

VERA MARIA ROSSETTI FERRETTI

ARTETERAPIA: O CUIDADO COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação da **Prof^a. Dr^a. Maria Helena Pereira Franco.**

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

**SÃO PAULO
2005**

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Vera Maria Rossetti Ferretti

Local e data: _____

Agradecimentos

Ao meu marido e companheiro Ruggero, que muito me acompanhou nesta jornada me escutando, estimulando, acalmando e dando muito amor.

À minha filha Flávia que me acolheu com carinho e muito me estimulou e ajudou em momentos difíceis.

Aos meus pais, Leonardo e Annunciata (em memória) que me ensinaram a ter autodeterminação e força para vencer dificuldades.

À tia Odete que me fez aprender a acreditar quanto sou capaz de fazer e construir muitas coisas.

À minha orientadora Profa Dra Maria Helena Pereira Franco que com carinho e aceitação me ensinou a fazer um trabalho científico sem perder a sensibilidade.

À minha mestra e amiga, Profa Dra Selma Ciornai, que muito me ensinou sobre Arteterapia.

À minha amiga Profa Dra Eloisa Fagali que me escutou com paciência e me auxiliou na resolução de problemas com palavras de carinho e incentivo.

Aos mestres Prof Pëtro Sandor, Profa Maria Duchenes, Profa Theda Basso e Profa Aidda Pustilnik que foram muito importantes para a minha formação.

Ao Prof Dr José Luis Gomes do Amaral e à Profa Dra Glaci Regina de Melo Franco que permitiram a minha atuação junto aos funcionários da UTI no Hospital São Paulo.

À minha sobrinha e chefe de setor de fisioterapia da UTI, Heloisa Rossetti que acreditou no meu trabalho e abriu possibilidades para que a pesquisa acontecesse no Hospital São Paulo, e também à equipe de profissionais da UTI.

À amiga Ana Helena Altenfelder que com carinho e compreensão, me apoiou dando incentivos para que eu continuasse o meu trabalho e à amiga Sonia Madi que me disse palavras estimuladoras.

À amiga Betânea que me ajudou na busca de materiais de pesquisa.

À equipe do projeto Saúde e Criatividade, Carmem Takeshita e Maria Cecília Barbas, que me ajudaram a iniciar os primeiros passos do meu caminho de cuidadora junto aos profissionais de saúde.

Às equipes dos cursos de Arteterapia e Psicopedagogia do Instituto Sedes Sapientiae, que sempre valorizaram o meu trabalho e participam como companheiros de luta na construção de um curso de melhor qualidade.

À equipe Maria Isabel Rodrigues, Maria Antonieta Amato e Nair Narita que me ajudaram dando sustentação espiritual para que o trabalho acontecesse.

À Margaret Pela a cuidadosa revisão de texto, feito com carinho e profissionalismo.

A minha terapeuta Paula Mattoli que me ajudava a elaborar tensões, angústias e inseguranças.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é investigar o que os profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais (UTI) revelam sobre as contribuições que o processo da arteterapia oferece para o profissional, e em que medida a arteterapia, utilizando a criação, reverte a situação de estresse. A referência teórica-metodológica usada é a arteterapia dentro de uma abordagem fenomenológica.

Nesta concepção discute-se quais são os estressores do serviço de saúde da UTI e como eles atuam sobre os profissionais deste setor.

A pesquisa envolveu quatro profissionais de UTI com experiência na rede pública de saúde. Foram realizados dez encontros com este grupo, utilizando-se experimentos em arteterapia, e coletando reflexões de como cada um viveu o seu processo e quais as elaborações que se fizeram presentes frente às suas produções artísticas.

O tratamento dos indicadores passou por vários estágios. Tomaram-se as falas dos participantes para indicar o processo vivido, que depois de organizadas em núcleos, proporcionaram o levantamento de temas a serem analisados. Foram consideradas para a análise a linguagem verbal e a linguagem plástica.

A análise possibilitou evidenciar indicadores que permitiram identificar quais as situações e sentimentos que, no cotidiano, geram estresse para esses profissionais, como também em que medida os recursos arteterapêuticos auxiliaram para a elaboração de conflitos.

