morte .....	8
2 - Aspectos médicos da AIDS .....	12
3 - Aspectos psicossociais da AIDS .....	15
4 - A enfermagem frente à AIDS e à morte .....	17
III - OBJETIVOS .....	23
1 - Objetivo principal .....	23
2 - Objetivos específicos .....	23
IV - RECURSOS METODOLÓGICOS .....	24
1 - O Método Clínico .....	25
2 - Técnica empregada, instrumento elaborado e operacionalização .....	25
2.1. Técnica .....	25
2.2. Elaboração do instrumento .....	27
2.3. Operacionalização .....	27
3 - População estudada .....	28
3.1. Características da população .....	28
3.2. Critérios de inclusão .....	29
4 - Características dos serviços .....	29
4.1. MI - UNICAMP .....	29
4.2. MI - PUCCAMP .....	30

5 - Tratamento dos dados .....	30
<b>V - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
1 - Introdução .....	32
2 - Caracterização dos entrevistados .....	32
3 - Apresentação dos resultados: TEMAS .....	38
3.1. Resistência ao trabalho com AIDS .....	39
3.2. Reações emocionais e atitudes .....	47
3.2.1. Sentimento de pena e angústia .....	48
3.2.2. Conflitos com crenças, drogadição e a sexualidade .....	53
3.2.3. Mecanismos de identificação .....	58
3.2.4. A raiva, a ambivalência e a onipotência	60
3.3. A morte e suas dimensões .....	66
3.3.1. O cuidado com o corpo .....	70
3.4. Soluções e atenuantes propostos pelos próprios profissionais .....	73
<b>VI - CONCLUSÕES E SUGESTÕES .....</b>	<b>76</b>
<b>VII - RESUMO .....</b>	<b>79</b>
<b>VIII - ABSTRACT .....</b>	<b>80</b>
<b>IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>81</b>
<b>X - ANEXOS .....</b>	<b>91</b>
1 - Roteiro da entrevista .....	91
2 - Entrevistas realizadas .....	93

## I - BREVE HISTÓRICO

Minha experiência profissional junto aos indivíduos com AIDS (já em português, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) se dá em meu trabalho diário como enfermeira da Unidade de Moléstias Infecciosas (MI) do Hospital das Clínicas (HC) da UNICAMP.

Realizo este trabalho há cerca de quatro anos e nesta rotina pude observar a difícil relação existente entre as equipes de saúde - em especial a equipe de enfermagem - e o paciente com AIDS.

Avaliando a relação profissional da enfermagem-paciente com AIDS, observei que daí emergiam sentimentos desordenados, mas pude identificar alguns, como pena e raiva, entre outros. De forma geral, percebia na relação um envolvimento com sofrimento por parte da equipe profissional...

O que esta nova doença (nova para mim) era capaz de provocar nas pessoas? O que estava sendo envolvido? Qual a dimensão desta situação? Estas foram as primeiras perguntas que vieram à minha cabeça.

Com a finalidade de melhor compreender a relação citada acima, fui me informando a respeito do assunto, definindo melhor minhas questões e me interessando cada vez mais pela temática.

A AIDS é um fenômeno que não pode ser explicado por uma única corrente; a doença é abrangente demais e necessita do trabalho de profissionais das mais diferentes áreas para ser compreendida.

Muitos autores tentam explicar o que significou a chegada da AIDS. CAMARGO (1991) afirma que, no século vinte, a morte chega mais tarde do que no século dezanove, pois o homem, através da tecnologia, aprende a prolongar a vida. As doenças infecciosas que ainda podiam matar, normalmente estavam ligadas ao baixo nível sócio-econômico, ou seja, um indivíduo que tivesse recursos teria condições de prolongar seu tempo de vida. A AIDS chega rompendo com este conceito.

FERREIRA (1992) diz que o surgimento da AIDS alterou até o status da medicina, quebrando a crença em seus poderes onipotentes, afirmando também que há muito tempo a ciência não se deparava com uma doença que ameaçasse toda a humanidade, não poupando nem as nações mais industrializadas.

A ligação entre AIDS e comportamentos sexuais e sociais não aceitos provocam reações de dúvidas e julgamento moral por parte da equipe profissional. CASSORLA (1991) menciona que a equipe profissional que trabalha com AIDS depara-se com os seguintes agravantes: como lidar com informações novas, sub-grupos como prostitutas, homossexuais e toxicômanos, entre outros.

Além disso, a presença constante da morte força o profissional a ter que enfrentar a finitude do homem, o que, inevitavelmente, gera sentimentos de negação e angústia (TORRES & GUEDES, 1992; FLASKERUD, 1992).

Outro fato que eu percebia como gerador de estresse e opiniões conflitivas é a assistência de enfermagem a este paciente que está morrendo e a utilização ou não de equipamentos artificiais para manter a vida.

Envolvida com toda esta problemática, e ainda mais motivada para conhecer melhor esta relação, é que me dispus

a realizar minha dissertação de mestrado em torno deste tema.

Com a visão de pesquisadora e de profissional do meio, acredito ter realizado um trabalho que levanta características peculiares e muito íntimas destes profissionais, que somente através da vivência pessoal desta situação, isto poderia ter emergido.

## II - INTRODUÇÃO

### 1. A doença terminal e a morte

A concepção moderna do hospital é a primeira manifestação de negação da morte, comprometendo-se exclusivamente com os processos de cura (e.g. TORRES & GUEDES, 1992).

Segundo FOUCAULT (1979), antes do século XVIII o hospital não era uma instituição médica e a medicina não era uma prática hospitalar. O hospital era destinado ao abrigo de pobres que esperavam a morte, ou seja, um morredouro. O personagem central era o pobre que estava morrendo e não o doente a ser curado.

A transformação histórica da instituição hospitalar em um local predominantemente de cura pode ser explicado em parte pelo dramático crescimento da ciência e da tecnologia da medicina (TORRES & GUEDES, 1992).

TORRES & GUEDES (1992), afirmam ainda que não é de se estranhar que a partir dessa concepção moderna, a morte seja considerada uma intrusa, algo que incomoda e perturba, sendo necessária a utilização da negação deste fenômeno. Esta negação pode ainda se manifestar de duas formas: com a convicção de que pessoa alguma morre no hospital ou da estratégia do ocultamento da morte que já ocorreu.

Com o avanço tecnológico, a hospitalização e o prolongamento da vida assumem dimensões gigantescas, sendo cada vez mais difícil assumir a fatalidade da morte. Pacientes ditos terminais são submetidos a terapêuticas cada

vez mais invasivas e agressivas, tudo na tentativa de se retardar ou evitar a morte (BOEMER, 1989; BOEMER, ROSSI & NASTARI, 1991; BOEMER, ZANETI & VALLE, 1991; KLAFKE, 1991; KOVÁCS, 1991).

Este endeusamento tecnológico é, ainda segundo TORRES & GUEDES (1992), outra forma de manifestação da negação da morte no contexto hospitalar.

Evidentemente, não é concebível se negar a importância da evolução da técnica na medicina. Porém, cabe-nos questionar a utilização destes indispensáveis recursos na luta para se prolongar a vida a qualquer preço, ou seja, não se aceitando o limite do homem e negando veementemente a morte; não dando àquele o direito de aceitá-la e compartilhá-la com dignidade e respeito ao lado de sua família.

A morte é uma preocupação universal do homem, descrita em diversas obras como WEISMAN (1972), ARIÉS (1977, 1982), KUBLER-ROSS (1981), TORRES & GUEDES (1992), entre outras. Esta preocupação não está subordinada qualitativamente à idade, crenças, níveis cultural e econômico ou civilizações, podendo assumir as mais diversas formas (KOVÁCS, 1991).

A preocupação com a morte no ambiente hospitalar é uma questão que envolve tanto o paciente e sua família quanto os profissionais que o assistem. Segundo STOLLER (1980) e KINCADE (1982-83), o cuidar de pacientes terminais tem sido um importante desafio para os profissionais da área da saúde.

STOLLER (1980), menciona também que a equipe de enfermagem é particularmente importante nesta relação, uma vez que ela passa mais tempo ao lado do paciente e é quem primeiro atende suas necessidades.

BOEMER, ROSSI & NASTARI (1991) relatam existir atualmente um silêncio que paira sobre a morte, mas de natureza diferenciada do que existia ao redor deste tema em tempos anteriores. Hoje, o silêncio por parte dos profissionais expressa o inteiro desconhecimento do problema e a dificuldade em se lidar com ele.

KINCADE (1982-83) e TORRES & GUEDES (1992) afirmam que os profissionais de saúde são acostumados a tratar com sucesso de pacientes e não aceitam falhas. Assim, reforçam a necessidade de negar a morte, uma vez que não possuem preparo para lidar com as complexas questões emocionais e espirituais que envolvem este assunto.

Com relação ao paciente, autores como KUBLER-ROSS (1981) discutem o direito de o paciente poder expressar livremente sua percepção de que vai morrer e a assumir que o mesmo tem consciência de tudo o que acontece ao seu redor, independentemente das tentativas da família e da equipe de saúde da ocultação dos fatos.

A mesma autora descreve, as cinco fases pelas quais podem passar os pacientes nesta situação, que são: negação, raiva, promessas, interiorização e aceitação.

Estas fases são descritas por Kubler-Ross com a intenção de explicar didaticamente, a provável trajetória pela qual passariam todos os indivíduos diante de uma situação de perda.

Na negação, o indivíduo não aceita seu diagnóstico, acreditando que há aí algum erro, que aquela situação não se refere a si próprio. Em seguida, esta pessoa eventualmente caminha em direção à raiva, momento no qual o sentimento de revolta pode inclusive ter como alvo os profissionais que o atendem. Nesta fase o paciente já admite estar com a doença, mas se questiona: "Por que eu?"

Na fase seguinte ocorre a barganha, através de promessas e mudanças de hábitos, na tentativa de diminuir o sofrimento ou se recuperar. Nesta fase ocorrem as conversões religiosas, orações, etc..

Na interiorização, o indivíduo necessita de silêncio e isolamento. Ele já tem como definitivo seu processo patológico e precisa se organizar.

Por último deve vir a aceitação, quando o indivíduo tem claro a irreversibilidade da situação e prepara-se, muitas vezes, conversando sobre a morte.

D'ASSUMPCÃO (1987), CASSORLA (1991) e LOPES(1993), lembram-nos que estas fases tem durações variáveis e podem ocorrer numa ordem diferente, que varia de pessoa para pessoa, podendo estar presentes também nos profissionais de saúde, familiares, amigos e parceiros.

Baseado nisto, é que KOVÁCS (1991) percebe que os profissionais de saúde acumulam dois problemas, pois além de terem a morte como uma preocupação pessoal, a mesma ainda faz parte do cotidiano profissional.

Considerando que os profissionais de saúde são formados para manutenção e recuperação da vida e que a morte é encarada por eles como um fracasso, esta vivência contínua com situações de conflito interior (como no caso, a morte) geram angústias e sensação de impotência, dificultando a vida do indivíduo como ser humano e como profissional (MELLO FILHO, 1983).

KLAFKE (1991) escreve que somente durante seu trabalho com equipes que lidam com a morte no dia a dia, é que pôde observar o sofrimento presente nestes profissionais.

Autores como BOEMER (1989), SONTAG (1989), CASSORLA (1991), KLAFKE (1991), KOVÁCS (1991), TORRES & GUEDES (1992), entre outros, demonstram uma preocupação com o tema

e, em especial, com a necessidade de formação acadêmica do profissional neste aspecto.

Atualmente, o contato com a morte no ambiente hospitalar toma uma nova dimensão. Com o surgimento da AIDS, uma nova doença ainda fatal e acompanhada de muitas dúvidas e preconceitos morais e sociais, torna o contato com a morte mais constante.

A seguir será descrito um breve histórico da doença conforme e.g. DURHAN & COHEN (1989).

## 2. Aspectos médicos da AIDS

A descoberta da AIDS origina-se nos resultados das investigações de cinco casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em homens jovens em Los Angeles, nos Estados Unidos e posteriormente o relato de oito casos de Sarcoma de Kaposi em homens jovens em Nova Iorque, também nos Estados Unidos, em 1981.

O que chamou a atenção dos pesquisadores é que todos os indivíduos eram homossexuais e mantinham vida sexual ativa. Estabeleceu-se também que algo em comum estaria provocando uma baixa na capacidade imunológica destes indivíduos.

Até aquele momento, pensava-se em possíveis práticas homossexuais que pudessem provocar tal baixa na capacidade imunológica, quando então aparece um novo grupo atingido: os usuários de drogas injetáveis.

Surge aí uma delimitação da doença a apenas dois grupos da população: os homossexuais e os usuários de drogas injetáveis, grupos estes marginalizados pela sociedade.

Posteriormente surgem casos de hemofílicos que, após transfusão de componentes sangüíneos, desenvolveram colapso

imunológico semelhante aos casos anteriores. Assim, os pesquisadores, puderam estabelecer um paralelo entre a disseminação da hepatite B e da nova doença.

Uma série de novos episódios, como casos entre heterossexuais e transfundidos, levaram os indivíduos a encararem a AIDS como uma ameaça à população como um todo, e não somente às pessoas cujo estilo de vida era considerado "aberrante".

Neste período, pesquisadores nos Estados Unidos e França chegavam a uma família de vírus que estava causando alterações nos linfócitos-T humanos.

Mais tarde, equipes francesas e americanas anunciaram a descoberta do vírus. Infelizmente, cada um assegurou ter descoberto organismos diferentes e, após alguns meses, ambos admitiram estar estudando o mesmo organismo, denominado de HTLV III/LAV (vírus de linfócitos-T humano tipo III/linfadenopatia associada a vírus).

Em 1986, num esforço do Comitê Internacional de Taxonomia, recomendou-se que o vírus da AIDS passasse a ser chamado de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A partir daí, desenvolveram-se técnicas para detecção do anticorpo para o HIV no sangue e posteriormente a detecção do próprio vírus, utilizando-os então para diagnósticos e qualificação do sangue utilizados para transfusão.

Nesta época, a AIDS já se torna uma verdadeira epidemia, atingindo diversos continentes e também aparecem os primeiros casos de mulheres e crianças contaminadas, passando rapidamente a objeto de preocupação mundial das autoridades em Saúde Pública.

Com a realização do teste anti-HIV nos bancos de sangue, bem como com o empenho das comunidades homossexuais

no mundo todo, a transmissão da AIDS por estas vias diminui acentuadamente.

A transmissão por relações heterossexuais e vertical (mãe-filho), começam a desmitificar a AIDS como sendo uma doença de somente alguns grupos da população.

Desta forma, o conceito até então existente de grupos de risco, passa a ser substituído por comportamentos de risco, onde qualquer indivíduo da população, ao se submeter à uma situação de risco, pode contrair o vírus.

Para uma melhor compreensão de comportamento de risco, deve-se conhecer o conceito de portador assintomático.

Portadores assintomáticos são os indivíduos que adquiriram o vírus HIV e não apresentam nenhum sinal ou sintoma da doença, porém, são capazes de transmiti-lo.

Estes indivíduos acabam sendo os responsáveis pela disseminação da doença, quer seja por relações sexuais de qualquer natureza, quer seja ao compartilhar agulhas. Nas mulheres, ocorre ainda a transmissão vertical.

O indivíduo contaminado pelo HIV pode permanecer assintomático por períodos variáveis de duração, podendo chegar a anos. Diz-se que o indivíduo tem AIDS somente quando, devido à sua imunodeficiência, começa a apresentar infecções ou neoplasias oportunistas.

Estas infecções e neoplasias oportunistas podem ser tratadas, mas a infecção pelo HIV e a imunodeficiência, não. Atualmente, medicamentos, como o AZT podem apenas diminuir o ritmo de multiplicação do vírus, sem efetivamente destruí-lo.

Por este motivo, uma vez detectado o HIV em um indivíduo, ele deve iniciar acompanhamento médico contínuo para orientação quanto às medidas preventivas, tanto no sentido de não contaminar outras pessoas, como no de não

adquirir infecções, além de diagnóstico e tratamento precoce de infecções e neoplasias oportunistas.

Infelizmente, ainda não se atingiu um tratamento eficaz que levasse à cura ou uma vacina para se evitar a doença. Medidas educativas e preventivas, como uso de preservativos nas relações sexuais e não compartilhar agulhas e seringas, são as mais importantes e únicas formas de se evitar a doença.

### **3. Aspectos psicossociais da AIDS**

A história da medicina tem mostrado que uma doença não atinge somente as pessoas que a contraem; a sociedade como um todo se ressentiu sempre das repercussões do sofrimento, principalmente em se tratando de epidemias. Com a AIDS, estas repercussões têm sido de uma intensidade inédita (BONTEMPO citado por DRESLER & BOEMER, 1993)

SONTAG (1989) afirma que a AIDS leva as pessoas a serem consideradas doentes antes mesmo de adoecerem, surgindo uma espécie de morte social que precede a morte física. Trabalhos foram realizados neste sentido, para se tentar compreender a AIDS pelo lado do doente, tais como DRESLER & BOEMER (1993), KUBLER-ROSS (1987) e a própria SONTAG (1989), entre outros.

Para muitos autores, a AIDS é cercada por fatores geradores de preconceitos e discriminação. Isto pode ser explicado pelo fato de ser uma doença que teve seu início em grupos de indivíduos marginalizados, (como os homossexuais e usuários de drogas injetáveis), ser uma de suas principais vias de transmissão, a sexual; ser uma doença reveladora, expondo formas de vida do indivíduo e ter se alastrado com

muita velocidade nos países pobres (KUBLER-ROSS, 1987; DESSUNTI, 1989; DURHAM & COHEN, 1989; SONTAG, 1989; GIR & MORIYA, 1990; CASSORLA, 1991; SOUZA FILHO & HENNING, 1992).

GIR e MORIYA (1990) colocam ainda que, muitas vezes, este preconceito e discriminação podem atingir inclusive os profissionais que lidam com estes pacientes.

Somando-se a estes agravantes, a doença atinge predominantemente a população jovem, em sua plena fase produtiva e economicamente ativa, ocasionando um desequilíbrio acentuado na estrutura familiar (DESSUNTI, 1989; SONTAG, 1989).

Para DURHAM & COHEN (1989) e SONTAG (1989), o diagnóstico de AIDS vem acompanhado de uma sentença de morte, mas não somente por ser a AIDS uma doença ainda fatal, e sim por ser uma doença desfigurante que mostra a decomposição do corpo através do emagrecimento, vômitos e diarreia. Para estes autores, somente entendendo os conceitos de perda e isolamento é que se é capaz de entender o impacto da AIDS. A perda do contato social, do emprego, do salário, da intimidade física, da aparência e do controle de seu corpo é que levam o paciente a entrar em desespero ao saber seu diagnóstico.

FERREIRA (1992) diz que as alternativas mais freqüentes dos pacientes ao saberem um diagnóstico de HIV como reação à perda, são a negação, o luto ou a melancolia.

Com a negação, o paciente não toma contato com nenhuma de suas perdas, é como se nada estivesse acontecendo.

O mesmo autor continua dizendo que o luto é uma busca de abandono da catexia objetal, uma vez que é sempre uma reação à perda real de um objeto amado. No paciente com AIDS, este processo de luto só se completa quando o

indivíduo aceita a dor da perda da saúde e de certos hábitos, ou seja, permite-se o luto.

Já a melancolia, continua FERREIRA (1992), define-se como a cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima; instala-se quando o paciente tem consciência de que perdeu alguma coisa amada, mas não admite esta perda. Estes indivíduos se esforçam para manter uma aparência normal, porém apresentam depressão, idéias suicidas, culpa e acabam por afastar-se do convívio social.

LOPES(1993) diz que no momento do diagnóstico, as respostas afetivas mais comuns incluem raiva, medo, desamparo, desesperança, vergonha ou culpa. Se estes afetos são muito intensos e não trabalhados, podem limitar a habilidade do paciente em lidar com a doença.

#### **4. A enfermagem frente à AIDS e à morte**

Segundo CASSORLA (1991) a equipe profissional que trabalha com AIDS depara-se ainda com outros agravantes como "o medo à exposição; à transmissão; lidar com informações novas; lidar com subgrupos como homossexuais, toxicômanos, prostitutas; o prognóstico imprevisível; pacientes jovens; o ter haver-se com a morte e o morrer e o preocupar-se com a impotência, desesperança, a agressividade, a negação e uma outra série de mecanismos mentais que invadem o profissional".

A enfermagem, ao deparar-se com uma nova doença, passa por diferentes fases de adaptação para se incorporar à nova prática.

Segundo FLASKERUD (1992), a falta de informações e a novidade da doença trouxeram muita insegurança e receio entre os profissionais de enfermagem. À medida em que aumentavam os conhecimentos acerca da doença e de sua transmissão, bem como, a experiência em se lidar com estes pacientes, ocorria uma redução da ansiedade, dos medos, do mal-estar, do embaraço e das atitudes sociais negativas presentes nesta situação.

FLASKERUD (1992) afirma também que o medo da doença e de sua transmissibilidade é a preocupação mais intensa de enfermeiros e médicos, e no caso da enfermagem, esse medo se traduz pelo abandono de emprego, pela recusa em se tratar de tais pacientes, fornecendo apenas os cuidados estritamente necessários, culminando no isolamento desnecessário dos mesmos, com a utilização exagerada de equipamentos de proteção (máscaras, aventais, luvas duplas, sapatos cirúrgicos).

Entretanto, num segundo momento, FLASKERUD (1992) expõe uma nova área de dificuldades que surgiu à medida em que a enfermagem passou a julgar moral e socialmente o valor e o merecimento dos indivíduos com AIDS. Estes profissionais apresentavam atitudes negativas em relação aos comportamentos sexuais e ao estilo de vida de certos grupos, como os homossexuais, os viciados em drogas e as prostitutas, o que piorava ainda mais a relação entre profissionais e seus pacientes.

Autores de todo o mundo, como CHIDA et al. (1985), MENEGHIN (1986), BARROS et al. (1989), DESSUNTI (1989), GIR & MORIYA (1990), FIGUEIREDO (1992), PLANT & FOSTER (1993), WICHER (1993), entre outros, realizaram trabalhos preocupando-se com o medo de contaminação presente nos profissionais de enfermagem, formas de prevenção e técnicas

de assistência, o que demonstra a importância dessa problemática.

No entanto, poucos autores, como DESSUNTI (1989), GIR & MORIYA (1990), CASSORLA (1991), DRESLER & BOEMER (1991), EGAN (1993) e van-SERVELEN (1993) mencionam a complexidade da condição da saúde mental do profissional que assiste a esse tipo de paciente. O número de autores se restringiria ainda mais se considerássemos apenas os autores nacionais.

CASSORLA (1991) diz que, por uma resistência natural, poucos trabalhos avaliam os sentimentos e as reações da equipe de saúde diante de situações que a mobilizam.