A pesquisa enfatiza a necessidade de grupos de apoio e reflexão com os profissionais da área de saúde. A arteterapia mostrou-se um instrumento terapêutico adequado ao proporcionar um território de troca e elaboração de conflitos e sentimentos gerados pelo estresse frente à dor e à morte.

Palavras-chave: Arteterapia – Estresse – Saúde

ABSTRACT

The aim of this research is to investigate what the professionals who work in Intensive Care Units (ICU) in hospitals tell about the contributions that an art therapeutic process provide to this kind of professional and at what extend that art therapy, using creativeness, can reverse stressful situations.

The theoretical and methodological references are drawn from art therapy seen through a phenomenological approach. In this idea it is argued which are the stressful factors of the health work done in ICU and how these factors affect the professionals from this area.

This research was carried out with four ICU professionals who had experience in public health attendance.

This group had ten meetings where art therapeutic experiments were used. The thoughts that each one of them experienced in the process were gathered as well as the understandings about their artistic productions.

The dealing of indicators went through several steps. The speech of the participants was recorded in order to bring out the experienced process. Then they were organized in nucleus to arise main subjects to be analyzed. Verbal language as well as artistic language were both considered.

The analysis pointed out indicators, which allowed identifying the situations and feelings that cause stress-related effects to these professionals in their day-by-day work and also at what extend that art therapeutic resources helped them to solve conflicts.

The research emphasizes the need to promote groups for conversations and support to the professionals who work in health service. Art therapy proved to be a suitable therapeutic instrument as it provided a space for swapping and solving conflicts and feelings resulted from the stress in face of death and pain.

Key-words: Art Therapy – Stress – Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1. ARTETERAPIA E SAÚDE.....	10
1.1. Histórico.....	10
1.2. Como é o processo da Arteterapia	16
1.3. Contribuições da Arteterapia: Trabalho com vítimas de desastres em grandes proporções.....	21
1.3.1 Recursos usados no atendimento.....	24
1.3.2. Intervenções e mudanças ocorridas no decorrer no atendimento da equipe de Jones.....	25
1.3.3. Resultado do trabalho de Jones.....	25
1.4. A ajuda da Arte no luto e na dor.....	26
2. O PROFISSIONAL DE SAÚDE E OS MITOS.....	30
2.1. Reflexões sobre o valor do mito na saúde.....	32
2.2. O Mito de Asclépio e os Cuidadores de hoje.....	35
3. O QUE É ESTRESSE.....	37
3.1. A diferença entre Burnout e Estresse Ocupacional.....	38
4. O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O ESTRESSE.....	41
4.1. A Enfermagem diante do Estresse associado às perdas e ao luto.....	41
4.2. A Morte na UTI como fator de Estresse.....	43
5. PESQUISA: OBJETIVO E MÉTODO.....	46
5.1. Objetivo da Pesquisa.....	46
5.2. Método.....	46
5.2.1. Aplicação da Pesquisa.....	48
5.2.2. Critérios para a escolha dos Participantes.....	49
5.2.3. Participantes da Pesquisa.....	50
5.3. Procedimento da Pesquisa.....	51
5.3.1. Objetivo de cada encontro.....	51
5.3.2. Experimentos utilizados.....	52
5.3.3. Análise dos Indicadores.....	52
6. GALERIA.....	60
6.1. Temas de Arte.....	61
6.1.1. Categorias de Simbolismo.....	61

6.1.2. Categorias da Imagem Visual	73
6.2. Temas referentes ao Estresse frente à morte, dor e sofrimento.....	80
6.3. A Cura Gratificante.....	86
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – PUCSP.....	95
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	96
ANEXO C – Entrevistas transcritas da aplicação da Roseira.....	98

INTRODUÇÃO

Os trabalhos de pesquisa de Pitta (1999), Nogueira–Martins (2002) e outros enfocam o estresse ocupacional, as ambigüidades da profissão, a análise das tarefas dos enfermeiros e médicos, a saúde mental do servidor hospitalar salientando a necessidade de um grupo de apoio a esses profissionais. Segundo Zimmermann e Bertuol (2002), condições como sobrecargas de trabalho, privação do sono, estar submetido a barulhos ambientais e assistir à dor e à morte dos doentes, acrescidos de problemas pessoais, provocam níveis de angústia, tensão e ansiedade, que muitas vezes produzem manifestações psicossomáticas nesses profissionais.

Diante desta situação, infelizmente não existe um espaço psicológico para o trabalhador discutir os seus problemas, ficando com poucas possibilidades de descarregar suas tensões e elaborar seus conflitos. De acordo com Bromberg (1997), na medida em que se criem condições para troca de experiências e sentimentos, dores e insatisfações transitam no grupo e será dada a possibilidade de apoio àqueles que se apresentam mais ansiosos.

Nas experiências em que desenvolvo vivências de arteterapia com grupos de enfermeiros que trabalham em setores de risco como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro CirúrgicoUTI, Centro Cirúrgico, e Oncologia, notoas mudanças desses profissionais no sentido de diminuir o nível de tensão, amenizar os sintomas associados ao estresse, como também ampliarde sua criatividade. Nos grupos mediados com arteterapia, os sentimentos e as percepções se corporificam por meio da linguagem da forma e cor, da sombra e luz, da linha e espaço, promovendo oportunidades de diálogo com estes conteúdos e permitindo o trânsito de sentimentos, crenças e valores entre os componentes do grupo. Ao mesmo tempo, a multidimensionalidade da arteterapia propicia associações de diferentes teorias e metodologias, podendo ser aplicada a diferentes clientelas, adequando-se a qualquer crença ou instituição que valorize o processo criativo como instrumento de transformação.

Considerando todos estes pontos levantados, trabalhei nesta pesquisa com o intuito de proporcionar um espaço de reflexão a um grupo composto de auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas de UTI, que se dispuseram a trocar e a elaborar os sentimentos que emergiam, a explorar diferentes materiais artísticos, a associar o potencial de criatividade às qualidades de cada material, como também usar aquele momento protegido e acompanhado pelo terapeuta para expandir a consciência e aprimorar o autoconhecimento. Isto veio ao encontro de meu compromisso frente à qualidade de vida do profissional de saúde.

O meu interesse foi escolher profissionais de UTI porque esses assistem no cotidiano o sofrimento e à morte de seus clientes ali internados.

Estas são algumas perguntas que me inquietam diante deste trabalho:

- Como ampliar as possibilidades dos profissionais de saúde para elaborarem as suas questões frente às dores e perdas dos clientes que são por eles assistidos?
- O que os profissionais revelam sobre as situações de estresse no seu trabalho?
- O que o diálogo compartilhado e a expressão criativa ampliariam em relação a esses sentimentos referentes à morte, à perda e a outras situações associadas ao estresse?

1. ARTETERAPIA E SAÚDE

1.1. Histórico

A história da arteterapia no Brasil teve início com a utilização da arte para o estudo de doentes mentais, sendo César que se (1993) refere a eles como “os alienados”. Segundo César (idem) e Ferraz (1998), a arte desenvolvida pelos doentes mentais também foi considerada também em estudos feitos por alguns profissionais europeus.

Simon, em 1876, fez uma pesquisa com desenhos tentando especificar em cada caso o diagnóstico de doenças mentais.

Em 1889, Lombroso analisou 107 produções artísticas de doentes mentais, sendo pinturas e esculturas, e com este estudo foi o primeiro observador que assinalou a semelhança da arte de alguns doentes com a arte primitiva, considerando o trabalho artístico de alguns doentes como um retorno à infância da humanidade. Lombroso também observou que alguns doentes apresentavam trabalhos criativos com toques especiais de singularidade. Esta originalidade pode ser explicada quando se acompanha o movimento de idéias do doente e o seu trânsito pela fantasia.

Dantas (1900), Fursac (1905), Réjá (1907), Prinzhorn (1910), Morgenthaler (1921), Vinchon (1925) publicaram obras a respeito da inquestionável produção artística dos doentes mentais de diferentes hospitais da Europa.

Segundo Ferraz, “Réjá (1907) com seu livro “*L’art Chez les Fous*”, abre uma nova possibilidade de entendimento da expressão gráfica dos doentes ao levar a discussão da loucura para fora do âmbito da psiquiatria clínica” (1998, p. 21).