O trabalho da enfermagem desenvolvido em pacientes com AIDS é considerado extremamente desgastante, tanto no que diz respeito aos cuidados físicos, quanto ao desgaste emocional, uma vez que tais pacientes são extremamente dependentes, com internações repetidas e que quase sempre culminam na morte (DRESLER & BOEMER, 1991).

Este desgaste extremo, é chamado na língua inglesa de *burnout*, ara o qual não há uma tradução específica, mas poderíamos aproximar o termo a "esgotamento", "queima das forças vitais".

O esgotamento passa a ser a principal preocupação dos profissionais que lidam com AIDS e das instituições que recrutam profissionais para estas áreas.

A equipe de enfermagem ainda se depara com mais um agravante, uma vez que lhe é cobrada a objetividade na atuação e, ao mesmo tempo, dedicar-se ao paciente diante de suas necessidades mais elementares. Ela possui um alto nível de responsabilidade no cuidado com o corpo do paciente e um baixo poder de decisão quanto às condutas e procedimentos técnicos realizados naquele corpo. Isto só vem contribuir com o aumento da tensão gerada no confronto do profissional

com a morte e com os demais membros da equipe (SHELLEY, 1987; BOEMER et al. 1991; TORRES, 1991; KOVÁCS, 1991; van-SERVELLEN, 1993).

BOEMER et al. (1991) explicam ainda que para o paciente, a enorme atenção dispensada às técnicas, jamais encontra equivalência na atenção em proporcionar conforto à hora da morte; uma vez que manter o paciente vivo a todo custo e ajudá-lo a morrer de uma forma digna é uma tarefa difícil.

Segundo DESSUNTI (1989), GIR & MORIYA (1990) e TORRES & GUEDES (1992), somente na experiência diária é que se observa o quanto os profissionais de enfermagem estão despreparados, pessoal e cientificamente, para abordar os temas da sexualidade e da morte eminente, juntamente com os tabus e preconceitos que afloram por ocasião do relacionamento interpessoal com o paciente com AIDS, mantendo-se angustiados e inseguros quanto à realidade desta nova entidade nosológica.

O estresse e o medo gerados por estas situações não podem ser ignorados; é preciso identificá-los, assumir e integrar estas emoções inerentes ao ser humano que são, portanto, legítimas (PÁDUA, 1986).

A formação profissional de toda a equipe de saúde, inclusive das diferentes categorias da enfermagem, é voltada para o restabelecimento da saúde. Portanto qualquer coisa diferente disto é considerada incapacidade, incompetência e fracasso por parte do profissional.

TORRES & GUEDES (1992) afirmam que diante das instituições hospitalares atuais, comprometidas exclusivamente com a cura, é muito difícil, inclusive, a existência de um espaço para o atendimento de doentes com

AIDS, embora possam alegar a falta de recursos financeiros para isto.

Para os profissionais de saúde que têm um sentimento de onipotência com relação à morte, este confronto com o sentimento de fracasso provocado pela doença é de fato muito difícil (KINCADE, 1982-83 e TORRES & GUEDES, 1992).

Por outro lado, esse mesmo sentimento em que se pensa poder superar a morte, presente nos profissionais, pode muitas vezes explicar a escolha profissional através da disponibilidade em se lidar com doenças infecciosas, enfermidades graves e principalmente a presença da morte (MELLO FILHO, 1983). Entretanto, este sentimento de onipotência é extremamente delicado, e seu rompimento pode levar a um desequilíbrio emocional desastroso.

Como lidar então com um paciente onde a perspectiva da morte é uma constante? Aos profissionais, não é permitido mostrar seus medos, receios e negações diante do sofrimento e morte de um paciente (BOEMER, 1991; KLAFKE, 1991)?

Nessa situação, a sensação de angústia e impotência pode se manifestar de muitas formas: pessoas recusando-se a trabalhar nestes locais, depressão, estresse e até discriminação cheia de preconceitos com tais pacientes.

Segundo SILVA (1984), somente quando a equipe de enfermagem adquirir convicção do que a morte representa em suas vidas é que poderão atender as necessidades do paciente terminal.

Pelo trabalho de KINCADE (1982-83), 20% dos profissionais de saúde que atendiam a doentes terminais alegaram que se sentiam extremamente desconfortáveis nessa função e necessitavam receber ajuda psicológica, dados estes reforçados pelos trabalhos de GIR & MORIYA (1990) e DRESLER & BOEMER (1991).

Com o objetivo de se conhecer os conflitos gerados entre a equipe de enfermagem e a presença da morte, presente no paciente com AIDS, e de como isto pode interferir nas relações interpessoais destes profissionais, e na tentativa de sugerir formas de intervenção nesta situação amenizando estes conflitos, é que se propõe este trabalho.

### **III - OBJETIVOS**

#### **1 - Objetivo principal**

Identificar e discutir, utilizando como questão norteadora as relações de trabalho e o referencial psicodinâmico, aspectos da relação entre equipes de enfermagem e pacientes com AIDS, bem como formas de manifestações dos eventuais conflitos gerados nesta relação.

#### **2 - Objetivos específicos**

\*Procurar conhecer as situações geradoras de conflitos internos nesta relação.

\*Evidenciar reações emocionais e atitudes habituais da equipe diante da morte do paciente com AIDS.

\*Propor formas para lidar com estes conflitos, visando a recriar nova relação, na tentativa de melhorar nível da saúde mental da equipe e a qualidade de assistência.

## IV - RECURSOS METODOLÓGICOS

Este estudo acontece no campo da psicologia médica. Muitos autores definiram o conceito de psicologia médica, agrupados por D.ANDREA (1983): Davanzo - "compreende diversas disciplinas que estudam as manifestações psicológicas no campo da medicina"; Issua - "compreende o conjunto de conhecimentos e técnicas psicológicas aplicadas ou elaboradas pelo médico em sua própria atividade. Sempre que atua profissionalmente, produz-se um encontro de pessoas, portanto, os aspectos médico-psicológicos são inerentes a qualquer tipo de atividade médica"; Garrone - "Os aspectos psicológicos e sociais da atividade médica, compreendidas as relações humanas que o médico estabelece com seus pacientes, colegas, colaboradores, bem como sua ligação com as instituições médicas e a sociedade".

BALINT (1975), fala que a psicologia médica não tende a introduzir na medicina a psiquiatria, a psicanálise ou a psicoterapia ou formar completamente os médicos nestas disciplinas, mas sim, tende a proporcionar a todas as disciplinas médicas a dimensão do conhecimento do homem em qualquer especialidade que ele esteja.

Cabe, obviamente, estabelecer-se um paralelo, quando se refere à medicina, às demais profissões da área da saúde, entre elas a enfermagem.

Desta forma pode-se chegar a um conceito de psicologia médica como sendo um campo de estudo cujo objeto principal é a relação profissional de saúde - paciente.

## **1. O Método Clínico**

O método clínico é essencialmente empregado nas ciências humanas e médicas (TRUJILLO FERRARI, 1982) e caracteriza-se pela relação íntima e pessoal com o sujeito estabelecendo o "rapport", que é definido por HINSIE & CAMPBELL (1975), como "harmoniosa relação em grupo".

Este método teve sua origem no "estudo de caso", no qual um paciente era avaliado profundamente "em seu leito" (clinos = leito). A utilização deste método permite estudar indivíduos ou grupos sem a preocupação com a representatividade, uma vez que o importante é a individualidade e não a generalização (BOTEGA, 1990).

Optei por este método uma vez que o considere a melhor forma para registro e análise de discursos onde se buscam sentimentos que envolvam o assunto pesquisado.

## **2. Técnica empregada, instrumento elaborado e operacionalização**

### **2.1. Técnica**

A técnica utilizada foi a entrevista semi-dirigida. Segundo BLEGER (1980) a entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é capaz de levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica.

A escolha da entrevista semi-dirigida permite que o entrevistado tenha tempo e espaço para falar livremente sobre o assunto e com isso deixar fluir sentimentos e emoções que possam vir à tona durante a realização da mesma.

À utilização da entrevista permite-se ainda somar dados ao conteúdo dito, como entonação de voz, gestos, sorrisos e brincadeiras, que podem ser observados e registrados no transcorrer da mesma (BLEGER, 1980; BOTEGA, 1990).

BLEGER (1980) ainda salienta fenômenos altamente significativos que podem surgir no transcorrer das entrevistas: a transferência e a contratransferência.

A transferência, segundo LAPLANCHE & PONTALIS (1977), "trata-se de uma repetição de protótipos infantis, vivida com uma sensação de atualidade acentuada". Com isto, permite-se o aparecimento de sentimentos, atitudes e condutas inconscientes por parte do entrevistado que pode acrescentar uma dimensão muito importante ao conhecimento da estrutura de sua personalidade e ao caráter de seus conflitos, o que nunca se conseguirá com somente questões e respostas objetivas (BLEGER, 1980).

LAPLANCHE & PONTALIS (1977), definem contratransferência como sendo "um conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e mais particularmente à transferência deste". BLEGER (1980), completa que na contratransferência incluem-se todos os fenômenos que aparecem no entrevistador como emergentes do campo psicológico da entrevista. Eles dependem em alto grau da história pessoal do entrevistador, e se surgem é porque existem fatores que agem para que isto aconteça. Para tanto, o entrevistador deve estar atento a estes sentimentos que possam surgir, sem contudo preocupar-se com o aparecimento dos mesmos.

## **2.2. Elaboração do instrumento**

Elaborei uma entrevista-piloto que foi aplicada em três profissionais (um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar de enfermagem). Após análise da mesma, realizei alterações quanto à sequência e utilização de expressões. Esta entrevista reformulada foi testada novamente em outros dois profissionais (dois auxiliares de enfermagem). Após isto, foram feitas mais algumas alterações quanto à clareza das perguntas, e só então utilizada para este trabalho.

Na sua forma final, a entrevista ficou composta por duas partes. A primeira contendo dados de identificação e a segunda parte contendo sete perguntas do assunto específico, além de uma questão em aberto para possíveis complementações, sendo esta segunda parte chamada de dados-eixo do trabalho. As entrevistas completas encontram-se nos anexos, no final deste trabalho. Entretanto, no transcorrer das entrevistas, muitas vezes a sequência das perguntas não foi mantida, visando melhor aproveitamento da abertura do entrevistado para determinados assuntos, e até mesmo colhendo depoimentos livremente, independentes das questões pré-estabelecidas, as quais acabaram servindo apenas como um roteiro.

## **2.3. Operacionalização**

Em contato individual com cada entrevistado foram expostos os objetivos do trabalho, o sigilo a que esta pessoa teria direito e marcado um horário e local para a realização da entrevista, procurando-se criar um "enquadre" constante para todos os casos.

Todas as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho do entrevistado, sendo que a maioria delas feitas durante o horário de trabalho.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e posteriormente transcritas e arquivadas em disquetes.

### **3. População estudada**

#### **3.1. Características da população**

A população estudada compõe-se das equipes de enfermagem das unidades de Moléstias Infeciosas (MI) dos hospitais universitários de Campinas, estado de São Paulo, a saber: Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) da Pontífice Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP). Entende-se como equipe de enfermagem profissionais que prestam assistência de enfermagem, coordenados pelo enfermeiro, sendo eles: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem.

As diferentes categorias da enfermagem diferem em formação acadêmica, indo desde cursos básicos até o nível universitário, o que leva, conseqüentemente, à atribuição de diferentes funções, de acordo com o grau de complexidade da atividade.

Estes hospitais foram escolhidos por serem, até o momento da coleta destes dados, os únicos serviços de internação especializados para o atendimento de pacientes com AIDS, do município de Campinas, e as unidades de MI por

serem os locais que possuem leitos específicos para tais pacientes.

### **3.2. Critérios de inclusão**

Foram incluídos todos os profissionais de enfermagem que trabalhavam nas unidades de MI dos hospitais HC-UNICAMP e HMCP-PUCCAMP há pelo menos 6 meses, no período de julho à dezembro de 1993. Foram excluídos da pesquisa os profissionais de enfermagem que trabalhavam no mesmo horário (plantão) e local que a pesquisadora, além da própria pesquisadora, evitando assim que o transcorrer da entrevista fosse "contaminado" pelas relações de trabalho prévias.

Foram realizados sorteios aleatórios, compondo uma amostra de aproximadamente 50% da população proporcional à categoria profissional e horário de trabalho.

## **4. Características dos serviços**

### **4.1. MI - UNICAMP**

Unidade instalada no sexto andar do Hospital de Clínicas, contando com 18 leitos para pacientes com doenças infecciosas, dos quais, 6, normalmente são destinados a pacientes com AIDS, podendo em algumas situações este número elevar-se.

A unidade, contava no período da coleta de dados, com uma equipe de enfermagem composta por 10 enfermeiros, 23 técnicos/auxiliares de enfermagem e 1 atendente de enfermagem distribuídos em plantões nos períodos da manhã,

tarde e noite. Foram excluídos do estudo 3 enfermeiros, 6 auxiliares/técnicos de enfermagem e 1 atendente de enfermagem por estarem fora dos critérios de inclusão, uma vez que pertenciam ao mesmo plantão que a pesquisadora e uma enfermeira ser a própria pesquisadora.

As categorias auxiliar e técnico de enfermagem foram agrupadas, uma vez que existe um número muito reduzido de técnicos de enfermagem e ambas as categorias executam basicamente as mesmas funções.

## **4.2. MI - PUCCAMP**

Unidade instalada no Bloco 1 do Hospital e Maternidade Celso Pierro, contando com 30 leitos para doenças infecciosas e não havendo número pré-estabelecido de leitos para pacientes com AIDS.

Conta com uma equipe de enfermagem composta por 6 auxiliares e 16 atendentes de enfermagem, sendo que todos obedeceram aos critérios de inclusão.

## **5. Tratamento dos dados**

Para a leitura e interpretação dos dados colhidos nas entrevistas, utilizei como questão norteadora as relações do trabalho e o referencial psicodinâmico.

No primeiro ponto, cumpre uma discussão crítica sobre o contexto do trabalho habitualmente encontrado em serviços de especialidade, apontando tensões emocionais que daí decorrem.

Por outro lado, segundo HINSIE & CAMPBELL (1975), o conceito de psicodinâmica tem como pré-suposto que

sentimentos como prazer e dor, emoção e pensamento, desejo e ações executáveis, refletem uma utilidade adaptativa, ou seja, estuda a motivação e o controle da interação do organismo com seu ambiente cultural.

O referencial psicodinâmico utiliza-se de conceitos trazidos da psicanálise. Entretanto, não tem como objetivo realizar um estudo psicanalítico das pessoas envolvidas no fato, somente toma emprestado estes conceitos na tentativa de compreender, do ponto de vista dinâmico, as atitudes e falas observadas.

O presente trabalho visa dar uma contribuição à compreensão da relação entre o profissional de saúde e o paciente com AIDS, no caso, sob o prisma de uma enfermeira que se propõe a conhecer mais profundamente o assunto.

Este enfoque pode colaborar para uma melhor compreensão da dimensão existente no assistir a um paciente com AIDS. Isto, entretanto, não impede uma diferente análise destes mesmos dados, o que sem dúvida contribuirá com mais facetas para a compreensão do complexo fenômeno das relações profissionais.

A análise dos dados numéricos foi feita baseando-se em Beiguelman (1991), e consistiu de cálculos de médias e desvios-padrão.

## **V - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **1 - Introdução**

As entrevistas transcorreram de forma tranquila e espontânea. Os entrevistados falaram livremente e com empolgação ao perceberem que havia alguém interessado em saber sobre seus sentimentos e opiniões a respeito do seu trabalho.

O resultado mostrou o grande envolvimento existente entre estes profissionais e seus pacientes, os mecanismos por eles utilizados para lidar com esta relação paciente com AIDS - equipe de enfermagem e a necessidade expressa destas pessoas em possuírem espaço e oportunidade para discutirem situações e conflitos do dia a dia.

A duração das entrevistas variou muito, oscilando entre quinze minutos e uma hora.

### **2- Caracterização dos entrevistados**

Foi realizado um total de 21 entrevistas, sendo os entrevistados 04 enfermeiras, 09 auxiliares/técnicos de enfermagem e 08 atendentes de enfermagem.

Apenas um atendente de enfermagem era do sexo masculino. A faixa etária da população estudada é  $34,5 \pm 6,9$  anos ( $x \pm DP$ ,  $N = 21$ ), e o tempo de trabalho com pacientes com AIDS é de  $3,9 \pm 2,4$  anos ( $x \pm DP$ ,  $N = 21$ ). O quadro 1 mostra a distribuição etária entre as diversas categorias profissionais da equipe de enfermagem. Estas mesmas categorias profissionais são distribuídas por estado civil

(apresentadas no quadro 2), filhos (quadro 3), religião (quadro 4) e tempo que trabalha com AIDS (quadro 5).

*Quadro 1. Distribuição por idades (em anos) das diversas categorias profissionais. N = número de indivíduos.*

Categoria	Idade			N
	22 - 29	30 - 39	40 - 44	
<i>Enfermeiro</i>	25,00%	75,00%	---	4
<i>Auxiliar/técnico</i>	33,33%	55,56%	11,11%	9
<i>Atendente</i>	12,50%	50,00%	37,50%	8
<i>Total</i>	23,80%	57,15%	19,05%	21

*Quadro 2. Distribuição por estado civil das diversas categorias profissionais. N = número de indivíduos.*

Categoria	Estado civil				N
	Casado	Solteiro	Viúvo	Divorciado	
<i>Enfermeiro</i>	50,00%	50,00%	---	---	4
<i>Auxiliar/ técnico</i>	33,33%	66,67%	---	---	9
<i>Atendente</i>	37,50%	25,00%	12,50%	12,50%	8
<i>Total</i>	38,10%	47,61%	4,77%	9,52%	21

**Quadro 3.** Distribuição por presença ou não de filhos das diversas categorias profissionais. *N* = número de indivíduos.

Filhos	Categoria profissional			
	<i>Enfermeiro</i>	<i>Auxiliar/técnico</i>	<i>Atendente</i>	<i>Total</i>
<i>Sim</i>	50.00%	55.56%	100.00%	71.42%
<i>Não</i>	50.00%	44.44%	---	28.58%
<i>N</i>	4	9	8	21

*Quadro 4. Distribuição por religião das diversas categorias profissionais. N = número de indivíduos.*

Filhos	Categoria profissional			
	<i>Enfermeiro</i>	<i>Auxiliar/técnico</i>	<i>Atendente</i>	<i>Total</i>
<i>Católica</i>	100.00%	77.77%	100.00%	90.47%
<i>Evangélica</i>	---	22.23%	---	9.53%
<i>N</i>	4	9	8	21

*Quadro 5. Distribuição por tempo de trabalho com pacientes com AIDS (em meses) das diversas categorias profissionais. N = número de indivíduos.*

Categoria	Tempo de trabalho com AIDS (meses)				
	6 a 12	13 a 24	25 a 48	49 a 72	+ de 73
<i>Enfermeiro</i>	---	25,00%	25,00%	50,00%	---
<i>Aux./técnico</i>	11,11%	33,33%	22,22%	11,11%	22,22%
<i>Atendente</i>	12,50%	12,50%	37,50%	25,00%	12,5%
<i>Total</i>	9,52%	23,81%	28,57%	23,81%	14,29%

### 3 - Apresentação dos resultados: Temas

A seguir serão apresentadas e discutidas as entrevistas, baseadas na discussão de uma estrutura das relações de trabalho e no referencial psicodinâmico, já descritos na metodologia.

Para facilitar a organização e apresentação do material, os conteúdos foram divididos em grandes temas.

Estes temas foram agrupados de acordo com o assunto trazido pelas respostas dos entrevistados. Trechos originais das entrevistas foram utilizados para ilustrar a discussão. Assim, os temas tratados serão estes: resistência ao trabalho com AIDS, reações emocionais e atitudes e, por fim, a morte e suas dimensões.

Segundo NOYES & KOLB (1966), cada espécie animal, no curso de sua evolução, desenvolve diversos mecanismos por meio dos quais pode adaptar-se às condições vitais em que se encontra.

Os mesmos autores acima, continuam dizendo que a verdadeira essência da vida é a adaptação, e por isto o homem produziu também recursos psicológicos que o ajudam a controlar suas tensões e necessidades.

Estes recursos, denominados mecanismos de adaptação, efetuam uma adaptação às situações de tensão, atenuando assim experiências que, de outra maneira, seriam intoleravelmente penosas e incômodas (NOYES & KOLB, 1966).

Baseado nisto, fica possível compreender o surgimento de tais mecanismos ao longo das falas dos entrevistados.

### 3.1. Resistência ao trabalho com AIDS

Nas entrevistas encontram-se várias falas que demonstram as dificuldades e o receio em se trabalhar diretamente com pacientes com AIDS.

O trabalho de enfermagem é realizado diretamente com o paciente, estando permanentemente em contato com fluidos corpóreos destes indivíduos. Este contato pode se dar, por exemplo, através da administração de soluções parenterais e punções vasculares, (o que é uma atribuição do técnico/auxiliar de enfermagem); pela higiene corporal e do leito (troca de roupas de cama), tarefa normalmente atribuída ao atendente de enfermagem. O enfermeiro transita por todas estas atribuições, além do atendimento das urgências e emergências, do atendimento dos pacientes mais complexos e da administração deste trabalho.

A atribuição de funções, embora com exigências legais, nem sempre é respeitada, uma vez que as instituições não dispõem de profissionais em número e qualificação suficientes.

Na maioria das vezes, os hospitais-escola, na maioria das vezes, possuem um pessoal de enfermagem melhor qualificado e respeitam as especificações legais. Entretanto, pode-se observar que, mesmo em se tratando desta realidade, existe uma sensível discrepância entre o número de profissionais disponíveis e a qualificação dos mesmos, quando comparamos as duas instituições que foram estudadas.

Outra característica dos hospitais-escola é que, por oferecerem atendimento gratuito atendem uma população predominantemente de extrato sócio-econômico baixo, sendo

uma população relativamente homogênea quanto a este indicador.

Durante a assistência aos pacientes, os principais temores relatados foram: receio de picadas de agulhas contaminadas e exposição de mucosas e pele, com solução de continuidade, a fluidos corpóreos.

Os entrevistados justificam a resistência ao trabalho com AIDS alegando a existência do medo de se contrair a doença, pois não acreditam que realmente se conheçam todas as formas de transmissão do vírus, que os pacientes são muito "difíceis" e o trabalho é desgastante, tanto física quanto emocionalmente.

Pode-se observar também que nenhum dos profissionais entrevistados optou por trabalhar em áreas em que houvesse pacientes com AIDS: foram designados pela chefia ou era o único local com vagas disponíveis no momento da contratação.

A seguir trechos do discurso que ilustram a discussão acima.

*"Aqui a gente está acostumada, mas fora do bloco 1, é o medo, a gente sente (...) tem medo de pegar. Inclusive quando estão no Pronto-Socorro, o pessoal entra em pânico, ninguém quer se aproximar, acham que deve ter lugar próprio pra eles, que não devem misturar." (Entrevista 6)*

*"Medo do desconhecido, eles sabem que é transmitido pelo sangue... mas na cabeça deles não têm muita certeza, eu procuro não pensar nisto, porque se eu ficar pensando, pensando, eu peço pra sair daqui." (Entrevista 13)*

*"Quando eu soube que o paciente tinha AIDS, eu preendi minha respiração e não respirava perto dele." (Entrevista 14)*

*"Era o único lugar que tinha vaga, vim com medo mas agora não quero sair daqui não." (Entrevista 11)*

Autores como, MENEGHIN (1986), GIR & MORIYA (1990), DRESLER & BOEMER (1991), FLASKERUD (1992) e LEIDY (1992), mencionaram achados semelhantes, e afirmam que o medo de contrair o vírus chega a causar pânico entre as equipes de saúde, levando a alterações significativas das interações interpessoais no ambiente hospitalar, dificuldade de recrutamento de profissionais para estes locais e até abandono de emprego, sendo que muitas vezes este abandono é exigido pela família ou cônjuge, alegando desta forma evitar a contaminação deles próprios e de suas famílias.

Através de estudos realizados em diferentes localidades, sabe-se que o risco de infecção pelo HIV após uma simples exposição percutânea é inferior a 1%. Já o risco de contrair hepatite B, nas mesmas condições, pode ser até seis vezes maior. (CDC, 1989 e MACHADO et al. 1992). Este fato pode demonstrar o quanto de preconceito existe no medo de se contrair a AIDS, uma vez que não existe pânico em se cuidar de pacientes portadores de hepatite B, doença esta que pode atingir similar gravidade.

PASACRETA & JACOBSEN (1989) afirmam que para enfermeiros principiantes no cuidado com pacientes com AIDS, o medo do contágio é o maior problema, chegando inclusive a tomar proporções irracionais. Isto pôde ser observado nas

entrevistas onde profissionais recusavam-se a tocar em colegas, uma vez que estes trabalhavam com pacientes com AIDS.

Autores como MENEGHIN (1986), DESSUNTI (1989), GIR & MORYIA (1990), KERR & HORROCKS (1990) e JEMMOTT (1992), entre outros, afirmam que os profissionais de enfermagem queixam-se de conhecimentos insuficientes e até falta de informações básicas a respeito da doença e de formas de transmissão do vírus. Diante deste quadro, pode-se supor a falta de treinamentos e formação específica no assunto e perceber a importância destas informações para melhorar a qualidade da assistência e aumentar a segurança destes profissionais.

DESSUNTI (1989) ainda afirma que além destes profissionais não receberem treinamento específico, acabam recebendo informações sobre AIDS através dos meios de comunicação em massa, o que muitas vezes é acompanhado por sensacionalismo, gerando pânico e deixando-os tão confusos e atemorizados quanto a população em geral.

Outro importante aspecto da resistência em se cuidar de pacientes com AIDS salientado nas entrevistas, é o fato de muitos destes pacientes estarem envolvidos com drogadicção, homossexualismo e promiscuidade sexual. FLASKERUD (1992) e HILDEBRAN (1993) afirmam que os pacientes com HIV, antes mesmo de se tornarem doentes sob ponto de vista físico, são extremamente desafiadores para os profissionais, tanto no que se refere aos valores individuais, como a formação cultural e os ideais religiosos, quanto para a ética.

Esses profissionais não escaparam dos estigmas e preconceitos em relação à AIDS existentes na população geral, sendo necessário que eles enfrentem seus medos e receios (principalmente em relação ao uso de drogas e ao

sexo) ao cuidar de tais pacientes (GIR & MORIYA, 1990). Entretanto, esta mudança de visão e comportamento dificilmente ocorre sozinha, mostrando aí mais uma vez a necessidade de educação e formação destes profissionais, de forma a desmitificar tais aspectos, diminuindo assim os tabus e preconceitos existentes.

GIR & MORIYA (1990) ainda afirmam que este preconceito não se restringe só ao paciente com AIDS, estendendo-se inclusive ao próprio profissional que cuida deste paciente, fato este confirmado pela opinião dos profissionais entrevistados, como pode ser visto nas falas abaixo:

*"Se a gente vai buscar um paciente no CTI (Centro de Terapia Intensiva), o pessoal de lá não deixa a gente entrar, porque dizem que a nossa roupa está contaminada".*

(Entrevista 8)

*"Outro dia uma funcionária daqui estava conversando com uma colega lá fora e ela encostou no braço desta pessoa, ela disse: tira a mão de mim, porque você trabalha com aidéticos!"* (Entrevista 16)

Outro aspecto levantado nas entrevistas é a personalidade com características peculiares que mobilizam os sentimentos e atitudes dos profissionais com quem interagem, principalmente os usuários de drogas injetáveis. Tais pacientes muitas vezes são considerados "revoltados e agressivos", dificultando o estabelecimento de uma relação amistosa entre profissional e paciente, como pode ser visto nestas falas.

*"Porque lidar com pessoas assim, principalmente os usuários de drogas injetáveis é muito difícil, são pessoas marginalizadas já pela sociedade, pela vida e ainda encontram uma doença fatal pela frente, então tem hora que o emocional de quem está cuidando deles não aguenta, porque eles brigam, agredem, retiram a veia puncionada, xingam, ameaçam: ah! eu te pego lá fora." (Entrevista 14)*

*"Estes pacientes drogadictos, eles escolhem a veia que deve puncionar e já avisa (sic)ah! esta aí nem adianta que não tem nada." (Entrevista 18)*

DRESLER & BOEMER (1991) referem-se a queixas semelhantes de profissionais por elas estudados, onde é dito que tais pacientes, conhecidos como difíceis, recusam tratamento e higiene desafiando a capacidade do profissional, o que muitas vezes culmina em discussões, elevando o nível de estresse no trabalho.

O desgaste físico e emocional ao se trabalhar com pacientes com AIDS, é também uma importante barreira apontada nas entrevistas. As internações repetidas, o agravamento do estado de saúde, a dependência física e a morte freqüente dos pacientes, geram insatisfação e angústias no profissional. Estes sentimentos são verbalizados, como pode-se ver nos trechos abaixo.

*"Até que o cuidar não é difícil, o difícil é que devagar ele deixa de aceitar tudo, não*

*aceita mais alimentação, não quer mais tomar banho (...) chega a fase final, aí fica difícil pra gente (...) você vê que ele está indo dia-a-dia e não pode fazer nada." (Entrevista 4)*

*"É muito triste trabalhar aqui, porque você faz, faz e sabe que o paciente vai voltar até morrer"*  
(Entrevista 5)

*"É difícil cuidar dos pacientes revoltados, é difícil conversar com a pessoa (...) a piora dos pacientes, ele sai de alta hospitalar e quando volta, volta pior (...) agora já não me assusta mais, é normal."*  
(Entrevista 9)

MENECHIN (1986) afirma que na relação enfermeiro-paciente surgem freqüentemente sentimentos de desespero, desamparo e impotência frente à marcha inexorável da doença. Isto é agravado pela falta de preparo e apoio para os profissionais que lidam diretamente com tais pacientes, onde se fazem necessários conhecimentos sobre a morte eminente e a realidade da sexualidade humana.

Autores como MENECHIN (1986), DESSUNTI (1989), PLANT & FOSTER (1989) e GIR & MORYIA (1990), entre outros, levantam ainda a necessidade de se levar em consideração estes pontos ao se estabelecer cursos e treinamentos para os profissionais, de forma que pontos conflitantes, como a morte e a sexualidade humana sejam abordados e permitam uma discussão mais aberta.

COOKE (1992) reconhece que diante da complexidade do paciente com AIDS se faz necessária a presença de um profissional de enfermagem com cada vez mais segurança, competência e resistência emocional, pois surge aí uma nova dimensão do cuidar do paciente com AIDS: o consumo e a queima de sua força vital.

Esta situação de desgaste físico e emocional pela qual passa o profissional que assiste ao paciente com AIDS, levando-o à exaustão de suas forças e energias é conhecido na língua inglesa como "burnout", conforme já foi descrito na introdução. Por falta de um termo mais específico na língua portuguesa, continuarei usando a palavra esgotamento.

O esgotamento é atualmente o principal problema dos profissionais que assistem pacientes com AIDS (BOLLE, 1988; BENNETT e cols., 1991; COOKE, 1992 e EGAN, 1993). Segundo PASACRETA & JACOBSEN (1989), para os enfermeiros que iniciam seu trabalho com AIDS, a preocupação maior é o medo de contaminação, porém com a experiência, este medo é superado pelo uso com mais segurança dos equipamentos de proteção. Surge então o esgotamento, passando a ser este o novo problema que trará dificuldades nesta relação.

O esgotamento é um dos grandes responsáveis pelo absenteísmo, pela diminuição da produtividade e pela alta rotatividade do profissional de enfermagem (LEIDY, 1992).

EGAN (1993) e van-SERVELLEN & LEAKE (1993) afirmam que o esgotamento é consequência de uma série de fatores, aspectos inerentes à própria doença, como idade jovem da população acometida e alto índice de mortalidade; problemas organizacionais da instituição e a própria forma como o profissional se vê e vê o mundo. Além disso, associa-se ainda a este quadro, a alta demanda de pacientes e

principalmente o baixo poder de decisão e influência do profissional, opinião esta corroborada por BOEMER (1991).

Para se lidar com este novo desafio, autores como BOLLE (1986), WRIGHT & PERKINS (1990), COOKE (1992) e EGAN (1993) ressaltam a necessidade de se estabelecer estratégias para se lidar com o esgotamento profissional, chegando a sugerir grupos de apoio e suporte para os profissionais, rotatividade de especialidades, atividades sociais fora do ambiente de trabalho e atividades espirituais coletivas.

### **3.2 Reações emocionais e atitudes**

O cuidar de pacientes com AIDS propicia o surgimento de diversos sentimentos por parte do profissional, em relação ao doente, tais como pena, angústia, culpa, raiva, entre outros. Os resultados obtidos indicam que tal fato ocorre devido à formação de um vínculo afetivo com um grande envolvimento emocional entre profissional e paciente.

A formação deste vínculo é reforçada por características da própria doença. A ocorrência de repetidas internações ao longo de anos, o acompanhamento da evolução do paciente desde a notícia do diagnóstico até o agravamento do quadro com posterior morte e a marginalização do paciente pela sociedade, o que o torna solitário e carente, contribuem para a formação deste vínculo.

Pode-se ainda somar a isto o fato de elementos da faixa etária acometida serem muito jovens e características peculiares dos subgrupos mais atingidos.

Desta relação, pode-se observar uma relação de trocas afetivas e o surgimento de sentimentos de pena, raiva e angústias com relação à morte. Foram encontrados também

"sinais" de ambivalência e identificação com os pacientes nas falas destes profissionais.

Para facilitar a apresentação e posterior discussão, o texto foi dividido em grupos de sentimentos:

### 3.2.1. Sentimento de pena e angústia

No relato dos entrevistados, observam-se depoimentos que revelam tristeza e sofrimento cada vez que relembram situações ou pacientes com os quais se envolveram, chegando muitas vezes a chorar ao contarem o ocorrido.

*"São os que a gente mais se apega, pessoas que vêm um ano, dois anos tratando (...) então a gente se apega muito (...) então eles vão à óbito a gente fica muito chateado."*  
(Entrevista 4)

*"Mexe muito com a gente, mesmo que você não queira se apegar você acaba se apegando, porque eles ficam muito tempo. Eles vão pra casa, voltam piores ainda até irem à óbito. A gente sofre muito."* (Entrevista 5)

*"Mas o que mais toca é o lado emocional mesmo (...) é dó, né! A gente sente muita pena do paciente seja que idade for."* (Entrevista 3)

*"Fica todo mundo muito chateado (...) é difícil ver um paciente se acabar assim na sua frente, um moço novo (...) é desagradável."*

*mexe muito com o lado emocional da gente."*

(Entrevista 4)

*"A gente sente sim, a gente pega um amor, a gente pede pra Deus não tirar ele no nosso plantão." (Entrevista 20)*

*"E a gente vê eles (sic) morrerem na mão da gente, quantas vezes fica agonizando o dia inteiro, aí a gente entra e faz uma oração (...) e a pessoa acaba morrendo ali na nossa frente sem a gente poder fazer nada (...) como o S., presidiário, ele agonizou o dia inteiro, aí chegou à tarde entramos prá fazer uma oração prá ele, Acabamos de rezar ele fechou os olhos, as duas lágrimas caíram, como que agradecendo a gente (...) acabamos de rezar ele acabou de morrer. Ele estava aguardando aquela oração. Da família não vinha ninguém, até o P. M. (Policial Militar), que estava de plantão tirou o boné e as lágrimas dele caíram (...) foi emocionante." (Entrevista 3)*

O sentimento de pena por parte dos profissionais está sempre envolvido com a morte do paciente, com seu desfiguramento físico e com as complexas relações deste com seus familiares e amigos, uma vez que o abandono e o preconceito ainda são marcantes.

Sabemos que a doença com prognóstico fatal afeta emocionalmente as pessoas envolvidas, pacientes, familiares e profissionais de serviços de saúde (BOEMER, 1986; D. ASSUMPÇÃO, 1987; KLAFKE, 1991; TORRES & GUEDES, 1992).

O crescimento do interesse pela pesquisa de temas correlacionados com a morte pode ter se dado devido ao desenvolvimento e amadurecimento das diversas profissões da área de saúde, o que antigamente era exclusividade do médico, permitindo desta forma que uma maior diversidade de profissionais contribuíssem para o desenvolvimento científico. Pode-se somar a isso também, o advento de uma nova e ameaçadora doença fatal: a AIDS, e até a dificuldade de recrutamento e as frequentes queixas de insatisfação manifestadas pelos profissionais que trabalham nesta área.

No caso específico da AIDS, tem-se o agravante que, associada com a fatalidade da doença, está uma série de temas que mobilizam as mais diferentes reações nos indivíduos, levando-se em conta seus antecedentes psicológicos, sua formação sócio-cultural e religiosa, suas experiências, enfim, sua história de vida, acrescentando-se ainda a tenra idade da população acometida (DESSUNTI, 1989; GIR & MORIYA, 1990; CASSORLA, 1991; DRESLER & BOEMER, 1991 e GROSSMAN & SILVERSEIN, 1993).

Para DURHAM & CHOHEN (1989) e SONTAG (1989), o desfiguramento físico através do emagrecimento, diarréias e vômitos, levam o paciente ao desespero já ao saber o diagnóstico. Do lado dos profissionais, isto não é diferente, uma vez que eles relatam verem as mesmas histórias se repetirem. O paciente se interna, sabe seu diagnóstico e daí por diante o mesmo processo se repete, provocando uma imensa sensação de tristeza e impotência, com relação ao curso da doença, como os profissionais descrevem nos trechos destacados.

*"O que dá dó é que as histórias se repetem, vêm estes mocinhos, que dizem vim só*

*para fazer um exame. todos drogaditos e depois vem o resultado do HIV. A gente diz já estou vendo tudo!" (Entrevista 18)*

O sentimento de abandono que o paciente manifesta atinge diretamente o profissional. DURHAM & CHOHEN (1989) afirmam que somente entendendo o que significa a perda do contato social, do emprego, do salário, da intimidade física, da aparência e do controle de seu corpo é que se pode compreender o conceito de isolamento pelo qual passa o paciente com AIDS. O profissional, por acompanhar muito de perto este processo, envolve-se com este paciente, e acaba por participar da mesma dor, além de muitas vezes ser solicitado pelo paciente como sendo o seu último contato social.

*"Porque eles te sugam tudo o que podem de você. (...) o que for de carinho e de atenção eles pedem." (Entrevista 13)*

*"O que me deixa mais deprimida é quando chega naquela fase final, parece que todo mundo rejeita, fica lá abandonado, eu sinto mal (sic)." (Entrevista 17)*

*"A gente se apega muito, porque você vê, ele vêm, voltam, e em geral são pacientes muito carentes e a gente se dá muito prá eles." (Entrevista 6)*

*"Quando eles chegam aqui eles esperam encontrar na enfermagem tudo o que eles não*

*tem, a família, os amigos (...) e muitas vezes não encontram (...) problemas também porque nós temos os nossos." (Entrevista 16)*

O profissional de enfermagem, muitas vezes, acaba tendo "comportamentos de ajuda" com seus pacientes, sendo requisitado para ouvir desabafo, dar opiniões sobre conduta, entre outras coisas, sem nunca ter sido preparado para isto, e nem ao menos ter discutido as suas próprias angústias e dúvidas no seu trabalho com tais pacientes. Este comportamento leva, evidentemente, a uma relação puramente pessoal, sem nenhuma técnica profissional ou ao menos conhecimento dos mecanismos envolvidos. Desta forma, esta situação facilita ainda mais o envolvimento emocional entre o profissional e o paciente, com o surgimento de mecanismos de identificação no profissional, o que acaba gerando sentimentos de pena e sofrimento.

Afirmo novamente a necessidade de treinamentos e formação destes profissionais, discutindo-se os sentimentos envolvidos, os mecanismos de defesa existentes, para facilitar esta relação e diminuir o nível de angústias e esgotamento, além, é claro, de reforçar a necessidade de um atendimento profissional adequado no que se refere à saúde mental, isto é, dirigido tanto para o profissional, quanto para o paciente. Estas idéias são corroboradas por BOLLE (1988); GIR & MORYIA (1990); CASSORLA (1991); DESSUNTI (1991); FLASKERUD (1992); LEIDY (1992) e GROSSAN & SILVERSTEIN (1993).

### 3.2.2. Conflitos com crenças, drogadicção e a sexualidade

O relacionamento do profissional com o paciente não está isento da contribuição da história de vida de cada um. Os aspectos advindos do desenvolvimento psicológico de cada indivíduo e do meio sócio-cultural somam-se e modulam as formas de relação interpessoal que se estabelecem.

Nas entrevistas foram encontradas falas onde pode-se observar claramente sentimentos diferentes de acordo com a forma de contágio do paciente. Sentimentos de pena, revolta e punição oscilam quando se trata de crianças, mulheres, drogaditos e homossexuais.

*"Ele se sente preso, mas a gente também se sente presa. (...) a forma como a gente vê a vida, os preconceitos que a gente tem, é muito difícil dizer que não se tem preconceitos, dependendo da forma como a gente foi criada." (Entrevista 2)*

*"O paciente drogadicto é mais difícil das pessoas aceitarem do que o paciente homossexual e se for casamento também é mais fácil ainda e se for transfusão sanguínea é até um privilegiado ninguém culpa o paciente, mas isto mudou muito (...) é raro agora alguém perguntar como foi que o paciente pegou, agora o que interessa é que ele está doente e não como ele pegou, acho que passou esta necessidade." (Entrevista 2)*

eu

*"Quando tem um paciente que pegou de transfusão de sangue eu tenho muita dó (sic),*

*morro junto! Tem uma vida toda pela frente, porque aconteceu isto? Deus não deveria deixar acontecer isto." (Entrevista 20)*

*"A gente nem procura saber como ele pegou, se ele tem culpa ou não." (Entrevista 4)*

*(Quando um paciente morre) "um alívio, porque a família tem dificuldade em cuidar deste paciente, então é um alívio. Eu sou até contra estas remédios que prolongam a vida, AZT estas coisas (...) o governo deveria empregar este dinheiro com outras coisas, como o menor carente e na saúde, menos com aidéticos, porque mexe com a gente os hemofílicos, coitados, a gente fica em cima do muro, mas estes que mexem com drogas, homossexualismo eu acho que não deveria investir nada, nada." (Entrevista 8)*

*"Eu tenho dois lemas, pacientes drogaditos e pacientes homossexuais são um grupo e pacientes politransfundidos e hemofílicos são outro. Eu acho que pacientes hemofílicos não pediram, não tem culpa, eu sinto pena maior deles; agora dos drogaditos e homossexuais eu não consigo ter dó (...) eu não consigo ter o mesmo sentimento que eu tenho com os hemofílicos (...) são dois sentimentos diferentes e eu tenho isto bem claro."*

(Entrevista 13)

*"A AIDS de alguma forma a pessoa procurou, ou usando drogas, ou através do sexo, mas foi a pessoa que induziu aquilo, agora eu sinto mais dó destes que pegaram por tabela, tipo transfusão, crianças da idade do meu filho, ou da mulher que pega do marido porque ele era promiscuo."* (Entrevista 14)

*"Eu acho que muda, porque o próprio paciente é diferente, quando ele é hemofílico ele age de uma forma, quando ele é drogadito ele é de outro jeito e quando ele é homossexual ele é ainda de outro jeito (...) ele faz coisas que já é (sic) característica da forma de vida que ele levava antes de ficar doente (...) as pessoas mudam a forma de abordar porque elas agem de acordo com o comportamento do paciente, se eles são agressivos, elas são também (...) por exemplo com os hemofílicos as pessoas tendem a ter piedade, coitado pegou por transfusão, não tinha culpa (...) quando é drogadito, a pessoa já tende a ter mais medo, a ter uma abordagem diferente."* (Entrevista 21)

SOUZA (1988); CASSORLA (1991) e DRESLER & BOEMER (1991), relatam diferentes níveis de identificação e mobilização dos profissionais com as diferentes formas de contágio da doença. Quando os profissionais se referem a pacientes transfundidos, crianças ou que contraíram passivamente o vírus do parceiro, as reações são de pena e

identificação com o paciente, quase nunca questionando a co-responsabilidade do indivíduo. Entretanto, quando se trata de um indivíduo contaminado por via sexual, em especial o homossexual, ou o usuário de drogas injetáveis, a relação é diferente, onde o sentido de punição acaba se fazendo presente, quer seja através de palavras, quer através de atos sutis no cuidar deste paciente.

FLASKERUD (1992) afirma que em estudos realizados nos Estados Unidos, encontrou-se elevado índice de "homofobia", tanto em profissionais médicos como de enfermagem, e relatos de enfermeiros que diziam não se sentirem à vontade discutindo assuntos de ordem sexual com pacientes homossexuais.

TORRES & GUEDES (1992) relata que ainda hoje, o preconceito social contra essa doença está associado ao homossexualismo.

Quando se trata especificamente do paciente usuário de drogas injetáveis, a relação fica ainda mais estremecida. CASSORLA (1991) afirma que o toxicômano tem uma grande dificuldade em lidar com seus desejos e impulsos, ele precisa de satisfação imediata, urgente e age impulsivamente. Assim, o paciente faz qualquer coisa para mobilizar a equipe a gratificá-lo. Caso a equipe não tenha consciência disto e não tenha capacidade de continência, a situação fica extremamente caótica, envolvendo paciente, equipes e até familiares.

DRESLER & BOEMER (1991) consideram que a possibilidade de compreensão do paciente com AIDS, por parte da equipe profissional, se apresenta interligada com a forma como ele contraiu a doença, muitas vezes com julgamento da história de vida do mesmo e com consciência da discriminação social e familiar que o cerca. Por outro lado, as autoras acreditam

que estes fatores não interferem na assistência ao paciente e sim na forma de compreensão do mesmo, o que também foi confirmado neste trabalho, como pode ser visto abaixo.