Ferraz (idem) cita que Réjá estudando as diferentes manifestações artísticas tais como desenho, pintura, poesia, música e dança, comparou estas produções com os trabalhos de crianças, primitivos e prisioneiros, e considerou os trabalhos dos doentes como “formas mais ou menos embrionárias de arte”, não existindo intenção consciente de elaboração artística.

Silveira (1981) relata que Prinzhorn publicou um livro em 1922, que estuda as obras plásticas de esquizofrênicos da psiquiatria do hospital de Heidelberg, utilizando como critério o conceito de configuração da Teoria Gestalt mantendo-se independente da psiquiatria e da estética.

Ciornai (2004) cita como pioneiras nos Estados Unidos, Naumburg (1940), Kramer (1938) e Rhyne (1956). Naumburg, na década de 40, fundou em Nova York uma escola de vanguarda: “Escola Walden”.

Naumburg nos fala sobre a expressão livre da arte e sua simbologia: “*A convicção de que a expressão livre na arte é uma forma simbólica de linguagem nas crianças, básica a toda educação, cresceu através dos anos. Concluí que esta expressão espontânea na arte poderia ser básica também ao tratamento psicoterápico*” (1988, p. 30 citado por CIORNAI, 2004, p. 25).

Conforme Ciornai (idem), de 1939 a 1941 Naumburg desenvolveu um trabalho no setor de psiquiatria do Hospital Bellevue utilizando técnicas psicodramáticas associadas a arteterapia. Sua principal contribuição foi no sentido de priorizar a elaboração dos conteúdos simbólicos como ponto principal do trabalho terapêutico. Em 1941, iniciou uma pesquisa em arteterapia com crianças e adolescentes com problemas de comportamento, publicou-a em 1947 e reeditou-a em 1973, configurando-se em um livro que se tornou um marco importante na história da arteterapia.

Ciornai (idem) relata que Kramer desenvolveu um trabalho de arte com um grupo de crianças refugiadas, a partir do qual veio a perceber o valor terapêutico das atividades artísticas. Escreve dois livros nos Estados Unidos: “*Arteterapia em uma comunidade de crianças*” (1958) e “*Arte como terapia com crianças*” (1971). Atribui grande parte de seu conhecimento de grafismo e método de ensino de arte com crianças aos estudos de Lowenfeld (1947, 1952, 1957, 1964, 1970). Kramer (1971) associa sua vivência, conhecimentos e habilidades de arte aos seus estudos de psicanálise, dando ênfase à diferenciação entre arteterapia e psicoterapia, como podemos conferir nesta citação: “*O arteterapeuta [...] comunica-se com seus estudantes por meio das pinturas produzidas e essa comunicação tem valor terapêutico*” (1994, p. 33, JUNGUE e ASAWA citado por CIORNAI, idem, p. 28); ainda dando ênfase à “*arte como terapia*”: “*Arteterapia é concebida primariamente como um meio de fortalecer o ego, desenvolver o senso de identidade e o amadurecimento de forma geral*” (idem, p. xii, xiv, KRAMER citado por CIORNAI, idem, p. 28).

Mediante o relato de Ciornai (idem), Rhyne considera dentro da perspectiva terapêutica, com igual importância, tanto o processo de criação como a elaboração dos trabalhos artísticos realizados. Em 1969, fundou o Instituto de Gestalt de São Francisco, onde trabalhou como professora. Em 1973, publicou o livro “*Arte e Gestalt: padrões que convergem*”. Em 1980, recebeu o título de membro honorário vitalício da Associação

Americana de Arteterapia. Lecionou durante quinze anos em universidades dos Estados Unidos e do Canadá.

De acordo com Ferraz (1998) e Andrade (2000), em 1923, no Brasil, César começou a desenvolver estudos sobre a arte dos doentes do Hospital Juquerí, em São Paulo.

Ferraz (1998) nos conta que César, em 1925, publicou um dos primeiros registros sobre a arte de doentes mentais, num artigo intitulado “A arte primitiva nos alienados”, no qual buscava relacionar a produção desta clientela às manifestações artísticas de crianças e primitivos.