*"Não, AIDS é AIDS de qualquer jeito, por droga ou por sexo isso não influi, o que a gente faz é cuidar do paciente."* (Entrevista 10)

*"Não, a maneira como ele contraiu a doença não interessa pra nós. Ele é um paciente pra nós, se ele é drogado, homossexual (...) isto não interessa."* (Entrevista 6)

*"Eu acho que não. A gente nem procura saber ou não como ele pegou, se ele tem culpa."* (Entrevista 4)

Nos entrevistados surge também a percepção do quanto o indivíduo tem controle sobre sua vida e as oportunidades de escolha que lhe surgiram. Segundo este ponto de vista, o paciente divide sua "culpa" com a sociedade.

*"Porque todo o fato dele estar nesta situação, dele estar usando droga, ele nem tem muita culpa, o problema é social, a falta de cultura, os pais, fatores que não foi ele que pediu, como o W. que sempre morou no S. M., dentro de uma favela, ele não tinha muito como fugir deste destino, este tipo de paciente me marca muito, me deixa revoltada e eu me questiono muito."* (Entrevista 21)

CASSORLA (1991) afirma que "o paciente, já estigmatizado pela sociedade, caluniado e atacado pelo seu estilo de vida, muitas vezes já tendo introjetado a responsabilidade por sua doença e pela epidemia de AIDS, nele enfiada pela sociedade, é altamente sensível a qualquer sinal de rejeição, de ataque, de abandono, de agressão, por parte do profissional da saúde, mesmo que exista uma capa aparente de acolhimento e simpatia. O paciente, de alguma forma, capta se este acolhimento é forçado ou sincero. O que desencadeia a AIDS é um vírus e não o estilo de vida, e isso deve ser repetido centenas de vezes ao paciente e, às vezes, o próprio profissional deve dizer isto a si mesmo".

Fica muito clara a necessidade de se possuir uma formação, um preparo em relação a estes aspectos de sexualidade e drogadicção que permitam uma abordagem diferente e mais terapêutica com os pacientes, desmitificando-se os preconceitos e tabus existentes. Desse modo, pode-se encarar de frente este novo desafio ao qual todos nós estamos sujeitos, além de se permitir uma espécie de apoio para estes profissionais. Estas idéias são corroboradas por SOUZA, 1988; DESSUNTI, 1989; GIR & MORIYA, 1990 e DRESLER & BOEMER, 1991.

### **3.2.3. Mecanismos de identificação**

Segundo LAPLANCHE & PONTALIS (1977), identificação pode ser definida como "processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desta pessoa".

Episódios de identificação foram observados nas falas dos entrevistados. Identificação com o indivíduo doente, com sua família é perfeitamente compreensível, uma vez que se trata de uma população jovem e até então sadia, fato que pode, muitas vezes, explicar os diversos sentimentos despertados nesta relação.

As pacientes mulheres, as crianças e os adolescentes foram os responsáveis pela maior mobilização dos profissionais. Tal atitude pode ser explicada pelo fato de a maioria absoluta dos entrevistados ser mulheres (apenas um auxiliar de enfermagem era do sexo masculino), podendo assim se colocarem nos papéis de namoradas, esposas e mães.

*"Eu sinto mais dó destes que pegam por tabela, tipo transfusão, crianças da idade do meu filho, ou porque pegou do marido."*

(Entrevista 14)

*"A L. uma menina de 17 anos que teve sua primeira relação sexual com 14 anos e pegou AIDS (...) eu fiquei muito emocionada."*

(Entrevista 16)

*"Tava um outro caso de um neném, que foi para o CTI (Centro de Terapia Intensiva) e o pai estava junto, ele também era HIV+, e a criança morreu, o pai pegou a criança no colo e gritava e dizia: Eu sei que logo você vai vir buscar o papai!"* (Entrevista 16)

*"Tava uma mulher que pegou do marido, uma mulher assim, direita, nunca nem tinha*

*trabalhado fora, só lavava e passava para o marido e ela pegou a doença (...) só que ele está bem, parece que está até com outra e ela foi se acabando e mesmo assim ela amou este marido até o fim." (Entrevista 18)*

*"A T. pegou do marido, ele era um homem lindo, a gente fala, uma moça vê um homem deste daí, cai mesmo, ela morreu miudinha que dava dó." (Entrevista 18)*

*"O que mexe comigo são os adolescentes, quanto mais novo, mais me tocam é por ver os meus sobrinhos nesta idade e sujeitos a tal situação, os usuários de drogas de forma geral mexem muito comigo." (Entrevista 21)*

FLASKERUD (1992) afirma que cuidar de pacientes com AIDS gera um impacto especial sobre os profissionais de saúde, devido à proximidade da idade. A identificação e uma sensação de vulnerabilidade pessoal à doença e ao óbito é desencadeada pelo fato de se cuidar de pessoas jovens, até então saudáveis, que enfrentam uma rápida deteriorização física até o óbito.

### **3.2.5. A raiva, a ambivalência e a onipotência**

O conflito se faz presente nas falas dos entrevistados, o sentimento de pena ao se ver uma pessoa morrendo, ao mesmo tempo em que surgem imagens de formas de vida e práticas sexuais por eles desconhecidas ou reprimidas. Sentimentos de

impotência, a agressividade do paciente e ao mesmo tempo a obrigação de se estar trabalhando neste local são os prováveis fatores que desencadeiam esta confusa mistura de sentimentos.

Tais facetas chocam-se constantemente e isso é traduzido provavelmente num contínuo estado de ansiedade e angústia do profissional.

*"Mas estes que mexem com drogas, homossexualismo eu acho que não deveria investir nada, nada. Outra coisa é que eu adoro eles, prá mim não importa se eles são drogaditos ou homossexuais, eu adoro eles, eu gosto de trabalhar com eles, faço o possível para cuidar deles até a hora que eles partem desta prá melhor!" (Entrevista 8)*

*"Dizia no meio do corredor quando tinha um paciente rebelde, que o paciente pintou e bordou lá fora e agora ficava aqui dando trabalho." (Entrevista 9)*

*"Porque muitos são agressivos e as pessoas têm dificuldade em se aproximar, porque eu acho que como estas pessoas são agressivas a gente tem que ser agressivos (sic) com eles também,*

*prá eles aprenderem a te respeitar, coitados, porque a gente está com a saúde então é fácil a gente falar mais alto com eles." (Entrevista 11)*

*(Quando um paciente morre) "eu dou graças*

*a Deus porque acabou o sofrimento, sinto alívio, pelo menos vai ter um pouco de paz (...) não pelo serviço, que eu não ligo, mas eu sinto um alívio mesmo."* (Entrevista 11)

*"Quando eu me lembro que eu tinha que cuidar dele, um estuprador, e ainda soube que ele tinha estuprado uma criança de 4 anos, eu imaginava que eu tinha que cuidar dele da mesma forma que eu cuidava de uma criança que internava aqui, eu ficava pensando: Por que eu fui escolher uma profissão desta? (...) será que eu estou pagando alguma coisa? (...) mas eu não deixaria de trabalhar aqui, eu gosto, por mais que seja deprimente, eu gosto."*  
(Entrevista 16)

*"Tem que tomar cuidado senão eles podem querer contaminar a gente na hora de punccionar a veia (...) eles acham que você é culpada deles estarem na cama, doentes."* (Entrevista 18)

CASSORLA (1991) afirma que diversos outros mecanismos podem entrar no jogo entre o paciente e a equipe de saúde, como a agressão, o ódio e a sedução, e eles geralmente podem vir misturados e envolver toda a equipe.

Segundo FLASKERUD (1992), a enfermagem tem uma dificuldade especial em lidar com a raiva do paciente nas situações que requerem cuidados complexos.

Com relação ao sentimento de impotência do profissional, diante da barreira que é a doença, até agora

intransponível. encontra-se um confronto direto com o sentimento oposto, ou seja, o sentimento de onipotência.

O sentimento de onipotência do profissional de saúde é muitas vezes um fator determinante da própria da escolha da profissão.

MELLO FILHO (1983); SOUZA (1988) e CASSORLA (1991) afirmam que a profissão é muitas vezes utilizada de forma consciente e inconsciente para se sentir mais potente, numa reação contra a fragilidade como seres humanos em face da doença e da morte.

MELLO FILHO (1983), por outro lado, salienta que sem esta dose de onipotência, os profissionais de saúde não enfrentariam as graves doenças, os riscos de contágios e principalmente a presença da morte.

Ao manter o sentimento de onipotência diante de uma doença grave como a AIDS, o profissional pode cair no outro extremo, a impotência, e neste jogo pode não se aproveitar a real potência terapêutica da assistência.

Pode-se perguntar o por quê destes profissionais trabalharem com pacientes com AIDS. Quais seriam os reais motivos deste trabalho?

Pelas entrevistas, observou-se que nenhum profissional escolheu, por livre e espontânea vontade, trabalhar com este tipo de paciente. Ou foram designados pela chefia, ou era o único lugar com vagas disponíveis no momento da contratação.

*"Era o único lugar que tinha vaga, eu já tinha experiência com moléstias infecciosas e aceitei." (Entrevista 2)*

*"Eu vim para trabalhar em outro setor e me perguntaram se eu gostaria de vir pra cá."*

*porque ninguém queria vir (...) e eu vim."*

(Entrevista 3)

*"Era o único lugar que tinha vaga, vim com medo mas agora não quero sair daqui não."*

(Entrevista 11)

DRESLER & BOEMER (1991) afirmam inclusive que os profissionais entrevistados por elas, dizem ressentir-se por não terem podido opinar quanto a sua disponibilidade para cuidar de pacientes com AIDS.

Por outro lado, na presente pesquisa, quando questionados se gostariam de trocar de local de trabalho, todos recusaram, alegando gostarem muito do que fazem ou que o ambiente entre os colegas é muito bom e preferem ficar onde estão.

Uma possível explicação para este achado seria a cumplicidade entre o profissional e o paciente discriminado. Desta forma, mudar de local de trabalho seria assumir publicamente o preconceito até então negado.

CASSORLA (1991) relata que em sua experiência com um grupo profissional que assistia a pacientes com AIDS, foram levantadas razões para se trabalhar com esse tipo de pacientes, desde sentimentos de culpa primitivos e necessidade de punição, até tentativas sadias de reparação ou sublimação, passando pela identificação com os pacientes e atitudes contrafóbicas em relação à morte.

Vejamos abaixo os achados nas falas dos profissionais entrevistados.

*"Não pensar em sair daqui, só se eles me mandarem embora. Eu acho que estou pagando*

*todos os meus carmas aqui mesmo, é a minha missão."* (Entrevista 3)

*"Por que eu fui escolher uma profissão desta?, sem querer você pensa, será que eu estou pagando alguma coisa? (...) eu não deixaria de trabalhar aqui, por mais que seja deprimente eu gosto."* (Entrevista 16)

*"Não quero sair daqui de jeito nenhum (...) eu fiquei 15 dias afastada com depressão, então me chamaram pra perguntar se eu queria trocar de bloco, mas de jeito nenhum (...) aqui eu me sinto em casa."* (Entrevista 4)

*"Eu gosto de trabalhar aqui, eles são muito carentes, não quero trocar de setor."* (Entrevista 19)

*"Eu gosto de trabalhar aqui, de ajudar as pessoas. Quando eu era pequena eu me lembro que eu falava que queria trabalhar com as pessoas para fazer pra elas aquilo que ninguém fez prá mim, porque eu tive uma infância muito problemática."* (Entrevista 17)

Outros motivos para se querer continuar trabalhando com pacientes com AIDS podem ser uma identificação com a situação do paciente, de forma que o profissional luta contra a discriminação do paciente e contra a sua própria e desta forma não poderia abandoná-lo; ter um contato direto

com o avanço científico, com o uso de novas técnicas, drogas e meios diagnósticos e ainda trabalhar em um local no qual a relação humana é primordial e o ambiente onde as trocas afetivas são mais intensas.

### 3.3 A morte e suas dimensões

As entrevistas mostraram que o tema morte mobilizou sensivelmente a equipe, tanto no que diz respeito à morte de um paciente quanto na utilização de equipamentos e manobras que lhe permitissem a vida em condições artificiais.

Sentimentos de pena, impotência e fracasso emergem da fala dos profissionais.

*"A gente fica torcendo pra que ele não vá no plantão da gente" (Entrevista 5)*

*"Acho que deve ser pelo fato de se lidar com a morte, você sabe que ele vai morrer, você vai dizer pra ele: você vai ficar bom, você vai melhorar?" (Entrevista 2)*

*"Acho que toda vez que se trabalha com morte e este tipo de morte, é uma destruição psicológica total, (...) lidar com a morte, lidar com estas angústias, você não vê uma melhora, é um investimento sem retorno, não vai levar à nada, não tem prognóstico, você sabe que amanhã ou depois ele vai voltar pra morrer, é uma angústia muito grande; é uma pergunta que você faz e não tem resposta, a*

*gente tem que prender a trabalhar com isso dentro da gente."* (Entrevista 21)

*"A primeira vez que um paciente morreu comigo eu chorei, ele parou assim na minha frente e logo que ele parou eu rezei, fiz uma oração pra ele e isto me trouxe um alívio."*  
(Entrevista 10)

Esta temática é marcada e caracterizada por um conflito, uma dualidade entre forças opostas: a consciência real de sua própria morte que o homem possui e a necessidade da imortalidade como uma reivindicação básica da espécie humana (TORRES & GUEDES, 1992). As autoras dizem ainda que o homem por ter essa consciência, é obrigado a conviver a vida inteira com o destino da morte.

JEAMMET et al. (1982) e TORRES & GUEDES (1992) falam que este paradoxo entre a realidade da morte e a necessidade da imortalidade explica porque a negação da morte é inerente ao homem, o que não impede seu reforço cultural, como acontece na instituição hospitalar e na formação do profissional da saúde.

O lidar tão próximo da morte faz com que o profissional reconheça o fato de que também é mortal, além de ter que reexaminar o significado e a qualidade da vida que leva (FLASKERUD, 1992).

Esse contato íntimo com a morte pode representar uma ruptura com toda a convicção de onipotência e poder, fazendo com que o confronto com a impotência e a consciência destes fatos pela própria equipe, normalmente resultem em ansiedade e depressão (FLASKERUD, 1992).

Com relação à continuidade da vida, as opiniões demonstram severos conflitos e dúvidas a este respeito, pois manter vida com artificios provoca um choque com a irreversibilidade da doença. Por outro lado, a não manutenção da vida por meios artificiais choca-se frontalmente com a razão primeira da instituição hospitalar e das equipes de saúde. Essa decisão é extremamente polêmica em qualquer circunstâncias e frente à AIDS não seria diferente.

*"Eu acho que deve dar assistência até a última hora, os médicos acham que isto é em vão (...) eu acho que deveria por em respirador, porque eles vão parando, parando (...) na nossa mão, conscientes." (Entrevista 5)*

*"É difícil (...) se é um paciente mais novo (...) mas é difícil saber se entuba ou não (...) todo mundo quer viver." (Entrevista 7)*

*"Você corre um risco de se contaminar muito grande e em vão, sem falar no gasto (...) porque se você visse um bom resultado, tudo bem, mas você não vê (...) eu acho que falta um critério." (Entrevista 13)*

*"A gente fica muito mecânico, os sentimentos ficam um pouco de lado... tem gente que fala, ah! descansou, mas tem comentários como: já estava passando da hora, desocupou (...) eu acho que é de tanto a gente trabalhar, de tanto ver gente morrer." (Entrevista 14)*

A decisão de investir na sobrevivência do paciente é uma decisão médica, fato que muitas vezes traz conflitos entre a equipe de enfermagem, já que esta se torna apenas cumpridora de decisões cumpridora de decisões sem poder opinar sobre elas, ou exercer qualquer influência na situação (BOEMER, 1989; TORRES, 1991). Este tipo de comportamento acarreta choques entre as equipes, elevando ainda mais o nível de estresse destes profissionais.

CAMPEBELL et al. (1983-84) afirmam serem muito diferentes as opiniões de médicos e enfermeiras com relação ao cuidado de pacientes terminais e à morte. Os autores continuam afirmando serem as enfermeiras os profissionais que mais expressam os sentimentos envolvidos nesse tipo de situação e que os médicos, por sua vez, apresentam preocupações de origem puramente técnica, dados corroborados por FIGUEIREDO & SOUZA (1991).

*"Eu acho que não deveria entubar, não deveria investir tanto quanto eles investem quando um paciente não vai pra frente. Teve um paciente que estava praticamente parado e estava correndo sangue." (Entrevista 1)*

A questão de reanimar ou não e utilizar suportes artificiais para manter a vida envolve um grande dilema ético (COOK, 1992). Essa circunstância ainda é foco de discussão e debate em todo o mundo, e as opiniões são muito divergentes.

Por outro lado, essa situação parece provocar sentimentos de ambivalência nos profissionais, uma vez que os mesmos questionam as condutas médicas, mas sentem-se

confusos ao serem questionados sobre como procederiam na mesma situação. Essa ocorrência parece mantê-los numa posição muito conflitante, já que estes profissionais não precisam questionar-se a este respeito e não se responsabilizam legal ou emocionalmente pela atitude tomada. Por outro lado, muitas vezes a decisão tomada não é aquela considerada a mais adequada por estes mesmos indivíduos.

*"Olha!, eu não gosto de pensar muito nisto, parece brincar de Deus, determinar se deve continuar vivo ou não, eu nunca consigo me colocar num local em que tenha que decidir isto, eu não sei o que faria."* (Entrevista 15)

Parece que a existência de uma comissão de ética que discutisse e analisasse cada caso considerado terminal, de forma a estabelecer critérios e resguardar o profissional de decisões pessoais, atenuaria a dúvida e a insegurança existentes tanto na equipe médica, quanto na de enfermagem.

*"Eu acho que falta um critério para saber quem entuba, quem não entuba, eu não acho justo esta falta de critério."* (Entrevista 13)

### **3.3.1 O cuidado com o corpo**

Outro ponto surpreendente encontrado nas entrevistas foi com relação ao cuidado com o corpo "post mortem". Esta tarefa mobiliza muito os sentimentos dos profissionais. A rotina do dia a dia demonstra uma intensa negação da morte ao se cuidar do cadáver ou até a banalização do mesmo. Ele

deixa de ser o paciente "fulano de tal" e passa a ser o corpo ou o "pacote" (denominação dada normalmente ao cadáver após serem realizadas as técnicas de preparo do corpo para ser encaminhado à anatomia patológica ou ao necrotério, onde o paciente morto é embrulhado em lençóis, como se estivesse empacotado pelos mesmos). Entretanto, toda essa relação com o cadáver é vista por alguns profissionais como sendo uma despersonalização do indivíduo, uma violação ao ser humano, o qual, após a sua morte, é desprezado e é tratado como "algo" e não como a pessoa que ele foi.

É oportuno lembrar ainda que após o óbito de um paciente, apenas a enfermagem (e dentro desta, normalmente o atendente ou, seja o profissional menos qualificado, e conseqüentemente menos reconhecido) é o responsável pelo preparo do corpo. Esta distribuição de tarefas pode ser uma indicação do quanto a equipe de saúde nega a morte, momento em que os profissionais de maior qualificação técnica e status social não se aproximam do cadáver, pois este não é mais digno de sua atenção, já que após a morte tudo está consumado, "pode levar o corpo" (Entrevista 15).

*"Eu vi ele dar o último suspiro como um passarinho, então eu me emocionei, ele estava sozinho no quarto e não teve jeito, as lágrimas desceram e eu me emocionei (...) mas depois passou, em seguida fiz o pacote dele e nunca mais consegui chorar." (Entrevista 10)*

*"Eu me esforço para não me envolver, porque eu não consigo dormir de noite, fico lembrando, principalmente quando eu tenho que levar o pacote, porque aí você vê tudo, ele*

*morrer (...) e tem pacientes que você tem apego (...) (começou a chorar)." (Entrevista 12)*

*"Tá muito impessoal, depois que morre é o corpo, o paciente que ficou um tempão com a gente, falou tanta coisa, mas depois parece que se faz questão de esquecer que ele era fulano, é um corpo, desce o corpo."*

(Entrevista 15)

*"Algumas questionam o que será que vem depois, outras preparam o corpo como se não estivesse mexendo em nada, não tem ligação emocional forte não, descobri que algumas rezam durante o preparo. Parece que não relaciona que a pessoa também ficará assim (...) ainda bem né, senão seria muito mórbido." (Entrevista 2)*

O corpo para o homem sempre foi algo sagrado, inclusive sendo proibido em épocas mais remotas a realização de autópsias, uma vez que esta era considerada uma violação do corpo (GOMES, 1974). Esta visão ainda possui fortes ligações com o homem atual.

O preparo do corpo coloca o indivíduo frente à morte consumada e é muito difícil não reconhecer a finitude do homem diante de um cadáver. Os mecanismos encontrados para se lidar com esta situação baseiam-se na superioridade com que o indivíduo se posiciona diante do corpo. Sendo ele um ser superior, não se identificará com essa morte evidente. Outros baseiam-se na crença de vida depois da vida, utilizando-se assim de conceitos religiosos, e há ainda

aqueles que não se manifestam, como se estivessem executando, aparentemente, uma outra atividade qualquer.

### 3.4. Soluções e atenuantes propostos pelos próprios profissionais

Durante as entrevistas, embora não tenham sido questionados diretamente, muitos profissionais colocaram suas opiniões e sugestões em relação ao tema em questão.

As principais sugestões dirigiram-se no sentido de que houvesse um serviço de atendimento psicológico para os pacientes, para que os mesmos ficassem menos deprimidos ou agressivos; que os profissionais pudessem tirar férias mais de uma vez por ano e se quisessem, que pudessem fazer um rodízio no setor de trabalho, além da construção de um local para encaminhamento dos pacientes quando a família não pudesse assumir e até uma equipe de psicologia voltada para o atendimento dos funcionários. Estas colocações ficam claras com as falas abaixo:

*"No meu tempo de faculdade falava-se muito de uma equipe de psicologia, lidando com os funcionários, dando um apoio." (Entrevista 9)*

*"Acho que o hospital deveria arrumar um lugar, tipo de um abrigo até a família se organizar." (Entrevista 11)*

*"Tem que ter um laser, uma arejada lá fora para agüentar." (Entrevista 13)*

*"Lá tinha uma reunião com a equipe e a*

*gente falava sobre o que pensávamos sobre cuidar destes pacientes, e depois que saímos, parece que todo mundo saía novo, pronto pro trabalho." (Entrevista 13)*

*"Ficam aqui internados, 30 ou 40 dias (...) precisam fazer alguma coisa, trabalhos plásticos, artes cênicas (...) terem um terapeuta, um psicólogo para trabalhar os problemas sexuais envolvidos, a família." (Entrevista 15)*

*"Acho que deveria ter um tipo de descanso pra você por sua cabeça em ordem, rodíziar(sic) a equipe, acho que não deveria ficar muito tempo a mesma equipe de enfermagem, porque é o lugar mais desgastante que eu conheço, tirar férias duas vezes por ano." (Entrevista 16)*

As propostas sugeridas pelos entrevistados são muito semelhantes às citadas em toda literatura nacional e internacional.

BOLLE (1988), DESSUNT (1989), PASACRETA & JACOBESSEN (1989), DRESLER & BOEMER (1991), CASSORLA (1991), BENNETT et al. (1991), FLASKERUD (1992), LEIDY (1992), PLANT et al. (1992), COOK (1992), EGAN (1993), van-SERVELLEN & LEAKE (1993) e GROSSAN & SILVERSTEIN (1993) apresentam trabalhos que relatam as principais dificuldades em se trabalhar com pacientes com AIDS e sugerem basicamente os mesmos mecanismos propostos pelos profissionais entrevistados, para atenuá-las.

Estes autores reforçam ainda a idéia de que o esgotamento é a maior dificuldade existente e que uma intervenção, em nível de grupos suportes para preveni-lo nos profissionais de enfermagem, é de extrema urgência. FIGUEIREDO & MORAIS (1994) acrescentam uma provável existência de correlação entre as reações demonstradas frente à AIDS e traços de personalidade do profissional. Com isso, esses autores sugerem a intervenção, através de grupos de apoio, levando-se em conta tais características individuais no atendimento desses profissionais.

O esgotamento leva inevitavelmente à alta rotatividade de profissionais, à falta de pessoal disponível para recrutamento nessas áreas, ao absenteísmo e à insatisfação profissional, o que culmina na diminuição da auto-estima e depressão.

## VI - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Baseado na literatura vigente e nos dados desse trabalho, pode-se concluir que a assistência de enfermagem ao paciente com AIDS possui características peculiares sintetizadas abaixo:

\* O medo da contaminação ainda é um fator que dificulta o recrutamento de profissionais para esta área.

\* O preconceito firma-se diante dos usuários de drogas injetáveis e dos casos de contaminação por via sexual, em especial dos homossexuais.

\* O tema AIDS é muito abrangente e complexo, sendo indiscutivelmente necessária a existência de uma equipe multiprofissional para abranger todo o assunto.

\* A enfermagem é a categoria profissional que entra em contato mais direto com os fluidos corpóreos do paciente, participando de todo o processo de deteriorização do indivíduo, o que desperta sentimentos próprios desse tipo de situação.

\* Existe um envolvimento afetivo entre a equipe e o paciente, estimulado pela pouca idade do mesmo, internações repetidas, identificação com o mesmo, a sua dependência da enfermagem e o estado de carência afetiva, bem como a solidão em que se encontra.

\* O esgotamento é a maior dificuldade desse profissional, gerando alta rotatividade, absenteísmo, recusa em se trabalhar nesses locais, abandono da profissão e depressão.

\* Questões sobre a sexualidade humana e drogadicção surgem de forma conflitante e caótica entre os profissionais.

\* O tema morte mobiliza os profissionais tanto no óbito de um paciente, quanto na utilização de equipamentos e manobras para manter a vida em condições artificiais.

\* O baixo poder de decisão e a alta responsabilidade técnica são geradoras de estresse e contribuem para a diminuição da auto-estima do profissional.

\* O preparo do corpo *post mortem* aparece como uma atividade que causa uma grande mobilização de sentimentos nos profissionais.

Com base na bibliografia levantada, nos dados colhidos neste trabalho e na minha experiência profissional em uma unidade que assiste a pacientes com AIDS, faço algumas considerações e sugestões:

\* A complexidade da relação entre os profissionais de enfermagem e os pacientes com AIDS é indiscutível. Cabe a nós, profissionais de saúde e pesquisadores, conhecermos melhor esta dinâmica e propor medidas que facilitem e atenuem os conflitos aí existentes, tais como:

\* Criar cursos preparatórios dirigidos aos profissionais onde se discutam assuntos relacionados à morte e à sexualidade humana.

\* Fornecer informações técnicas precisas sobre modos de transmissão e equipamentos de proteção;

\* Fornecer os equipamentos de proteção;

\* Facilitar a ocorrência de atividades de lazer no ambiente hospitalar e fora dele;

\* Manter atendimento psicológico para os pacientes, diminuindo assim os níveis de agressividade e depressão dos mesmos;

\* Criar grupos de apoio para os profissionais, onde possam discutir questões e conflitos gerados no trabalho.

Com este estudo, espero poder contribuir, consciente de minha limitação, para a compreensão deste imenso desafio que é a AIDS. Doença esta que nos mobiliza, nos ameaça, nos faz rever conceitos, comportamentos e opiniões, gerando inseguranças e receios, como tudo o que é desconhecido.

Deposito também muita esperança, que num futuro bem próximo, este trabalho possa até ter seu valor relativizado, uma vez que a AIDS passará a ser um doença como outra qualquer, com prevenção, tratamento e cura (vide Souza, 1994).

## VII - RESUMO

A fim de se conhecer aspectos da relação entre equipes de enfermagem e pacientes com AIDS, bem como e as formas de manifestações desses eventuais conflitos, foram entrevistados 21 profissionais de enfermagem de dois hospitais-escola da cidade de Campinas, estado de São Paulo, que trabalhavam diretamente com pacientes com AIDS. As entrevistas foram analisadas tendo como questão orientadora relações de trabalho e o referencial psicodinâmico. Os resultados mostraram que os entrevistados têm grande dificuldade em trabalhar com tais pacientes, sendo as principais causas o medo de contrair a doença, o envolvimento emocional, o confronto com aspectos da sexualidade humana e drogadicção, o contato permanente com a morte e o esgotamento (*burnout*) decorrente de todos estes aspectos. As medidas sugeridas para atenuar estes conflitos são: grupo de apoio psicológico para os profissionais, atividades de lazer, cursos e treinamentos, abordando temas como a sexualidade humana, drogadicção e morte.

## VIII - ABSTRACT

In order to know aspects of the relationship between the nurse team and AIDS patients, 21 nurses working with those patients of two teaching University hospitals in the city of Campinas, Brazil were interviewed. The interviews were analysed under the point of view of the working structure relationship and psychodynamics. The results showed that there is a great difficulty in working with these patients, due to the fear in catching the illness, the emotional involvement, the confront with aspects of human sexuality and drug addiction, the constant contact with death as well as burnout resulting from these aspects. The following steps are suggested: groups of psychological support to the workers, leisure activities, courses and training, on themes, such as, human sexuality, drug-using and death.

## IX- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, P. *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*; trad. Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro, F. Alves, 180p., 1977.

\_\_\_\_\_. *O homem diante da morte*; trad. Luiza Ribeiro. Rio de Janeiro, F. Alves, 670p., 1982.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*; trad. R. O. Musachio. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975.

BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; MIYAZAWA, N.S. & COZZUPOLI, A. Cuidados domiciliares ao paciente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. *Acta Paulista de Enfermagem* 2(1): 30-32, 1989.

BEIGUELMAN, B. *Curso prático de bioestatística*. Revista Brasileira de Genética. Ribeirão Preto, 1991.

BENNET, L.; MICHIE, P. & KIPPAX, S. Quantitative analysis of burnout and its associated factors in AIDS nursing. *AIDS Care* 3(2): 181-92, 1991.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia: Entrevistas e Grupos*. São Paulo, Editora Martins Fontes, 1980.

BOEMER, M.R. *A morte e o morrer*. São Paulo. Cortez, 1989.

BOEMER, M.R.; ROSSI, L.R.G. & NASTRI, R.R. A idéia da morte em unidade de terapia intensiva - análise de

depoimentos. *In: Da morte: estudos brasileiros*, coord. Roosevelt M. Cassorla, p.145-157, Campinas, São Paulo, Papirus, 1991.

BOEMER, M.R.; ZANETTI, C. & VALLE, E.R.M. A idéias da morte no idoso - uma abordagem compreensiva. *In: Da morte: estudos brasileiros*, coord. Roosevelt M. Cassorla, p.119-129, Campinas, São Paulo, Papirus, 1991.

BONTEMPO, M. AIDS Esclarecimento global e uma abordagem. *In: DRESLER, D.E. & BOEMER, M.R. O ser com AIDS em sua dimensão existencial. Revista Brasileira de Enfermagem. 46(1): 7-20.*

BOLLE, J. L. Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. *The Nursing Clinics of North America 23(4): 843-50, 1988.*

BOTEGA, N.J. No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1989.

CAMARGO, A.M.F. Histórias de vida: a AIDS e a sociedade contemporânea. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas. 1991.

CAMPBELL, T.W.; ABERNETHY, V. & WATERHOUSE, G.J. Do death attitudes of nurses and physicians differ? *Omega 14(1): 43-48, 1983-84.*

- CASSORLA, R.M.S. Lidando com AIDS: uma experiência multiprofissional. *In: Da morte: estudos brasileiros*, coord. Rossevelt M. Cassorla, p.231-241. Campinas, São Paulo, Papirus, 1991.
- CENTERS FOR DIEESEASE CONTROL (CDC). Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public - safety workers. *Morb. art. wkly. rep.* 38(5-6): 1-37, 1989.
- CHIDA, A.M.; SOARES, M.G.C.; ARANTES, D.V. & DARÉ, L.H.F. Assistir a pessoa sidapata - Um problema atual de enfermagem em São Paulo. *Revista Paulista de Hospitais* 33(11/12): 256-260, 1985.
- CHRIST, H.G. & LORI, S.W. Psychosocial issues in AIDS. *In: AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention*. V.T. de Vita Jr (org.), Pippincot Company, Londres, 1985.
- COHEN, M.A.A. Biopsychosocial approach to the human immunodeficiency virus epidemic - a clinician's primer. *General Hospital Psychiatry* 12: 98-123, 1990.
- COOKE, M. Supporting health care workers in the treatment of HIV-infected patients. *Primary Care* 19(1): 245-256, 1992.
- D'ANDRÉA, F.F. Conceito de psicologia médica. *In: Psiquiatria e saúde mental*; org. Maurício Knobel e

Silvio Saidemberg, p.420-426 São Paulo, Editora Autores Associados, 1993.

D'ASSUMPTÃO, E.A. *Os que partem os que ficam*. Belo Horizonte, Editora O Lutador, 158p., 1987.

DESSUNT, E.M. Percepção de discentes e equipe de enfermagem em relação ao paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 10(1): 45-51, 1989.

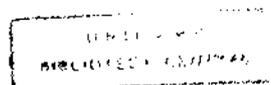
DRESLER, D.E. & BOEMER, M.R. O significado do cuidado do paciente com AIDS - Uma perspectiva de compreensão. *Revista Brasileira de Enfermagem* 44(1): 70-81, 1991.

DRESLER, D.E. & BOEMER, M.R. O ser com AIDS em sua dimensão existencial. *Revista Brasileira de Enfermagem* 46(01): 7-20, 1993.

DURHAM, J.D. & COHEN, F.L. *A enfermagem e o aidético*; trad. C.H. N. China, São Paulo, Editora Manole, 277 p., 1989.

EGAN, M. Resilience at the front lines: hospital social work with AIDS patients and burnout. *Social Work Health Care*. 18(2): 109-25, 1993.

FERREIRA, C.V.L. Conversando com o paciente HIV positivo: um estudo clínico. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 1992.



- FLASKERUD, J.H. *AIDS/Infecção pelo HIV*. trad. Roberta Salgado P. Nogueira e cols.. Rio de Janeiro, Editora Medsi, 366p., 1992.
- FIGUEIREDO, M.A.C. & SOUZA, L.B. Atitudes frente à AIDS. Um estudo comparativo entre categorias profissionais na área de saúde. *Medicina, Ribeirão Preto* 24(3):175-185, 1991.
- FIGUEIREDO, M.A.C. & MORAIS, K.C. AIDS e Enfermagem: Atitudes versus traços de personalidade no contexto do atendimento hospitalar. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2(1):41-56. 1994.
- FIGUEIREDO, R.M. Opinião dos Servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfurocortante na cidade de Campinas - SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 20(76): 26-33, 1992.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1979.
- GIR, E. & MORIYA, T.M. Interação verbal entre a equipe de enfermagem e o paciente com AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 24(2): 301-313, 1990.
- GOMES, H. *Medicina Legal*. Rio de Janeiro, Editora Freitas Bastos, 16a edição, 758 p., 1974.
- GROSSMAN, A. & SILVERSTEIN, C. Facilitating support groups for professional working with people with AIDS. *Social Work* 38(2): 144-51, 1993.

- HILDEBRAN, D.H.P. A catástrofe AIDS. *IDE - São Paulo*, 23: 64-75, 1993.
- HINSIE, L.E. & CAMPBELL, R.J. *Psychiatric dictionary*. New York, Oxford University Press, 1975.
- JEAMMET, P.; REYNOUD, M. & CONSOLI, S. *Manual de psicologia médica*. Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 1992.
- JEMMOTT, L.S.; JEMMOTT III, J.B. & CRUZ-COLLINS, M. Predicting AIDS patient care intentions among nursing students. *Nursing Research* 41(3): 172-177, 1992.
- KERR, C.I. & HORROCKS, M.J. Knowledge, values, attitudes and behavioural intent of Nova Scotia nurses toward AIDS and patients with AIDS. *Canadian Journal of Public Health* 81: 125-128, 1990.
- KINCADE, J. Attitudes of physicians, housestaff and nurses on care for the terminally ill. *Omega* 13(4): 333-334, 1982-83.
- KLAFKE, T.E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. *In: Da morte: estudos brasileiros*; coord. Rossevelt M. Cassorla, p.25-49 Campinas, São Paulo, Papirus, 1991.
- KOVÁCS, M.J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. *In: Da morte: estudos brasileiros*; coord. Rossevelt M. Cassorla, p.79-103. Campinas, São Paulo, Papirus, 1991.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Editora Martins Fontes, 1981.

\_\_\_\_\_. *AIDS o desafio final*. Editora Best-seller, 1987.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise*. 4a ed. Lisboa, Portugal, Moraes Editores, 707p., 1977.

LEIDY, K. Enjoyable learning experiences an aid to retention? *Journal of Continued Educacional Nursing* 23(5): 206-8, 1992.

LOPES, M.S. Estudo qualitativo de características psicossociais de pacientes contaminados pelo HIV. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, 1993.

MACHADO, A.A.; COSTA, J.C.; GIR, E.; MORRIYA, T.K. & FIGUEIREDO, F.C. Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 26(1): 54-56, 1992.

MELLO-FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. 3a ed., Rio de Janeiro, Editora Tempo Brasileiro, 1983.

MENEGHIN, P. AIDS: Assistência de enfermagem e revisão de literatura. *Revista Paulista de Enfermagem* 6(3): 99-107, 1986.

NOYES, A.P. & KOLB, L.C. *Psiquiatria Clínica Moderna*. 3a ed. La Prensa Medica Mexicana, 699p., 1966.

- PÁDUA, I.M. AIDS: doença estigmatizante, uma leitura antropológica do problema. *Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais* 35(1): 22-27, 1986.
- PASACRETA, J.V. & JACOBSEN, P.B. Addressing the need for staff support among nurses caring for the AIDS population. *Oncology Nursing Forum* 16(5): 659-663, 1989.
- PLANT, M.L. & FOSTER, J.M.A. AIDS-related experience, knowledge, attitudes and beliefs amongst nurses in an area with a high rate of HIV infection. *Journal of Advanced Nursing* 18: 80-88, 1993.
- PLANT, M.L.; PLAMT, M.A.; FOSTER, J. Stress, alcohol, tabaco and illicit drug use amongst nurses: a scottish study. *Journal of Advanced Nursing* 17(9): 1057-67, 1992.
- SILVA, M.J. A enfermagem diante do paciente terminal e da morte. In: *Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar*; coord. Evaldo A. D'Assumpção, p.142-146. Petrópolis, Vozes, 1984.
- SHELLEY, S.I.; ORCHARK, Z.A. & GAMBRIL, C.D.S. Aggressiveness of nursing care for older patients and those with do-not-resuscitate orders. *Nursing Research* 36: 157-162, 1987.
- SONTAG, S. *AIDS e suas metáforas*; trad. Paulo Henrique Erito, São Paulo, Comp. das Letras, 1989.

- SOUZA, H. *A cura da AIDS*. Editora ??????, São Paulo, 1994.
- SOUZA, A.R.N.D. A reflexão do saber sobre a impotência SIDA/AIDS, uma experiência em psicologia médica. Tese de Mestrado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1988.
- SOUZA-FILHO, E.A. & HENNING, M.G. Representação social da AIDS, práticas sexuais entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 8(4): 428-441, 1992.
- STOLLER, E.P. The impact of death-related fears on attitudes of nurses in a hospital work setting. *Omega*: 11(1): 85-96, 1980-81.
- TORRES, W.C.; GUEDES, W.C. & TORRES, T.E. Algumas contribuições à pesquisa sobre a morte. *In: Da morte: estudos brasileiros*, coord. Rossevelt M. Cassorla, Campinas, São Paulo, Papyrus, 1991.
- TORRES, W.C. & GUEDES, W.G. A morte no contexto hospitalar. *Revista de psicologia hospitalar* 1(2): 56-59, 1992.
- TRUJILLO FERRARI, A. *Metodologia da Pesquisa Científica*. São Paulo, MacGraw-Hill do Brasil, 1982.
- van-SERVELLEN, G. & LEAKE, B. Burnout in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. *Journal of Professional Nursing* 9(3): 169-177, 1993.

WEISMAN, A.D. *On dying and denying*. A psychiatric study of terminality. New York, Behavioral Publications, 1972.

WICHER, C.P. AIDS & HIV: The dilemma of the health care worker. *Journal of Neuroscience Nursing* 25(2): 118-124, 1993.

WRITH, J.M. & PERKINS, J.R. The role of liason psychiatry in an AIDS unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 24: 391-396, 1990.



b) Algum caso em especial te tocou? Mexeu com você?

4 a) Quais as principais dificuldades do pessoal de enfermagem ao cuidar do paciente com AIDS?

b) E dificuldades emocionais? você percebe alguma na equipe? c) E você, se lembra de alguma situação em que você teve dificuldade para cuidar de algum paciente?

5) Você poderia me contar situações, casos do dia-a-dia, que mexeram muito com a equipe de enfermagem?

6 a) Na sua opinião, como o paciente com AIDS, em fase terminal deveria ser tratado? O que você acha que deveria ser feito?

b) Você acha que deveriam ser colocados em respirador, realizado reanimação em caso de parada cardíaco-respiratória?

7 a) Que tipo de reações você tem notado, na equipe de enfermagem, quando um paciente morre?

b) Como você se sente nesta situação?

Você gostaria de colocar mais alguma coisa?



6a) "Eu acho que não deveria entubar. Não deveria investir tanto quanto eles investem quando o paciente não vai prá frente. Teve um paciente que estava praticamente parado e estava correndo sangue nele (...)"

7a) "Depende do paciente, se é um paciente velho de casa, a equipe sente, se é um paciente que ficou pouco a gente não sente, eu não sinto. No momento em que comenta que tal paciente foi a óbito, fica chateado, depois passa, mas na hora fica todo mundo pensando."

b) "Depende do paciente, se ele está aqui a mais tempo, a gente se apega mais, eu sinto, na hora eu sinto. Mas também não sou de por na cabeça de ir embora pensando, sinto ali na hora mas depois passou."

## Entrevista 2

a) M.C. 34a feminino  
b) solteira mora sozinha católica  
c) enfermeira  
d) Trabalha com AIDS há 4 anos  
e) "(...) era o único lugar que tinha vaga, eu já tinha experiência com moléstias infecciosas e aceitei".

1a) "De maneira geral eles conversam a vida deles, uma ou outra pessoa pergunta como ele contraiu AIDS, mas tem medo porque não sabem como conduzir a conversa, mas muita gente tem muita dificuldade em perguntar como ele contraiu."

b) "(...) eu pergunto se ele sabe o que ele tem, se ele souber e conduzir a conversa eu converso com ele sobre tal assunto, se ele não sabe ou quer omitir eu o respeito."

2) "Muito pouco, a não ser quando a família procura para perguntar alguma coisa, caso contrário não."

b) "Vai depender de como eu perceber a família, se a família quiser apoio então ela vem e eu respondo, infelizmente a gente não pára para pensar na família, nem no paciente a gente pensa na situação psicológica dele, é difícil lidar com o próprio psicológico. Ainda ontem eu dei uma de entrometida, tinha um paciente desenhando como ele via o HIV, ele desenhou um monte de correntes, ligadas prendendo algo, e eu perguntei se era assim que ele se via e ele disse não, é assim que eu vejo o HIV (...)então eu percebi que ele não queria falar. Ele se sente preso mas a gente também se sente preso, a forma como a gente vê a vida, os preconceitos que a gente tem, é muito difícil dizer que não se tem preconceitos, dependendo da forma como a gente foi criada."

3a) "Algumas pessoas modificam sim, o paciente drogadito é mais difícil das pessoas aceitarem do que o paciente homossexual e se for casamento também é mais fácil ainda e se for transfusão sanguínea é até um privilegiado ninguém culpa o paciente, mas isso mudou muito, quando eu cuidei do primeiro paciente aidético era uma visão completamente diferente, agora não, é raro você ver alguém perguntar como foi que o paciente pegou, agora o que interessa é que ele está doente e não como ele pegou, acho que passou esta necessidade, eu pelo menos não me importo mais em saber como ele pegou, agora ele já tem mesmo e o que interessa é isso."

b) "Sim foram dois casos, um era um rapaz muito bonito, era artista de televisão, e ele não sabia o diagnóstico, o médico deixou a responsabilidade para quem ele perguntasse, e foi exatamente comigo. Ele perguntou se eu sabia o que ele tinha e eu disse que sim. E perguntei o que ele achava que ele tinha, e ele disse ser uma hepatite e uma meningite eu disse que sim mas que não era só isso, nesse momento na T.V.

estava passando uma propaganda sobre AIDS e ele perguntou se era aquilo que ele tinha e eu confirmei que sim. Ele permaneceu bem naquele dia e no dia seguinte piorou muito e terminou morrendo com uma morte muito feia, aquilo ficou muito tempo marcado na minha cabeça, pela coragem que eu tive em confirmar e pela novidade que ainda era esta doença, naquele hospital era o primeiro caso. O outro foi uma criança que ficou um ano internada e tinha o mesmo nome que o meu irmão o que já tinha alguma coisa a ver. Ele tinha pego através de transfusão era hemofílico e era muito tempo, um ano vendo todos os dias (...) e a gente tinha uma ligação muito forte porque ele foi ficando cego e aquilo angustiava muito a mãe e a gente também e na época tinha um programa de televisão que ele gostava muito e ele ficava desesperado por ouvir a voz do artista e não conseguir ver e com isso ele parou de falar, e um dia eu entrei no quarto e falei que iria viajar e ele me desejou boa viagem, já fazia uma semana que ele se recusava a falar, a mãe ficou muito emocionada e depois ele foi piorando, não comia e precisou de uma sonda nasointestinal, era muito difícil de passar ele arrancava e ninguém conseguia passar novamente, eu consegui e durante à noite ele piorou muito, arrancou a sonda novamente e ninguém conseguia passar, a mãe chorava muito e me chamava pensando que eu iria salvar o filho dela da morte, no dia seguinte quando eu cheguei e vi o leito dele vazio e me contaram esta estória, eu chorei e me senti muito angustiada, e um médico na época me criticou e eu disse que a gente é quem ficava com o paciente 24 horas. Talvez pelo nome, pelo tanto tempo que ele ficou internado, me marcou bastante. E teve outros com morte bastante feia, que me angustiou muito, principalmente os pacientes com P. carinii."