César (1993) classificou os trabalhos artísticos dos doentes internados em quatro grupos:

O primeiro grupo apresentava características de desenhos da infância da humanidade, em que a arte era constituída por ideogramas e representações de animais. Esses desenhos eram desenvolvidos pelos povos primitivos que apresentavam linhas onduladas profundas em chifres de rena, demonstrando uma simplicidade ingênua e original. (1925, *Boletim de La Société Préhistorique Française*, citado por CÉSAR, *idem*).

Essas manifestações de arte, encontradas em povos primitivos, são também percebidas nas produções de pessoas em diferentes circunstâncias:

- expressões de crianças de 2 a 3 anos;
- nos trabalhos de arte de doentes mentais;
- nas produções de adultos normais ao fazer desenhos automatizados com garatujas de distração, como aquelas produzidas em horas de tédio, de fadiga ou de tensão traçados em blocos de telefone ou pontas de cadernos diante de uma conversa.

Podemos verificar como pontos em comum o tipo de linhas, a criação de símbolos utilizando formas geométricas, a expressão de fenômenos da natureza, refletindo uma simplicidade ingênua.

O segundo grupo apresentava desenhos lineares e geométricos. Estas manifestações artísticas podem ser comparadas aos estilos de períodos da arte gótica arcaica, de pinturas japonesas, e do povo negro do centro do continente africano e dos antigos habitantes da Ilha de Marajó.

O terceiro grupo é composto por esculturas, desenhos sombreados, pinturas a óleo e aquarela. Os trabalhos são de caráter primitivista e se apresentam estereotipados. Muitas vezes podemos confrontar esses trabalhos de escultura com os da arte popular.

No quarto grupo se enquadram os desenhos com perspectiva, pintura e escultura de caráter acadêmico. É uma arte equilibrada e devido a isto é comparada à produção acadêmica.

Conforme César (1993), a produção dos doentes ora apresenta trabalhos harmoniosos, originais ou com um toque primitivo, ora manifesta-se com uma concepção grosseira, incoerente e estereotipada. Contudo, muitas vezes está carregada de simbolismo.

A partir dessas categorias, pode-se refletir sobre o momento que os doentes estão vivenciando e analisar os conteúdos de sua produção.

Segundo Ferraz (1998) e Andrade (2000), César realizou nas décadas de 40 e 50 inúmeras exposições com o intuito de afirmar a dignidade dos doentes internados assim como valorizar o processo arteterapêutico. César acreditava que a arte mobilizava um processo de “cura de si” e que o próprio fazer artístico ajudava a transitar em direção ao conhecimento interno da pessoa. Reconhecia o poder criativo do ser humano e percebia que durante um surto de um doente mental, muitas vezes este poder funcionava como reorganizador de percepções e sentimentos do mundo.

O indivíduo se ‘libertou de normas consideradas sadias de percepção e compreensão do real ao desvincular-se com esta outra atitude mental. Esse paciente destrói, cria e recria o mundo exterior nas suas representações mentais aplicando combinações pessoais, arbitrarias. (ANDRADE, idem, p. 61).

Em 1946, Silveira, outra pessoa inovadora daquela época, no Centro Psiquiátrico D. Pedro II, em Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, criou a seção de Terapia Ocupacional como um atelier de arte para os doentes que ali freqüentavam, apoiada por muitos artistas importantes naquela época. Esse trabalho deu origem ao Museu do Inconsciente.

O atelier de pintura me fez compreender que a principal função das atividades na Terapêutica Ocupacional seria criar oportunidade para as imagens do inconsciente e seus concomitantes motores encontrassem formas de expressão. Numa segunda etapa viriam as preocupações com a ressocialização. (SILVEIRA, 1981, p. 13).

Essa tentativa já tinha sido iniciada segundo relatos da própria Silveira, em 1946, quando foi montado um atelier de pintura dirigido por um jovem artista, Mavignier. Foram organizadas duas exposições, em 1947 e 1949, com o material construído nessas oficinas, na tentativa de atrair pessoas que se interessassem por esse trabalho. Pedrosa foi um dos personagens da época que se interessou por esta causa e escreveu no Correio da Manhã:

[...] uma das funções mais poderosas da arte - descoberta da psicologia moderna - é a revelação do inconsciente, este é tão misterioso no normal como no chamado anormal [...] Mas ninguém impede que essas imagens e sinais sejam, além do mais, harmoniosas, dramáticas, vivas ou belas, enfim constituindo em si verdadeiras obras de arte. (PEDROSA, Correio da Manhã de 7.2.1947, citado por SILVEIRA, idem, p. 14).

Silveira (1981) reconhece a força autocurativa do fazer artístico; para ela as produções são mescladas por formas abstratas ou claramente definidas, figuras simbólicas, objetos utilitários, seres fantásticos ou figuras reais.

Segundo Andrade (2000), para Silveira a pintura funciona como comunicação entre o cliente e o terapeuta, e a sua grande importância está no fato da produção se tornar um instrumento para o doente reorganizar o seu mundo interno a partir da realidade do desenho.

Os trabalhos de César e Silveira contribuíram para a utilização da arte em terapia, pois a partir dos mesmos criou-se em São Paulo um grupo de terapeutas Junguianos que deram credibilidade ao processo criativo como caminho para perceber a sucessão de estados internos do doente mental. O estudo da produção artística dos doentes mentais possibilitou identificar os momentos vivenciados pelo cliente e a evolução do caso por meio das transformações apresentadas na pintura.

Essas experiências de César e Silveira foram de grande significado para a minha formação, mobilizando o desejo de pesquisa e futuramente de especialização em arteterapia

O processo da arteterapia vai se firmando cada vez mais à medida que os diferentes aspectos presentes na produção fazem sentido como traços da personalidade da pessoa, que elabora a imagem pintada e a transforma de múltiplas maneiras.

Apesar da prática da arte em terapia já ter sido usada no Brasil na década de 20 com César e na década de 40 e 50 com Silveira, começa a se desenvolver e a se expandir, a arteterapia com o esse formato conhecido hoje, a partir dos anos 70, sendo usada como recurso terapêutico em diferentes áreas de aplicação.

Em São Paulo, a partir dos anos 70, foram se configurando diferentes propostas de atuação em arteterapia. Segundo Andrade (idem), Carvalho ministrou um curso de arteterapia nos anos 80 e 81, no Instituto Sedes Sapientiae.

“O arteterapeuta pode estimular e auxiliar o paciente a desenvolver alguma outra forma de expressão artística por intermédio do corpo, da voz, da dramatização ou da literatura” (CARVALHO, 1974, p. 24).

Eliezer (1995) criou um curso de arteterapia em caráter de extensão universitária, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

A terapia pela arte tem benefícios grandes e, se atividade artística for feita com normas de harmonização terapêutica, provavelmente irá harmonizar.[...] Claro que as cores e formas, em ritmo adequado, criam uma estrutura corporal e psíquica [...] O barro absorve toxinas, estimula e revitaliza, e cada cor e cada material tem ações específicas. (ELIEZER, idem, p. 147).

Ciornai criou, em 1989, um curso de expansão que em 1990 se transformou em Curso de Formação em Arteterapia no Instituto Sedes Sapientiae. Foi o primeiro curso de formação ministrado por uma instituição, confirmando seu pioneirismo até os dias de hoje. A base teórica desta formação segue a Arteterapia Gestáltica. Este curso abriu um espaço significativo para a arteterapia promovendo encontros, a participação em congressos e conseqüentemente sua divulgação, sendo ministrado, atualmente, em diversas regiões do país. O seu modelo de formação bem como suas pesquisas recentes vêm sendo divulgadas pela revista *Arte-Terapia: Reflexões*, lançada em 1995 pela mesma equipe docente do curso, da qual faço parte.

[...] podemos relaxar nossas defesas e nos permitir contatar, sentir, elaborar e expressar, o que de outra forma nos configura perigoso ou ameaçador. Isto diferencia a arte da arteterapia, pois ao fazer isto na terapia, o indivíduo tem possibilidade de, na presença de um outro que escuta, vê, valida, ajuda a destrinchar [...] estes conteúdos. (CIORNAI, 1995, p. 61).