4a) "Pelo que eu vejo, é o medo de ficar doente também, o paciente fica muito feio, transfigurado, mas acho que o mais é o medo de pegar a doença também, outra coisa eu acho que não."

b) "...emocional eu acho que deve ter pelo fato de se lidar com a morte, você sabe que ele vai morrer, você vai dizer prá ele, você vai ficar bom, você vai melhorar. Você pode até dizer, mas ele não vai acreditar. Dá prá ver uma diferença nos pacientes no leito-dia, os pacientes tem uma esperança maior de vida, no leito-dia as meninas conseguem brincar mais. A proximidade da morte, o fato de não ter cura, você fica cuidando, cuidando mas não vai progredir. Eu acho que existem essas dificuldades mas nunca ninguém falou. As pessoas que vieram para cá e não ficaram foi pelo medo de ficar doente."

c) "Não".

5) "Eu me lembro de dois casos, um deles foi de uma funcionária que se picou com uma agulha contaminada e se desesperou, achou que já tinha contraído o vírus, então ela gritava (...) e outras situações em que a enfermagem queria que o médico tomasse alguma conduta que o paciente estava morrendo e outras em que a enfermagem queria que o médico não fizesse nada e deixasse o paciente morrer em paz e estava-se investindo no paciente, talvez negando a limitação."

6a) "É difícil porque, se ele está consciente é difícil chegar prá ele e perguntar o que você quer, quem acaba tomando atitude é a equipe médica. Eu me lembro daquele menino na época da res. C. que ele era aux. de enfermagem e falou que ele não queria ser entubado e ela respeitou e ele morreu do jeito que ele pediu sentindo tudo. Mas é muito

difícil perguntar para o paciente quando ele ainda está consciente."

7a) "Algumas questionam o que será que vem depois, outras preparam o corpo como se não estivesse mexendo em nada, não tem ligação emocional forte não, descobri que algumas rezam durante o preparo. Parece que não relaciona que a pessoa também ficará assim (...) ainda bem né, senão seria muito morbido (...)"

b) "Vai depender de como eu vivenciei a situação, mas de maneira geral eu me surpreendo, até que eu trabalho bem a situação, não tenho muita dificuldade em falar sobre morte, no caso da criança que perguntou: Como é o cemitério Tia? eu perguntei: Porque você quer saber? ele disse porque é prá lá que eu vou, eu expliquei como era o cemitério (...) não sei se porque eu acredito em Deus e em Jesus Cristo não é muito dolorido prá mim a morte (...) graças a Deus eu nunca perdi ninguém da minha família, se isto acontecer talvez eu veja isto de um modo diferente. Prá mim a morte é normal, o nascer e o morrer é normal. Morte prá mim é um negócio muito interessante, é difícil se lidar com isto (...) mas é um assunto que eu gosto muito, eu acredito nestes pacientes que dizem estarem pressentindo a morte, isto me atrai muito (...) acho que é porque eu gostaria de saber como é depois da morte, eu acho que do outro lado deve ser interessante, teve um paciente que parou e depois foi reanimado e disse que esteve num lugar lindo, com um jardim (...) mas logo disseram que ele teria sonhado e eu não consegui saber mais. É difícil pensar em morte porque a gente gosta muito do corpo e tem que se desapegar dele. É um assunto que me interessa e me atrai."

a) C. 43a

fem

b) Viúva 3 filhos

católica c) Atendente de enfermagem

d) 3 anos

e) "Eu trabalhava em outro setor e me perguntaram se eu gostaria de vir prá cá, que ninguuém queria vir (...) e eu vim correndo."

1a) "(...) generaliza, sobre tudo a gente conversa." Conversa sobre a doença? "(...) é difícil, eu prefiro sempre evitar tocar neste assunto (...) porque eu fico com medo da reação do paciente, medo de ele entrar mais em depressão (...) eu fico com medo de tocar neste assunto."

2a) "(...) conversa, mas generalizo também, procuro sempre dar apoio prá que a família não abandone o paciente e para isso eu levo a conversa sempre prá outros caminhos e não falar da doença."

3a) "Não a gente não modifica. Nunca vi isto, principalmente no meu plantão a gente nunca faz diferença."

4a) "(...) ah! emocional, a gente precisa estar bem preparado sempre, muita gente tem problema em casa, eu não tenho Graças a Deus, mas chega aqui a gente tem que ter outra personalidade prá poder conversar com o paciente, mas o que mais toca é o lado emocional mesmo (...) é dó, né! a gente sente muita pena do paciente seja que idade for.

b) "(...) é o A., e do R. (duas crianças), sentimos muita pena por caso do abandono da família, o R. não por que a mãe dele ficou aqui até o último minuto, agora o A. pelo abandono da mãe e do pai verdadeiro. Agora, de adultos tem

muitos pacientes que até agora emocionam a gente, como o C.(...) ele era um paciente super bom, estudado, e acontecer o que aconteceu com ele, foi a pessoa que mais me tocou até hoje. O R. porque tentou o suicídio (...) ele não morreu na hora e quando ele vinha novamente de longe ele vinha me procurando com os olhos, porque eu procurei dar o maior apoio prá ele, eu não pensava que ele iria morrer tão rápido...

ele tentou o suicídio por ter ouvido conversa ali fora pela janela, de que aidéticos tinham que morrer, que eram uns malditos, ele ouviu mais de meia hora de conversa pela janela e depois ele tentou o suicídio, e o que mais tocou a gente foi o jeito que ele olhou para a gente quando nós fomos socorrer ele dentro do banheiro, ele olhou com um olhar dizendo, eu fiz, mas pelo amor de Deus me salva! Foram os casos que mais me tocaram. Quando eles pegam assim por negligência, eles não se conformam de terem pego uma doença assim tão boba, por negligência deles próprios, sem ser por drogas. Quando é por drogas a maioria nem esquenta a cabeça, pensam mais em contaminar outras pessoas."

6a) "(...) eu até gostaria que fizesse mas não adianta, eu penso se a gente pudesse fazer alguma coisa, (...) não tem nada prá fazer? os médicos dizem, não. E a gente ve eles morrerem na mão da gente, quantas vezes fica agonizando o dia inteiro, aí a gente entra e faz uma oração, porque Graças a Deus até nisso nós somos unidos, e a pessoa acaba morrendo ali na nossa frente sem a gente poder fazer nada (...) principalmente o S., presidiário, ele agonizou o dia inteiro, aí chegou à tarde entramos prá fazer uma oração prá ele (...) acabamos de rezar ele fechou os olhos, as duas lágrimas caíram, como que agradecendo a gente, (...) acabamos de rezar ele acabou de morrer. Ele estava

aguardando aquela oração, da família não vinha ninguém, até o P.M. que estava de plantão tirou o boné e as lágrimas dele caíram, (...) foi emocionante. São quadros que a gente não esquece pode passar anos. (Desculpa das lágrimas). Estes pacientes exigem muito da gente, e eu dou. Tem gente que fala que eu sou puxa-saco dos pacientes, mas não é isso. Você escuta o meu nome o dia todo pelo corredor, mas eu quero sempre dar mais. Nem pensar em sair daqui, só se eles me mandarem embora. Eu acho que eu estou pagando todos os meus carmas aqui mesmo, é a minha missão."

7a) "Todo mundo fica muito chateado, por mais que o paciente tenha dado trabalho. todo mundo fica muito chateado, principalmente porque eles são jovens."

"Eu gostaria que tivesse um remédio prá amenizar um pouco mais o sofrimento deles, por que eles sofrem muito."

Entrevista 4                      FUC tarde

- a) L.    47a    fem
- b) Casada    4 filhos    católica
- c) Atendente de enfermagem
- d) 6 anos
- e) "Vim prá esse bloco sabendo já que eu iria cuidar destes pacientes, fui treinada de como cuidar e já vendo por mim mesma o carinho que a gente tem que ter por eles, o paciente com AIDS é um paciente carente, precisa de muito carinho, às vezes ele é agressivo e ele tem motivo prá ser assim. A doença dele não tem cura, ele sabe que é tudo em vão o que a gente está fazendo, mas você tem que saber levar e conversar com ele."

1a) "(...) a gente tenta fazer ele encarar de frente o problema, quando ele se recusa a tomar o remédio e diz que a doença não tem cura, a gente diz não tem cura e você vai fazer o que? vai se enfiar de baixo da cama? não vai comer, não vai tomar remédio, não vai tomar banho? Assim não vai demorar muito tempo e você vai estar morto mesmo! (...) a gente não puxa o assunto não, mas se eles falam, a gente aproveita e toca no assunto. Às vezes eles internam agressivos, agredindo a enfermagem e no final eles saem amigos, ligam, vem visitar a gente, acabam se tornando amigos."

2a) "(...) a gente conversa no sentido de dar apoio, pede pra eles forçarem a alimentação (...) a família vem pedir orientação, como cuidar em casa, lavar a roupa (...)"

3a) "(...) a enfermagem eu acho que não, no meu plantão não existe diferença, a gente nem procura saber como ele pegou, se ele tem culpa ou não (...)"

b) "(...) o que deixa a gente mais constrangido é o hemofílico, porque ele não teve culpa nenhuma, crianças, porque eles não tem culpa de estarem doentes, a culpa é dos pais (...) mas a gente não procura ficar lembrando isso (...)"

4a) "(...) o cuidar até que não é difícil, o difícil é que devagar ele deixa de aceitar tudo (...) não aceita mais alimentação, não quer mais tomar banho, (...) chega a fase final, aí fica difícil pra gente (...) você vê que ele está indo dia-a-dia e não pode fazer nada (...)"

b) "(...) é a mais difícil, a emocional, é a hora em que o paciente entra na fase final (...) a gente comenta, viu quem internou?, desta vez ele está mal, não sei não (...) aí começa a mexer com a parte emocional nossa (...) é a parte mais difícil (...)"

c) "(...) pacientes agressivos, até podem tentar agredir fisicamente alguém, nestes casos normalmente o médico encaminha prá psiquiatria (...)"

5) "(...) são os que a gente mais se apega, pessoas que vem um ano, dois anos tratando (...) então a gente se apega muito, (...) então quando eles vão à óbito agente fica muito chateada (...)"

6a) "(...) até certo ponto a gente vai, se ele precisa de um cateter, uma máscara de O2, (...)entubação até que não, não deve entubar (...) é só pará prolongar o sofrimento (...) você vê o paciente com sonda nasogátrica, coloca a dieta e só diarréia, diarréia (...) é muito difícil (...)"

7a) "(...) fica todo mundo chateado (...) é difícil ver um paciente se acabar assim na sua frente, um moço novo (...) é desagradável, mexe muito com o lado emocional da gente (...) tem gente que consegue trabalhar com enfermagem e sair daqui e esquecer, outros não, é da gente isso! (...) às vezes a gente vai prá um barzinho beber e quando vê estamos falando de algum paciente (...)"

"Não quero sair daqui de jeito nenhum (...) eu fiquei 15 dias afastada com depressão, então me chamaram prá perguntar se eu queria trocar de bloco, mas de jeito nenhum (...) aqui eu me sinto em casa (...) a minha palavra (...) ninguém fala contra, é muito gostoso trabalhar num lugar que você sabe o que está fazendo, o que está falando, (...) você fala como está o paciente e o médico te escuta, confia no que você diz (...)"

Entrevista 5

PUC tarde

a) B.

34a

fem

b) Casada

2filhos

católica

c) Atendente de enfermagem

d) 3 anos

e) "Eu já fui contratada pra trabalhar diretamente com eles."

1a) "(...) como ele contraiu (...) que jeito ele esta (...)"

b) "(...) raramente da doença, fala mais de outras coisas (...) pra não constranger mais o paciente (...) a gente disfarça (...)"

2a) "(...) pra orientar quando o paciente vai pra casa (...)"

3a) "(...) não, todos são indiferentes, eu trato todos iguais, não procuro saber como ele pegou (...)"

b) "(...) uma paciente a L. que pegou do marido, ela era uma mulher direita e depois foi à óbito, então eu fiquei muito triste (...) e pacientes que ficam aqui muito tempo, mesmo sendo por drogas (...) pacientes que a gente cuida muito e depois vai à óbito, mexe muito com a gente, a gente trabalha, mexe o tempo todo com eles e no final (...) eu já chorei muito por paciente que vai à óbito (...)"

4a) "Eu acho que é medo de pegar a doença."

b) "Mexe muito com a gente, mesmo que você não queira se apegar você acaba se apegando, porque eles ficam muito tempo. Eles vão pra casa voltam, voltam piores ainda até irem à óbito a gente sofre muito (...)"

c) "(...) teve um paciente que eu gostei muito dele, era um paciente que não se queixava de nada (...) e quando ele foi à óbito eu fiquei muito emocionada (...) a gente fica torcendo pra que não vá no plantão da gente. Também um outro paciente que eu fiquei muito próxima dele e quando ele foi à óbito (...)"

5) "(...) uma criança que ficou meses com a gente abandonada pelos pais, e uma outra criança que foi à óbito também. O A. está bem, foi adotado por uma outra mãe, está com 4 anos já. Ele emocionou muita gente (...)"

6a) "(...) eu acho que deve dar assistência até a última hora, os médicos acham que isto é em vão (...) Eu acho que deveria por em respirador, porque eles vão parando, parando (...) na nossa mão, consciente, vendo que estão morrendo e a gente não tem o que fazer, a gente também sente muito por isto (...) eu brigo com eles eu digo tem que fazer alguma coisa (...) não tem mais o que fazer eles falam, já investimos tudo (...)"

7a) "(...) os outros pacientes ficam todos apavorados (...) depende muito de cada um, dos pacientes (...)"

"(...) É muito triste trabalhar aqui, porque você faz, faz e sabe que o paciente vai voltar, até morrer (...)" Você gostaria de sair daqui? "não, porque eu me apeguei com eles, já deixei meu coração tomar conta daqui (...)"

#### Entrevista 6 PUC manhã

- a) D. 42a fem  
b) Casada 3 filhos  
católica  
c) Auxiliar de enfermagem  
d) 9 anos  
e) "(...) quando eu vim parar aqui eu já sabia que eu iria trabalhar com estes pacientes. No começo quase não tinha, depois de um tempo que eu já estava aqui é que apareceu o primeiro caso."

1a) "(...) prá gente aqui ele é um paciente normal, a gente trata igual á todo mundo. Não existe isolamento (...) a gente procura nunca tocar no assunto da doença, quando eles sentem necessidade de falar eles próprios tomam iniciativa, mas a gente nunca puxa o assunto não, a gente procura falar de outras coisas (...)"

2a) "(...) conversamos, orientamos, porque sempre a família procura a gente, eles (a família), quase nunca conversam com o médico, procuram mais a enfermagem prá tirar dúvidas (...)"

3a) "(...) não, a maneira como ele contraiu a doença não interessa prá nós. Ele é um paciente prá nós, se ele é drogado, homossexual isso não interessa."

b) "Mexeu, era um paciente muito grande forte e depois a gente descobriu que ele era estuprador, principalmente de criança, mexeu muito e aí passou a ser difícil a gente cuidar dele (...) e ele estava mal mesmo, (...) era difícil a gente cuidar dele com carinho sabendo que ele fez tanto mal, principalmente á crianças. Mexeu muito com a enfermagem e era difícil chegar perto dele e se controlar prá cuidar dele"

4a) "(...) aqui a gente está acostumada, mas fora do bloco 1 é o medo, a gente sente . Eu não sei se eles não estão esclarecidos ou se é falta de prática (...) tem medo de pegar. Inclusive quando estão no P.S. o pessoal entra em pânico, ninguém quer se aproximar, acha que deve ter lugar próprio prá eles que não deve misturar."

b) "(...) a gente se apega muito, porque você vê, eles vêem, voltam, então a gente se envolve com eles e em geral eles são pacientes carentes e a gente se dá muito prá eles, a gente acaba sofrendo muito. Quando eles ficam graves com uma insuficiência respiratória, naquela agonia e não tem nada

prá fazer a gente fica muito chocada (...) Quando eles vêem mal, a gente levanta eles e depois eles vão e voltam piores (...)"

5) "Sim, é um paciente sensacional, ele era hemofílico, pegou por transfusão e ele não merecia aquilo, ele foi vítima (...) e ele foi à óbito com a gente, aí a gente fica prá baixo, triste. E outra foi uma criança, o A., criança mexe muito com a gente. (...) a mãe abandonou por causa da doença dele, e depois uma outra pessoa adotou ele e ele está bem, todos nós lembramos dele, este mexeu muito (...)"

6a) "É tão difícil, porque no fundo a gente sabe que não tem o que fazer e o desespero de ver eles daquele jeito (...) eu acho que deve fazer tudo que amenize, porque você vê a falta de ar é terrível (...) eu acho que tudo prá amenizar ele, não prá prolongar a vida, mas prá amenizar aquela dor."

7a) "No geral as pessoas ficam muito tristes, se é um paciente que a gente já acompanhou, fica muito prá baixo, dá prá perceber nas pessoas."

b) "(...) cada caso é um caso, tem pacientes que ficam confusos e gritam o tempo todo, tem pacientes que seguram na minha mão e gritam fica comigo, não me deixe (...) Eu não quero sair daqui."

**Entrevista 7**                      PUC manhã

- a) E.                                      22a                                      masc
- b) Solteiro                              1 filha                                      católica
- c) Atendente de enfermagem (aluno de aux.enfermagem)
- d) 1 ano e seis meses
- e) "(...) eu vim prá direto, já sabia que iria trabalhar com pacientes com AIDS e prá mim todos são pacientes não importa o diagnóstico dele."

1a) "(...) a gente tenta nunca estar lembrando o que ele tem (...) alguns são liberais mas nem todos gostam de falar sobre sua vida (...) eu tento falar de outras coisas prá ele esquecer um pouco da sua doença (...) se ele pergunta eu falo prá ele conversar com o médico (...)"

2a) "(...) a gente nunca fala como o paciente está, porque pode mudar de uma hora prá outra (...)"

3a) "(...) aqui no bloco eu nunca vi, nunca houve este problema de diferenciar pacientes, mesmo quando é um presidiário a gente fala, lá fora você pode ser o que for, mas aqui você é paciente (...)"

b) "(...) alguns mexem quando o paciente conta que ele é homossexual, e a gente diz, não é possível (...)"

4a) "(...) quem pensa no paciente não tem dificuldades (...) as pessoas ficam dizendo, nossa você trabalha no MI (...) eles acham que só de você chegar perto do paciente você já vai pegar a doença (...)"

b) "(...) é um paciente que vai e volta, fica freguês da casa, com o dia-a-dia, a gente fica o tempo todo com ele (...)"

5) "(...) eles eram pacientes antigos, e morreram (...) eu fiquei chateado (...)"

6a) "(...) é difícil (...) se é um paciente mais novo (...) mas é difícil saber se entuba ou não (...) todo mundo quer viver."

7a) "(...) depende do estado do paciente, é duro você ver um ser humano alí sofrendo."

"Eu acho que vale a pena a gente trabalhar com estes pacientes, a gente aprende a dar mais valor na vida da gente."

Entrevista 8

PUC manhã

- a) M.C. 34a fem
- b) Divorciada 3 filhos católica
- c) Atendente de enfermagem
- d) 3 anos e seis meses
- e) "(...) me transferiram para cá (...) eu acho ótimo, adoro este bloco e o tipo de pacientes que a gente cuida."

1a) "(...) a gente vai fundo, porque tem pacientes que são homossexuais, por exemplo, e a família não sabe, então eles tem necessidade de se abrir (...) a gente entra no quarto e fica falando sobre tudo da vida deles...falamos diretamente da doença, depois do diagnóstico dado pelo médico."

2a) "Às vezes, quando os pacientes são muitos dependentes, e às vezes eles abusam da doença, exploram as famílias e a gente fala, você é quem tem que se ajudar, você é o responsável pela sua doença (...)"

3a) "(...) aqui prá nós é tudo igual, a gente já sabe o que vem prá nós (...)"

b) "(...)só criança."

4a) "(...) é o medo de pegar a doença, e antes de trabalhar aqui eu também achava isto um bicho de 7 cabeças (...) o medo do isolamento, eles acham que o paciente vai ficar em isolamento, (...) tem problemas assim, se a gente vai buscar um paciente no CTI, o pessoal de lá não deixa a gente entrar, porque dizem que nossa roupa está contaminada (...)"

b) "(...) a gente se apega, só que agente tem consciência do que vai acontecer, a gente se apega até a data de hoje, amanhã ele vai à óbito, então a gente esquece (...) pode até tecer algum comentário mas a gente não leva prá casa não."

5) "(...) sim, tem um paciente que é apaixonado por mim, ele me adora e eu deixo ele pensar que eu gosto dele também, ele está muito doente (...) e as crianças que mexem muito".

6a) "(...) eu acho que não deve entubar, só um O2, só pra aliviar, mas entubar não, prolongar pra que. Eu acho que é só pra judiar mais do paciente e da família, inclusive a gente não faz isto aqui, paciente HIV se parar parou."

7a) "(...) um alívio, porque a família tem dificuldade em cuidar deste paciente, então é um alívio. Eu sou até contra estes remédios que prolongam a vida, AZT, estas coisas, não sei se eu estou falando isto porque eu não tenho nenhum caso na família, se eu tivesse talvez eu pensaria diferente, eu acho que não, porque tem pessoas que tem consciência e outras não, saem daqui sabendo que tem e continuam passando pra outras, então isto daí não vai acabar nunca. O governo deveria empregar este dinheiro com outras coisas, com o menor carente e na saúde, menos com os aidéticos, porque mexe com a gente os hemofílicos, coitados, a gente fica em cima do muro, mas estes que mexem com drogas, homossexualismo eu acho que não deveria investir nada, nada (...)"

"Outra coisa é que eu adoro eles, pra mim não importa se eles são drogaditos ou homossexuais, eu adoro eles, eu gosto de trabalhar com eles, faço o possível pra cuidar deles até a hora que eles partem desta pra melhor."