Segundo Andrade (2000), no Rio de Janeiro, em 1983, começa a formação em arteterapia coordenada por Philippini, cujo embasamento teórico apoia-se na teoria junguiana. Para a divulgação das propostas e pesquisas deste grupo criou-se uma revista, *Imagens da Transformação*, em 1994.

Em Arteterapia, os “sinais” são registrados através da produção simbólica, pela cor, formas, movimento, ocupação no suporte e padrões expressivos gerais. [...] funcionando como instrumento para estimular a criatividade, posteriormente, desbloquear e trazer à consciência informações guardadas na sombra. (PHILIPPINI, 2000, p. 19).

Apesar das diferentes abordagens teóricas desses cursos de formação há algo em comum na arteterapia que é a possibilidade de relacionar duas facetas da mediação da arte: a expressão criativa e a terapia como o poder de se autoperceber e dialogar com os seus sentimentos.

Na primeira, ao mergulharmos na arte voltamos nossa atenção para a escolha de materiais e qualidades de produção como forma, cor, linhas, volume, sombra e luz. Esses são recursos que ajudam as pessoas a distinguir os sentimentos e as percepções no mundo interno e externo. Na segunda, enfatiza-se o poder terapêutico da arte, pois ao usarmos os seus atributos, expressamos o que sentimos por meio da sua linguagem e podemos olhar a forma, a cor, a textura, a luz, a sombra, o movimento que personalizam as vibrações dos nossos sentimentos, tomando consciência do que se passa conosco.

1.2. Como é o processo de arteterapia

O paciente muitas vezes sente o desejo de explorar um determinado material, sem associar que este lhe trará imagens a respeito de sentimentos ou sensações que estão presentes naquele momento. À medida que a imagem cresce à sua frente, pode tomar consciência das relações entre diferentes fatos de sua vida, como também do espaço ou da forma que ocupam no seu psiquismo, manifestados por conta da simbologia ali expressa.

[...] começa muitas vezes com um desejo que é transformado em obra e é compartilhado com o terapeuta. O dar forma a sentimentos, percepções, sensações, fantasias, desejos, pensamentos...é tornar possível o trabalho psicoterápico. Por meio desse objeto, o cliente pode revelar seus segredos, olhar seus medos, partilhar e elaborar suas percepções e seus sentimentos. Pode por exemplo, expressar o ciúme que sente de seu irmão por ser mais protegido da família; a raiva que sente de seu pai por tê-lo abandonado... (NORGREN, 1995, p. 34)

Quando o paciente elabora sua produção e dialoga com ela, podem acontecer momentos sublimes em que terapeuta e paciente compreendem os processos do mundo psíquico a partir das construções dos trabalhos artísticos. À medida que vamos trabalhando o material, vivemos sensações e percepções despertadas pelo contato com o objeto, que vai tomando vida aos nossos olhos, ao mesmo tempo em que cada impressão torna-se a extensão do nosso corpo. Assim, em dado momento, a imagem desperta os nossos sentimentos, conduzindo os conteúdos inconscientes para a consciência.

O terapeuta, na função de acompanhante, deve estar atento para sinalizar o processo e oferecer recursos para melhor execução. O campo de força que se constitui entre terapeuta, cliente e produção ajuda a transitar pelas percepções, desejos e sentimentos.

Segundo Ciornai (2004), é o terapeuta quem sugere o experimento, como também auxilia a aprofundar o contato da pessoa com o tema em que está trabalhando. O objetivo do experimento é a criação de novas experiências ou explorar e aprofundar aquelas já vivenciadas, enriquecendo e ampliando-as com novas perspectivas e outros ângulos de visão. No experimento pode-se utilizar uma ou mais técnicas, mas não é possível reduzir-se a elas, pois o foco deve ser trabalhar os conteúdos emergentes.

Muitas vezes o fato de parar e olhar o produto artístico leva a pessoa a criar uma nova postura ampliando a percepção por meio dos seguintes processos:

- Identificação e diferenciação dos elementos percebidos para se tornarem mais claros.
- Conscientização dos diferentes significados desses elementos segundo a percepção da pessoa envolvida no processo de criação.
- Mobilização em busca de transformações por meio do uso de outros materiais e criação de novas configurações.