**Entrevista 9**                      UNICAMP tarde

a) R.	34 anos	fem
b) Solteira	1 filha	catolica
c) Enfermeira		
d) 2 anos		

e) "(...) acho que a gente já trabalhava e não sabia...tinha vaga aqui e eu cai aqui. No começo eu me deprimi um pouco, de ver assim a involução dos pacientes, porque aqui eles involuem, e depois a gente vai se acostumando (...)"

1a) "(...) nunca sobre a doença em si, conversa de assuntos gerais (...) acho que sobre a doença não (...) eu também converso de uma forma geral, sobre a doença só se o paciente resolve falar."

2a) "(...) não, às vezes pergunta do estado do paciente, mas nunca da doença em si."

3a) "Não. (...) eu sinto assim, quando o funcionário chega no MI ele tem um certo receio, eu tinha uma funcionária que levava as coisas pelo lado da ignorância, dizia muitas vezes no meio do corredor, quando tinha paciente rebelde, que o paciente pintou e bordou lá fora e agora ficava aqui dando trabalho, mas agora ela mudou, depois de muita conversa ela mudou (...)"

b) "(...) pacientes rebeldes agressivos, que recusam tudo, eles dão um pouco de trabalho (...) Teve um paciente o padre, ele mexeu muito comigo, eu ficava pensando nas missas, as coisas que eles falam, o quanto será que é sincero, a gente que já não acredita muito (...)"

4a) "(...) em cuidar dos pacientes revoltados, é difícil conversar com a pessoa (...) a piora dos pacientes, ele sai de alta hospitalar e quando volta, volta pior, isso mais no começo, agora já não me assusta mais é normal."

4b) "(...) o caso do padre e de uma mulher que não se dava bem com o marido e as próprias filhas induziram ela a sair com outro e ela se contaminou (...) é uma mulher até que muito certinha (...) e estes casos de transfusão."

principalmente em pacientes jovens (...) chocam em termos, já chocou muito mais."

6) "(...) deixar. Não deveria estar investindo não, você vê o paciente ir pró tubo e ele não vai sair mesmo, é besteira, deveria deixar, (...) fria né!...se bem que se colocar no lugar de uma família, a família quer manter o paciente vivo (...) às vezes a gente é um pouco egoísta, se fosse um parente meu eu acho que não gostaria que deixasse morrer, mas de forma geral (...) se fosse comigo eu não gostaria, eu quero que deixe morrer, embora os pacientes tem muita esperança, não sei se por ignorância (...)"

7a) "(...) fico chateada, mesmo sabendo que foi melhor prá ele fico chateada, mas passa logo também."

"(...) eu não sei até que ponto no futuro, ou no dia-a-dia isto possa influenciar, pode ser que sem a gente perceber faça mal à gente, não sei até que ponto a gente aprende a lidar e aceitar (...) de uma forma ou de outra você tem que aceitar porque é o seu dia-a-dia, não pode parar muito prá pensar. No meu tempo de faculdade falava-se muito sobre uma equipe de psicologia lidando com os funcionários, dando um apoio, mas não sei até que ponto ajudaria também, porque prá mim é uma coisa normal, como se eu estivesse trabalhando em outra enfermaria, porque a enfermagem em si mexe com você independente do local de trabalho".

Entrevista 10 UNICAMP tarde

a) A.	37a	fem
b) Casada	3 filhos	católica
c) Auxiliar de enfermagem		
d) 1 ano e seis meses		

e) "(...) fiz o curso de auxiliar de enfermagem aqui na UNICAMP e depois que eu me formei eu comecei a trabalhar e tinha vaga aqui".

1a) "(...) a gente não tem tempo de ficar olhando o que a colega fala, mas eu sei por mim, eu não tenho preconceito de pacientes com AIDS, preconceito nenhum, converso, às vezes até esqueço que ele tem AIDS. Se ele me conta, se abre a gente conversa e dá espaço prá ele, mas não fica interrogando. Não tenho preconceito, até esqueço que trabalho numa área de aidéticos."

2a) "Não, geralmente o que a família pergunta é só se o paciente melhorou ou piorou".

3a) "Não, eu acho que não tem nada a ver, AIDS é AIDS de qualquer jeito, por droga ou por sexo isso não influi, o que a gente faz é cuidar do paciente, porque às vezes a própria família isola o paciente (...) não tenho medo de pegar a doença, a gente toma as devidas precauções."

b) "Não, às vezes uma pessoa pegou por transfusão, não pediu, a gente fica mais com pena, mas não prá atrapalhar o tratamento (...)"

4a) "Medo de contaminação, existe um preconceito contra o MI."

b) "Não, a primeira vez que um paciente morreu comigo eu chorei, ele parou assim na minha frente e logo que ele parou eu rezei, fiz uma oração e isso me trouxe um alívio, foi a primeira e a última vez que eu senti (...) não sei se porque ele parou comigo, se ele estava conversando comigo minutos antes e eu vi ele dar o último suspiro como um passarinho, então eu me emocionei, ele estava sozinho no quarto e não teve jeito as lágrimas desceram e eu me emocionei (...) mas

depois passou, em seguida fiz o pacote dele e nunca mais consegui chorar."

6) "Não investiria não, porque eu acho que só estaria prolongando o sofrimento do paciente, porque muitas vezes o próprio paciente não quer mais viver (...) e deve deixar o lugar prá outro. Tem pacientes antigos que você vê o sofrimento dele, você acompanha este sofrimento e não deve colocar no respirador prá deixar até a última gota do paciente."

7a) "Não muda nada não, eu só penso assim não vai sofrer mais, a gente vê estes pacientes que o médico fica e fica tentando e não adianta nada".

**Entrevista 11 UNICAMP tarde**

- a) R. 27a fem  
b) Casada 1 filho evangélica  
c) Auxiliar de enfermagem  
d) 1 ano e 7 meses  
e) "(...) era o único lugar que tinha vaga, vim com medo mas agora não quero sair daqui não."

1a) "(...) depende muito do paciente, tem pessoas que dá prá você conversar saber da doença, como começou, eu sou curiosa a primeira coisa que eu quero saber é como ele pegou (...) agora quando são chatos você tem que falar o que eles tem que fazer e pronto (...) chatos são aquelas pessoas que são revoltadas, tanto com a doença, como com o mundo (...) acho que tem uma parte que é da doença, mas tem muito do caráter da pessoa também, então eles são muito agressivos, mas eu nestes casos já agrido antes (...)"

2a) "(...) nunca vem perguntar, só prá saber se está bem ou mal, mas não prá saber se está bem e sim se vai morrer logo (...) mas é verdade, quando a pessoa está mal a família vem, fica chorando, quando o paciente melhora e recebe alta, a família some (...)"

3a) "(...) mudar no tratamento eu acho que não, mas o jeito de chegar no paciente muda sim (...) se o cara pegou na transfusão a gente trata com mais carinho, porque ele era uma pessoa super educada, super legal (...) porque quando pega não procurando a doença você tem mais carinho pela pessoa, pelo menos prá mim é deste jeito, não que a gente vai deixar os outros de lado (...) mas é diferente."

b) "(...) um caso que pegou na transfusão de sangue, eu fiquei com raiva porque eu acho que quando alguém escolhe uma profissão tem que fazer direito, tem que pegar o sangue e fazer o teste bem feito, muitas vezes eu brigo, xingo, se alguém fizer o serviço mal feito perto de mim eu falo, seja quem for (...)"

4a) "A maior parte das pessoas tem medo de se aproximar, tem medo de se contaminar, eu não tenho medo (...) porque muitos são agressivos e as pessoas tem dificuldade em se aproximar, porque eu acho que como estas pessoas são agressivas a gente tem que ser agressivos com eles também prá eles aprenderem a te respeitar, coitados, porque a gente está com a saúde então é fácil a gente falar mais alto com eles (...)"

"(...) acho que abala o lado emocional sim, porque lá fora você fala que trabalha no MI e as pessoas ficam horrorizadas, parece que você trabalha num poço de sangue (...) alguns te deixam malucas, teve um que eu morria de ódio dele, mas no fim ele levou o meu respeito, porque ele foi ruim até o fim, ele se manteve íntegro até o fim, porque tem pessoas que no fim se fazem de coitados".

5) "(...) o ruim que me deixava louca (...) na hora do banho por exemplo ele se recusa enquanto não se armasse um pampo uma briga ele não ia, eu precisava pegar o rodinho, aí ele ficava com medo e ia (...) e o G. que demonstrava ser uma pessoa muito carente (...)"

6a) "Eu acho que a gente deveria ter o máximo respeito (...) não acho que não deveria entubar, porque ele pode até voltar, mas que droga de vida ele vai ter? ele vai continuar do mesmo jeito, vai sofrer do mesmo jeito, a família não dá apoio. Esse negócio de entubar eu acho que é só um teste pra saber até onde o paciente aguenta (...) nem neste tipo de doença deve-se usar a pessoa (...) porque estas pessoas não estão saudáveis por dentro por isto não adianta, tá certo que precisa estudar, mas não tá certo fazer isso com as pessoas (...)"

7a) "Eu dou Graças a Deus, porque acabou o sofrimento, sinto alívio, pelo menos vai ter um pouco de paz (...) não pelo serviço, porque eu não ligo, mas eu sinto alívio mesmo (...)"

"(...) pode ser que eu me arrependa, porque nunca aconteceu comigo mas eu acho que não deveria investir nunca, quando a pessoa não tem chance de se recuperar e vai ficar vegetando em cima da cama (...) acho que o hospital deveria arrumar um lugar, tipo um abrigo até a família se organizar (...)"

Entrevista 12 UNICAMP tarde

- |                           |                       |          |
|---------------------------|-----------------------|----------|
| a) M.                     | 35a                   | fem      |
| b) Solt                   | 1 filha mora com pais | católica |
| c) Auxiliar de enfermagem |                       |          |
| d) 1 ano                  |                       |          |

e) "(...) foi por acaso, era prá eu ficar no centro cirúrgico, mas depois deu uma confusão e eu acabei vindo prá cá, mas eu fiquei assustada porque as pessoas falavam, ah! lá você vai ver, lá é o fim e quando eu cheguei aqui eu vi que não era bem assim, só quem trabalha aqui é que sabe como é, quem trabalha lá fora faz uma imagem distorcida (...)"

1a) "(...) eu acho que não deve falar da doença dele, se ele vier e puxar assunto, tudo bem (...)"

2a) "(...) pergunta como está só, senão eu mando falar com o médico (...) não falam muito sobre a doença, teve um que falou (...) olha o que que é esta doença, se todos pudessem vir aqui ver prá acreditar, ele era um pessoa tão boa, trabalhadora (...)"

3a) "Não, todo mundo é igual, tá doente é todo igual (...)"

b) "(...) um rapazinho hemofilico, este foi o que mais me mexeu (...)"

4a) "(...) as pessoas tem medo, preconceito, não sei (...) acho que não tem dificuldades emocionais (...) eu não tenho porque eu procuro não me envolver, sai daqui lá fora é outra coisa, porque senão não dá prá viver, minha vida vai ficar (...) procuro não me envolver, separar as coisas (...)"

c) "(...) só o menino mesmo (...)"

6a) "Eu acho que não deve, é uma doença que não tem cura, prolonga só o sofrimento do paciente e da família."

7a) " Não comentam, falam pouco (...)"

b) "Eu me esforço prá não me envolver, porque eu não consigo dormir de noite, fico lebrando, principalmente quando eu tenho que levar o pacote (paciente), porque aí você vê tudo, ele morrer e tudo...tem pacientes que você tem apego (...)"  
(começou a chorar)



b) "(...) eu não procuro conversar da doença, porque eu acho que nada melhor do que eles prá saber o que eles tem, eu não evito, mas eu procuro conversar coisas que levantem o astral deles, situações que tiram eles do baixo astral (...) mas quando tem que dizer alguma coisa prá que eles entendam que existe um critério, que eles estão aqui prá serem tratados, aí eu coloco, sou até algumas vezes dura, explico o porque ela está aqui e falo que se ela quiser se tratar é desta forma, senão pode ir embora (...) porque outros estão querendo entrar (...)"

"(...) tem gente que trabalha porque gosta, tem outros que trabalham porque precisam, as pessoas que trabalham porque gostam elas dão carinho, as que só necessitam trabalhar, eles especulam elas querem saber o porque, quando (...) o que ele fazia quando era moço (...) baseado também em religião, as pessoas que são bem religiosas não procuram especular deste jeito, elas procuram dar um carinho prá eles (...) só prá ter uma renda melhor, mas não é por livre escolha não."

2a) "uma das diferenças entre PUC e UNICAMP foi esta, lá eu participava, me envolvia muito mais com os familiares, fazia reuniões semanais com as famílias e tirava dúvidas de como cuidar deste paciente em casa (...) a discriminação das crianças (filhos de aidéticos) na escola, o envolvimento era muito gostoso (...) existia muita troca, eles se sentiam muito mais seguros, mães que vinham contar que usavam drogas na frente das crianças e se esqueciam das crianças, tendo que outras pessoas cuidarem (...) você sabia muito mais particularidades de cada um, aqui não, aqui você só sabe o grosseiro, como ele contraiu, como ele está e só (...) não existe troca, no leito-dia é diferente, mas só pedem orientação mais nada (...) só tenho mais contato com um

paciente (...) a gente conversa sobre assuntos diferentes (...) e de vez enquanto ele solta algum sentimento dele mas é bem difícil (...)"

3a) "Não. (...) tive um caso de ma mulher que se culpava por ter contraído a doença e depois achava que nós estávamos culpando-a. tem alguns pacientes que imaginam coisas e depois você percebe que o nível de consciência do paciente não estava bem."

b) "Eu tenho dois lemas, pacientes drogaditos e pacientes homossexuais são um grupo e pacientes politransfundidos e hemofílicos, são outro. Eu acho que pacientes hemofílicos não pediram, não tem culpa, eu sinto pena maior deles; agora dos drogaditos e homossexuais eu não consigo ter dó, tenho assim de alguns pacientes por ser uma pessoa que não sabia o que estava fazendo e agora ta aí, e é novo; agora eu não consigo ter o mesmo sentimento que eu tenho com os hemofílicos. Por isto que eu acho que a gente deve ser enérgica com estes pacientes que são drogaditos, porque eles sabem como contraíram e que se fizerem aquilo vão contrair e dos outros não, eles não sabiam, não tinham como evitar (...) é por isto que eu não vou pra hemato, porque lá eles não pediram prá ficar doente, eles não tiveram como evitar e aqui eles teriam. São dois sentimentos bem diferentes, eu tenho isto bem claro."

4a) "Medo do desconhecido, eles sabem que é transmitido pelo sangue (...) mas na cabeça deles eles não tem muita certeza, prá falar bem a verdade eu também não tenho muita certeza. Eu procuro não pensar nisto, porque se eu ficar pensando, pensando eu peço prá sair daqui, só que eu gosto daqui, eu sei o que tem aqui, agora eu não fico pensando muito não (...)"

b) "Depois de um certo tempo sim, porque eles puxam muito o emocional, se você não tem uma boa base em casa, um carinho que seja, fica muito difícil, porque eles te sugam tudo o que podem de você (...) o que for de carinho e de atenção eles pedem, você precisa ter o dobro de paciência e às vezes você não tem, é muito cansativo, não é a correria da enfermagem, são os pacientes, e eu acho que também por serem crônicos, eles vem, vão embora, voltam e acabam morrendo com a gente, eu acho que isto deprime muito a gente, desgasta, tem que ter um lazer, uma arejada lá fora prá aguentar (...) apego (...) eu acho que depende muito do paciente, tem paciente que você tem mais afinidade e outros não, com estes você tem mais paciência, eu não sei explicar o porque, eu só sei que cansa, depois de algum tempo, cansa (...)"

c) "(...) eu tive dois pacientes que me marcaram muito na minha vida de enfermeira, os dois da PUC, eles não tinham AIDS. Mas eu tinha dificuldade de fazer qualquer procedimento com eles, porque eu me apeguei muito, não conseguia fazer nem um injeção, parece que eu estava sentindo a dor, continuei visitá-los depois da alta e até hoje eles me ligam prá saber como eu estou (...) e eu me prometi que nunca mais eu iria me apegar a algum paciente assim, é muito difícil, quando eu vejo já estou me envolvendo, mas evito ao máximo, porque a gente sofre muito. Agora é assim, enquanto eles estiverem aqui tudo bem, mas da porta prá fora acabou (...) a gente sofre muito (...) agora tem um paciente que eu estou me apegando, mas estou procurando me afastar, de vez em quando eu me vejo em volta dele, querendo saber se ele melhorou (...) tenho que me afastar, porque eu sei que a vida dele está curta e eu vou sofrer mais uma vez e eu não quero, fazem dois anos que eu cuido dele e eu sei que vai

ter um dia que eu vou chegar e ele não vai estar mais aqui (...)"

5) "(...) foi um paciente que tinha hepatite, e ele foi parando, o docente de plantão não conseguia entubar, tentou um, tentou outro e nada, até que o docente falou que já tinha muito tempo de parada e não adiantava mais e depois ele foi ensinar pro residente como se entubava, no C. já morto, não teve um na equipe que não teve raiva do docente (...) todo muito pronto, disponível querendo ajudar e ele deixar acontecer isto (...) isto machucou muito à todos, doeu de mais. E a outra situação foi a morte da Haruyo (...) nós nos sentimos completamente abandonados, mobilizou muito o pessoal, tanto pela equipe médica, quanto pela equipe de enfermagem, à nível de diretoria (...) decidi também que não quero cuidar de parente (...)"

6a) "(...) é difícil, tem hora que eu acho que deveria ir prá casa, ficar ao lado dos familiares, se ele for bem aceito pela família, prá não se sentir só, mas tem hora que é preferível ele estar aqui (...) Se for um paciente muito novo, com boa condição física, com condições que dêem perspectiva, eu acho que deve entubar, do contrário, é desnecessário, você corre um risco de se contaminar muito grande e em vão, sem falar no gasto (...) porque se você visse um resultado, tudo bem, mas você não vê (...) eu acho que falta um critério, para saber quem entuba, quem não entuba, eu não acho justo esta falta de critério (...)"

7a) "Depende da pessoa, aquela que dava mais carinho, você vê estampada no rosto a tristeza, a pena, o sentimento que perdeu (...) depende do carinho e do apego que a pessoa tem."

"Eu acho que falta muito é um psicólogo que dê apoio aos pacientes (...) lá na PUC a gente tinha uma reunião com

a equipe e a gente falava sobre o que pensávamos sobre cuidar destes pacientes, e depois que saíamos, parece que todo mundo saia novo, pronto pro trabalho (...) e pros pacientes falta terapia ocupacional, alguma coisa prá eles poderem fazer (...)"

**Entrevista 14**                      UNICAMP noturno

- a) L.    36a    fem
- b) Casada    2 filhos    católica
- c) Enfermeira
- d) 5 anos
- e) "(...) não, eu não escolhi, meu treinamento foi no MI, só que eu tive muito medo. Eu me lembro que a supervisora foi me apresentar à unidade, e quando eu soube que o paciente tinha AIDS eu prendi a respiração e não respirava perto dele (...) prá mim era tudo completamente desconhecido (...) eu comecei trabalhar, mas eu evitava colher sangue, eu evitava entrar nos quartos (...) e com o passar do tempo eu fui me adaptando."

1a) "Normalmente a gente pergunta como está, se melhorou, conversa muito sobre a doença, porque normalmente eles sabem que estão com a doença e eles vem comentar, então eu dou margem prá eles falarem da doença, de suas angústias, do desprezo que existe por parte da família e dos amigos, e eu sinto que eles se apegam, é tipo "mãezona" mesmo, não sei se eu que dou muita trela prá eles ou eles se apegam mesmo, vivem grudados em mim, pegando na gente (...)"

2a) "(...) as poucas vezes que vem visitas à noite, eles se interessam muito em saber informações, eles tem receio de como lidar com o paciente em casa (...) depois do convívio

com a doença eles perdem o medo e começam a cuidar do parente sem receio."

3a) "Eu não gosto de trabalhar com pacientes de hemato, porque na minha concepção são doenças que a pessoa não procurou, já a AIDS de alguma forma a pessoa procurou, ou usando droga, ou através do sexo, mas foi a pessoa que induziu aquilo, agora eu sinto mais dó destes que pegam por tabela, tipo transfusão, crianças, da idade do meu filho, ou da mulher que pega do marido por que ele era promíscuo, eu sinto mais dó, mas isto não diferencia meu trabalho."

b) "Um menino hemofílico, que ficou muito tempo aqui, eu me sensibilizei muito, talvez por ser criança, a dona A, que quando eu fiquei sabendo que ela pegou por transfusão (...) ou porque pegou do marido (...) assim de uma forma indireta(...)"

4a) "É o medo do desconhecido, por que o que passa é que a AIDS é uma doença que não tem cura e que passa de uma pessoa para outra muito fácil, então isto dá pânico, medo de furar o dedo, de deixar cair sangue na mão, mas depois que as pessoas conhecem, não querem mais sair daqui (...)"

b) "Tem, porque lidar com pacientes assim, principalmente os usuários de drogas é muito difícil, são pessoas marginalizadas já pela sociedade, pela vida e ainda encontram uma doença fatal pela frente, então tem hora que o emocional de quem está cuidando deles não aguenta, porque eles brigam, agredem, retiram a veia puncionada, xingam, ameaçam (ah! eu te pego lá fora), nós fizemos uma reunião uma vez e pedimos prá diretora um apoio psicológico, prá podermos lidar com estes pacientes, porque a gente acaba agredindo também, é imediato, eu nunca cheguei a bater em nenhum paciente mas dá muita vontade tem hora; porque eles vão sugando a gente, nada tá bom, você faz o máximo e nunca

está nada bom, eu já cheguei a responder feio prá eles, e não é por aí (...) já falei, não tá bom vai procurar um hospital particular (...)"

6a) "Não eu acho que não deve por no respirador, na minha opinião é só prolongar mais uma semana, o sofrimento da pessoa, se houvesse uma chance por menor que fosse, eu acho que valeria a pena, mas uma pessoa que até agora não existe nada que prove que existe cura, prá que continuar investindo, acho que é sofrimento demais, pró paciente e pró família (...) prá família choca muito, o aspecto do paciente (...) de preferência que morresse em casa com a família, longe do ambiente hospitalar que separa (...) eu não reanimaria (...) a gente já perguntava vai investir? (...) porque quem decide isto é o residente."

7a) "(...) a gente se torna muito mecânico, os sentimentos ficam um pouco de lado (...) tem gente que fala ah! descançou, mas tem comentários como (...) já estava passando da hora, desocupou, agora falando com calma prá você eu estou tendo dificuldade, mas na hora, até a gente acaba falando, é mecânico (...) ah! hoje a fulana vai fazer um limpa (...) a gente fala assim como a gente fala de uma maca, de uma pia, de uma coisa inerte, eu acho que é de tanto a gente trabalhar, trabalhar, de tanto ver gente morrer, que fica fria, calculista, em toda as equipes (...) e se a gente não se corrigir a gente fala mesmo (...)"

"E toda uma carência, financeira, afetiva, e a gente tenta resolver tudo (...) e agente não consegue (...) ah! lembrei de uma paciente, a S, que o marido passou prá ela e ele já havia morrido, e ela tinha 4 crianças, 2 com AIDS, e ninguém queria cuidar das crianças (...)"

- a) S. 23 anos fem  
b) Solteira mora com os pais  
católica  
c) Técnica de enfermagem (aluna do 4o ano de enfermagem)  
d) Há quatro anos  
e) "Prestei concurso, passei e me mandaram prá cá (...) na época eu morri de medo (...) quando eu estudava a gente não fez estágio aqui, passava só prá conhecer e todo mundo morria de medo, dos aidéticos, o maior estigma (...)"

1a) "(...) depende, depende da situação, do paciente, normalmente eu me coloco na posição de ouvir, aí dependendo do que eles falarem eu oriento (...) às vezes ele está mais naquela fase de negação, às vezes na fase mais de aceitar, aí dá pra orientar mais (...) eles nem tem tanto problema pela doença em si, é mais com o estigma social, familiar (...) não acho que não se fala sobre a doença (...) por exemplo os drogados eles mesmos falam como a doença sendo uma punição, mas as outras formas de contágio não abordam, nem falam o nome da doença, nem HIV (...)"

2a) "(...) por trabalhar à noite, tem pouco contato, só quando tem acompanhante (...) aí eu acho que é uma relação boa porque quando tem um acompanhante de um paciente HIV, ele está dando apoio então eles veem na gente mais uma forma de ajuda, eles gostam muito da gente, mas não falam da doença (...)"

3a) "Eu acho que muda sim, porque quando a gente tem pacientes hemofílicos, que se tem certeza que contraiu por transfusão, ele é visto como vítima inocente, à vezes eu mesma trato diferente, por mais que a gente não queira, é

diferente (...) é muito comum você falar ah! aquele paciente pegou por transfusão, e as pessoas falam será mesmo? elas não acreditam (...) e às vezes a pessoa não tinha lido a pasta, não sabia a forma e por exemplo trata super mal, depois descobre que foi por transfusão e fala ah! coitado (...) não é que trata super mal, é que fala que tá pagando pelo que fez, se for um homossexual ou drogadito (...)"

b) "(...) o que mais tocou era quando tinha crianças, eu morria de pena, era muito difícil de cuidar (...)"

4a) "(...) acho que é muito difícil ver a pessoa como ser humano e não como uma aberração, as pessoas não conseguem imaginar que elas poderiam estar no mesmo lugar que o paciente, poderia ser alguém da sua família (...) elas sentem raiva dos pacientes, quando eles começam a tratar mal o pessoal de enfermagem, não conseguem entender que não é a gente que eles estão tentando agredir (...) eu acho que deveria ter uma formação, um treinamento (...) que a doença é terminal, que eles sabem que vão morrer. Esta é a maior dificuldade para o pessoal de enfermagem de não conseguir lidar com a agressão do paciente (...) ele é um criminoso um bandido, não um ser humano (...)"

b) "Tem muitos pacientes que cativaram a gente no período em que ficaram internados (...) é tudo muito jovem, e conforme vai chegando (...) tem hora que não sai mais (...) falando por mim, eu acho que a gente quebra um pouco este vínculo prá poder não sofrer na morte. A gente termina sendo impessoal em tudo, não porque queira, mas porque sabe que vai perder, tem a morte mesmo. A gente ouve muito comentar (...) ah! é SPP (se parar, parou), tá morrendo (...) e é uma coisa tão natural, à vezes eu falo (...) a morte é uma coisa tão significativa prá outras pessoas e prá nós não (...) eu acho que cristaliza esta parte prá não sofrer. Tem lados

positivos e negativos (...) a gente fala a! você voltou novamente, ou então, ah! não, pelo amor de Deus, você voltou novamente (...)"

c) "Teve um paciente que eu já o conhecia, tinha uma amizade anterior e não sabia nada da sua doença e de repente eu o encontro aqui, aí no começo foi muito difícil, eu não conseguia falar com ele sobre a sua doença, foi muito estranho (...) até na morte dele depois (...) quando ele morreu eu disse ah! morreu, mas quando eu tive que preparar o corpo eu me senti inibida, eu senti que eu preservei um pouco do sentimento que eu tinha (...)"

5a) "Tem um monte de coisas, pacientes que ficaram internados muito tempo, ficam bem a gente acha que vão embora aí morrem (...) o pessoal fica muito triste (...) Uma vez mexeu comigo que eu sonhei com um paciente e no dia seguinte eu soube que ele morreu naquela hora, eu achei muito estranho, comecei a pensar se eu tinha feito alguma coisa por ele, não sei se foi uma premonição ou coincidência (...)"

6a) "Eu acho que deveria ter grupos de apoio, tem muitos pacientes com AIDS aqui, tem em todas as fases, quem acabou de saber do diagnóstico, tem outros mais avançados, e quem tem problemas com a família, tem um monte de tipo, tem riqueza nisso aí, um pode passar pro outro a experiência que teve, o que sentiu, assim eles ficam menos sozinhos... ficam aqui 30 ou 40 dias internados (...) precisam fazer alguma coisa, trabalhos plásticos, artes cênicas (...) terem um terapeuta, um psicólogo para trabalhar os problemas sexuais envolvidos, a família (...)"

b) "Olha eu não gosto de pensar muito nisto, parece brincar de Deus, determinar se deve continuar vivo ou não, eu nunca consigo me colocar num local em que eu tenha que decidir



1a) "É um paciente muito difícil, porque eles são marginalizados, não tem ninguém, todo mundo desaparece e quando eles chegam aqui eles esperam encontrar na enfermagem tudo o que eles não tem, a família, os amigos e muitas vezes não encontram (...) porque nós temos os nossos problemas também (...) é o paciente mais difícil de se lidar (...)"

3b) "(...) uma paciente, a T. que pegou do marido, e ele era fortão, bonito não tinha nenhum sinal da doença e ela magrinha, morreu muito feia. Parece que ele já está namorando outra. Outra paciente, a L. uma menina de 17 anos que teve sua primeira relação sexual com 14 anos e pegou AIDS (...) eu fiquei muito emocionada (...) Tem a F. também que teve uma relação fora do casamento, porque não tinha vida sexual com o marido há muitos anos e contraiu a doença (...) agora o marido e os filhos ficam desprezando ela e ainda a obriga a fazer todo o serviço da casa, mesmo doente (...) Teve um outro caso de um neném, que foi pró CTI e o pai estava junto, ele também era HIV, e a criança morreu, o pai pegou a criança no colo e gritava e dizia: Eu sei que logo você vai vir buscar o papai!"

4a) "Acho que o medo, as pessoas tem muito preconceito e medo. Outro dia uma funcionária daqui estava conversando com uma colega lá fora e encostou no braço dela e ele disse: "Tira a mão de mim, porque você trabalha com aidéticos!" (...) outra disse para mim credo como você tem coragem de trabalhar neste lugar com aidéticos! Tem funcionários de outros setores que não entram aqui, chamam lá da porta e dizem que não acreditam que AIDS só se pega com contato com sangue, acham que ninguém sabe ainda senão se pega pelo ar. Eles tem medo de chegar até perto da gente (...)"

4c) "(...) quando eu lembro que eu tinha que cuidar dele, um estuprador, e ainda soube que ele tinha estuprado uma

criança de 4 anos, eu imaginava que eu tinha que cuidar dele da mesma forma que eu cuidava de uma criança que enternava aqui, eu ficava pensando porque eu fui escolher uma profissão desta? sem querer você pensa (...) será que eu estou pagando alguma coisa? todo mundo pensou (...) que profissão é esta em que você cuida de todo mundo e acaba cuidando de um estuprador que poderia ter estuprado uma filha minha, uma própria funcionária (...) Não eu não deixaria de trabalhar aqui, eu gosto, por mais que seja deprimente eu gosto. Eu acho que deveria ter tipo um descanso, prá você por a sua cabeça em ordem, rodizar a equipe, acho que não deveria ficar muito tempo a mesma equipe de enfermagem, porque é o lugar mais desgastante que eu conheço, tirar férias 2 vezes no ano (...)"

6a) "Eu acho que não deveria fazer nada, é só prolongar o sofrimento que não tem mais jeito (...) aliviar com um cateter de oxigênio, uma nebulização, ligar pró médico (...) mas entubar eu acho que não deve não (...)"

7a) "(...) a gente não gosta que morre no nosso plantão, é desagradável, é tão chato (...) os outros pacientes perguntam o que aconteceu ou até vêem o outro na maca (...) você vai mentir? (...) acho que ninguém gosta (...) tem um paciente que está a meses (ele não é HIV), mas desgasta demais a enfermagem, ele esta com as pernas podres, sofrimento maior que aquele não existe, você não aguenta ficar no quarto é um mal cheiro terrível, todo mundo entra e fica o mínimo necessário, isto é ruim pro paciente, ele percebe isto (...) prá que ficar prolongando (...)"

Entrevista 17            PUC noturno

a) C.

29 anos

fem.



4a) "As pessoas tem preconceito, eu mesmo não gosto quando uma pessoa fala de um paciente com HIV, pega com nojo, com receio (...) quando se coloca um paciente com HIV ao lado de um que não é, não pode falar porque senão sai briga, e os drogaditos acabam falando, porque eles adoram arrumar confusão (...)"

b) "(...) eu acho que é mais quando estes pacientes estão morrendo, porque eles ficam dias agonizando, isto é muito difícil (...)"

c) "Pacientes de hemato são diferentes, porque não tem este meio, não são drogaditos nem nada, não abusa, tem uma vida boa e derrepente, tem leucemia e morre. Mas eu procuro não me envolver, mas é difícil (...)"

"(...) que nem outro dia eu estava no quarto e ouvi alguém me chamar, saí e não tinha ninguém, são estes mistérios (...) eu não acredito e nem desacredito(...)"

7a) "Eu acho que até acostumei, porque morreu tanta gente comigo, aqui e na hemato, às vezes você até deseja a morte da pessoa, mas eu acho isto errado, mesmo que ela esteja sofrendo, não dá prá entender o que a pessoa está passando, o que ela está sentindo (...) os paciente se apegam muito com a enfermagem, eles são muito carentes, mas eu gosto disto (...) eu senti muito um paciente de 17 anos, ele estava horrível, e dizia que queria morrer, que ele sabia que iria morrer e que todos estavam enganando ele, que ele estava sozinho que a família tinha abandonado ele (...) nesta hora eu senti e chorei muito (...) e aí eles chamam a enfermagem direto, eles querem que a gente fique lá, é isso que desgasta (...) não tem a família, ninguém é a enfermagem que eles chamam! Eu gosto de trabalhar aqui, de ajudar as pessoas, quando eu era pequena eu me lembro que eu falava que queria trabalhar com as pessoas para fazer prá elas



eles podem querer contaminar a gente na hora de puncionar uma veia (...) eles acham que você é culpada deles estarem na cama, doentes (...) eu aprendi uma coisa, com estes pacientes a gente não pode ser muito fechada, tem que fazer amizade com eles pará eles confiarem em você (...) gente nova que vem trabalhar aqui não acostuma (...)"

2a) Não muda (...) porque o drogadito, é um viciado, ele não tem culpa, é como um cigarro, depois que eles pegam no vício eles se arrependem, mas é muito tarde (...) no fundo eles são pessoas que nunca tiveram chance, a gente tem que compreender isto, a gente tem que tratar ele como um paciente qualquer, quem não consegue fazer isto não dá prá trabalhar em MI, qualquer pessoa que vem de fora estranha muito os pacientes, às vezes até discute, briga (...) não é assim, tem que levar mais na brincadeira. Quando eles estão revoltados, eles xingam a gente, quando estão sentindo falta da droga ficam agressivos (...) não pode levar ao pé da letra...em outros lugares, tem aqueles vizinhos que tudo o que você fala eles fazem, aqui não tem nada disso não (...) você tem que ter um jogo de cintura (...) às vezes eles perdem a veia 4 ou 5 vezes na mesma hora e já não quer mais tomar a medicação. Estes pacientes drogaditos, eles escolhem a veia que você deve puncionar e já avisa ah! esta daí nem adianta que não tem nada (...) tem que conversar muito (...)"

3b) "Teve uma paciente que pegou do marido, uma mulher assim, direita, nunca nem tinha trabalhado prá fora, só lava e passa pró marido e ela pegou a doença e ele também. Só que ele está bem, parece que está até com outra e ela foi se acabando e mesmo assim ela amou este marido até o fim. Ele vinha aqui e ela se arrumava e ficava esperando o marido com

aquele gosto e nunca se revoltou contra o marido, deixou uma filha com 5 anos (...)"

4a) "Porque são muito bandidos, tem casos que (...) como uma que era casada e teve um caso com outro homem, porque não vivia bem com o marido, agora o marido não está dando o apoio e nem os filhos, você fica com dó, porque o marido xinga ela e ainda faz ela fazer todo o serviço da casa (...) mexe com a gente. Ela não vivia bem, estava quase prá sair o desquite e ela deu uns pulinhos prá fora com o amante dela e ele era HIV e ela não sabia...e agora ela aguenta todo mundo jogando isto na cara (...) mexe um pouco. As estórias são muito chocantes, umas mais chocantes que a outra. A gente não pode pensar muito senão fica louca. Não sei se com o tempo a gente vai se acostumando tanto que a gente trata deles como se tivessem outras doenças. Eles precisam muito conversar (...) tem que ser gente aberta, que fala bastante, dar atenção (...) você não pode se envolver muito senão você não trabalha, fica deprimida".

6a) "Tem caso que dá dó, que a gente acha que deveria fazer alguma coisa, são todos jovens (...) eles investem mais em crianças. Os adultos não investem não. É difícil, tem caso que não tem jeito, o sofrimento é muito grande, não vai ter saída."

7a) "Não sei se a gente já se acostumou tanto que (...) a gente fica um pouquinho chocada, poderia ser um parente meu (...) tem uma menina que pegou do namorado, a primeira vez que ela teve relação sexual, ela foi experimentar a vida sexual, foi curiosa e não tinha experiência. Ela não teve culpa, é uma judiação não ter cura (...) O que dá dó é que as histórias se repetem, vem estes mocinhos, que dizem: Vim só prá fazer um exame, todos drogaditos e depois vem o resultado do HIV. A gente diz já tô vendo tudo (...) criança



4a) "O pessoal daqui não tem muita dificuldade, não tem medo, porque sabe como se cuidar (...) os outros tem muito medo, medo de se contaminar, porque aqui a gente já sabe o que o paciente tem não é que nem nos outros setores aí fora (...)"

b) "É sim. A gente fica se colocando no lugar do paciente, da família, inclusive tem paciente que fica assim tão deprimido, decaído e quando agente conversa com eles parece que eles vão melhorando o astral, mas é difícil (...) teve até um caso de uma tentativa de suicídio aqui dentro, com a borracha do chuveiro, se cortou inteiro (...) Eu sinto (...) não sei estes pacientes são muito deprimidos e dependendo do paciente você se apega muito a ele e é muito difícil, conversar com ele, falar com ele que se ele pegou esta doença talvez por um descuido dele, que o mundo é assim. Ele ainda pode ainda se regenerar, não pela doença mas psicologicamente ele pode."

5a) "Teve um paciente o F. que contraiu a doença em uma transfusão em cirurgia, não sei se por ser o primeiro paciente, eu cuidei muito dele e me apeguei muito à ele e ele se apegou muito com a gente, isto mexeu muito comigo. Depois quando ele morreu, a esposa pediu prá mim e um outro auxiliar que vestíssemos ele e isto mexeu muito comigo."

6a) "É uma situação muito difícil, a gente tem que dar assistência, mas reanimar é judiar muito do paciente. Dar assistência como aspirar, por um oxigênio (...) só."

7a) "Tem pessoas que dizem pegou porque quis, o fim era este mesmo, mas não é bem assim, nós somos seres humanos, cada um tem seu estilo de vida e temos uma família também e devemos pensar na família também e como ele adquiriu nós podemos adquirir também."

b) "Tristeza, muitas vezes não demonstra muito mas fica".



eles nos chamou e disse o que a gente era, porque a gente tinha umas palavras tão bonitas, que acalmava a gente, a minha colega que estava comigo até chorou." A gente fala só de coisas boas, não toca na doença não."

3a) "Não. A T. que pegou do marido, ele era um homem lindo, a gente fala, uma moça vê um homem deste daí cai mesmo, ela morreu miudinha que dava dó. A outra pegou do marido, o marido já tinha morrido e ela só gritava, ela contou prá nós que é duro (...)"

b) "O menininho (...)"

4a) "Eu acho que quem não conhece tem medo de trabalhar aqui, quando a gente precisa de alguém prá ajudar aqui elas dizem, mas eu! será que eu não vou pegar? Aqui é gostoso de trabalhar, você vê que está cuidando, dando apoio à aquela pessoa que não tem mais jeito (...) é muito bom!"

b) "A gente acostuma e não tem estes problemas, a gente pensa um pouco na família, mas acostuma."

6a) "No caso de HIV, Ca, eu acho que só aumenta o sofrimento (...) é uma judiação!"

7a) "A gente sente sim, a gente pega um amor, a gente pede prá Deus não tirar ele no nosso plantão não, como o M, a gente sabia que ele iria morrer, mas quando morreu (...) é muito triste."

Eu quero só estudar mais, porque atendente não tem valor nenhum."

**Entrevista 21**                      UNICAMP noturno

a) V.    34a    fem  
b) Solteira    mora com irmãos  
católica

c) Auxiliar de enfermagem (aluna do 4.o graduação enfermagem)

d) 8 anos

e) "Quando eu comecei tinham poucos pacientes, um, dois, lá na Sta. Casa. Depois quando veio prá cá, foi aumentando e agora tem um monte. Eu não acreditava no início, por mais que falassem que esta doença existia e matava eu não acreditava, depois com o tempo e com o aumento, com o sintoma é que eu comecei a acreditar, medo sempre tem, medo de se contaminar, receio em tocar no paciente não, embora tem alguns que ficam muito feios, fisicamente, esteticamente, não chega a ser receio é só uma impressão ruim."

1a) "Fala muito pouco sobre a doença, pergunta mais sobre a vida dele, onde ele mora, o que ele faz, como é a família, quem cuida dele (...) da doença se fala muito pouco (...) porque eu acho que todo mundo tem receio, você tem que abordar o íntimo do paciente, e a gente tem um pouco de receio, medo de saber, medo do próprio medo dele, então eu acho que a gente evita também (...) o paciente evita também, por receio, vergonha, negação."

2a) "O contato com o pessoal que trabalha à noite com a família é muito pouco, dentro do pouco, eu acho (...) por exemplo quando o paciente é homossexual e a família dele é o companheiro, ele recebe muito mais carinho, quando é a família mesmo, ele tem um pouco de receio, de estar tocando no paciente, mas tem muitos casos diferentes (...) Não acho que o pessoal de enfermagem não se envolve com a família, acho que a gente fica frio e passa a se envolver muito pouco com a família e com o paciente ou então pelo

tempo, pelo cansaço, eu acho que não existe este envolvimento nem com a família e nem com o paciente, embora eu acho muito triste eu ter que estar admitindo isto."

3a) "Eu acho que muda, porque o próprio paciente é diferente, quando ele é hemofílico ele age de uma forma, quando ele é drogadito ele é de outro jeito e quando ele é homossexual ele é ainda de um outro jeito (...) ele faz coisas que já é característica da forma de vida que ele levava antes de ficar doente (...) as pessoas mudam a forma de abordar, porque elas agem de acordo com o comportamento do paciente, se eles são agressivos, elas são também (...) por exemplo com os hemofílicos as pessoas tendem a ter piedade, coitado pegou por transfusão, não tinha culpa (...) quando é drogadito, a pessoa já tende a ter mais medo, a ter uma abordagem diferente (...)"

b) "O que mexe comigo são os adolescentes, quanto mais novo, mais me tocam e por ver os meus sobrinhos nesta idade e sujeitos a tal situação, os usuários de drogas de forma geral mexem muito comigo."

4a) "É não ter um apoio psicológico para se ir trabalhando para depois poder trabalhar com o paciente, porque a gente não tem preparo e não sabe como agir em determinadas situações, o pessoal também deveria ser melhor remunerado, pela própria exposição, mais estudos."

b) "Sim, muito. Acho que toda vez que se trabalha com morte e principalmente este tipo de morte é uma destruição psicológica total (...) lidar com a morte, lidar com estas angústias, você não vê uma melhora, é um investimento sem retorno, não vai levar a nada, não tem prognóstico, você sabe que amanhã ou depois ele vai voltar pra você pra morrer, é uma angústia muito grande, é uma pergunta que você faz e não tem resposta, tem que aprender a trabalhar com

isto dentro da gente. Você trabalha com pacientes que nega, eles tem N fatores psicológicos que a gente não sabe como lidar, na verdade a gente foge, talvez a gente esteja tão despreparado que inconscientemente a gente já fuja antes."

c) "Quando eu me envolvo muito com o paciente e ele está próximo da morte, como o D. eu me aproximei muito, eu não queria nem me aproximar do quarto."

6a) "Se ele está inconsciente, eu acho que deveria ter mais respeito, tratar ele com dignidade, acho que a gente nem está preparada eticamente para ficar do lado dele, a gente fala de outras coisas que não deve (...) e quando ele está consciente, ele deveria ter um apoio, ele e a família."

b) "Acho que investir num caso que você sabe que não tem prognóstico, é aumentar o tempo de sofrimento dele, eu não sei (...) se você não investe ele sofre, se você investe ele sofre mais ainda, é muito difícil, mas acho que eu prefiro que não invista (...)"

5) "O do R. porque eu conheci ele antes, prá mim foi difícil aceitar, quando ele me contou que estava com AIDS, eu quase caí das pernas (...) os casos que me marcam muito são os que estão naquela situação por ironia do destino, porque todo o fato dele estar nesta situação, dele estar usando droga, ele nem tem muita culpa, o problema é social, a falta de cultura, os pais, fatores que não foi ele que pediu, como o W. que sempre morou no São Marcos, dentro de uma favela, ele não tinha muito como fugir deste destino, este tipo de paciente me marca muito, me deixa revoltada e eu fico me questionando muito (...)"

7a) "Eu vejo frieza, como sendo mais um, por todas as equipes, até Graças a Deus, que ele está indo, acho que a enfermagem está muito fria, principalmente as pessoas mais

velhas, não se envolvem muito com a situação, também morrem tanto."

b) "Depende da pessoa, dependendo da pessoa eu também acho que é mais um, eu não consigo ter aquele sentimento por todos os pacientes, os pacientes que a gente se apegou mais eu sinto muito, às vezes eu uso meu lado religioso, procuro chamar alguém para nós rezarmos pelo paciente (...)"

"Eu acho que a enfermagem deveria ser menos fria, todo mundo é muito mecânica, todo mundo para muito pouco para conversar, discutir."