Na arteterapia, “*é dada ao cliente a possibilidade de integrar e estruturar sua própria experiência, criar seu próprio eu, participar de sua ‘cura’*” (NORGREN, 1995, p. 34).

A dinâmica do processo está na transformação da imagem que emerge de diferentes formas e com diferentes materiais, construindo uma trajetória que associa os movimentos corporais às linhas, às formas, às cores e dialogando com as descobertas, promove a tomada de consciência dos diferentes estágios desse processo. A própria pessoa é construtora do seu processo na medida em que se entrega e utiliza a sua criatividade.

A arteterapia nasce das práticas e reflexões que marcam um novo espaço terapêutico contemporâneo, numa fronteira entre as artes e a psicologia. Constitui-se como uma construção que busca identidade própria, enquanto prática e reflexão terapêutica, destacando... artes plásticas, como mediadores para a cura e o desenvolvimento humano.(FAGALI, 2002, p. 27).

Segundo Rubin (1982), para que a arteterapia se efetive, é essencial que se utilize a arte como recurso terapêutico e que se inclua no atendimento momentos de diagnóstico.

O enfoque terapêutico das práticas de intervenção com recursos artísticos é feito sob a orientação de diferentes abordagens como a gestáltica, a junguiana, a psicanalítica e de outros referenciais teóricos.

Esse processo terapêutico pode acontecer em variadas instâncias, tanto nas situações de compreensão do mundo consciente como no desvelar das forças do inconsciente; tanto no diálogo com as qualidades de cada material como nas relações com os sentidos e significados que as pessoas lhes atribuem. Como exemplo, podemos nos referir ao processo dialógico desencadeado entre as pessoas e os materiais utilizados, como no caso da argila em que a plasticidade do material entrelaça com o gesto, numa sintonia tão perfeita que essa dança sai do controle do pensamento e dá margem à criação de formas, linhas e volumes. A compreensão do ocorrido fica numa outra instância que pode ou não acontecer nesse momento, mas o processo está ali registrado, tanto no material como na experiência de cada um.

Cada material impõe um limite que lhe é peculiar, portanto tinta, argila, recortes, pedra, madeira, tecidos oferecem possibilidades diferentes de relação onde a dança, na parceria entre a pessoa e o material, tem que ser respeitada de acordo com o movimento de ambos .

A cada gesto, imprimimos no material sentimentos que dão o toque singular e pessoal na construção da nossa obra. Os gestos devem respeitar a matéria que estamos usando, pois nessa relação entre o sujeito criador e sua obra entram em jogo os limites e o potencial tanto da pessoa como do material. Por exemplo, quando usamos a pedra temos que observar os sulcos e perceber onde podemos interferir com nossos gestos para que possamos fazer nossa obra sem danificar o material. De outro lado, o estilo que nasce da figuração dos sentimentos apresenta de forma marcante o conhecimento do indivíduo, a sua história, a sua relação cultural e a sua forma de ser no mundo.

A técnica é sempre pano de fundo no trabalho de arteterapia. Apesar de que muitas vezes, o arteterapeuta assume a postura de ensiná-la, quando o cliente assinala essa necessidade, em busca de uma produção mais satisfatória para si, que poderá trabalhar e fortalecer a sua auto-estima. Conforme a técnica utilizada é comum o cliente se surpreender com o resultado de sua produção. É importante notarmos que, muitas vezes, ao trabalharmos com a dor executamos uma alquimia de cores e formas conseguindo um resultado bonito e harmonioso que dá satisfação. Em outras palavras, ao darmos concretude ao sentimento por meio dos materiais, possibilitamos “rasgar o próprio peito e arrancar” a dor que pulsa dentro de nós e nesta condição poderemos dialogar com ela.

O trabalho que lida com a criatividade ajuda a ressaltar os aspectos mais positivos do ser humano. Além disso, a arte provê uma qualidade de concretude à nossa subjetividade. Se uma pessoa está falando de uma dor; pode dar uma forma a essa dor; [...]. E, como esta forma, pode ser concretamente transformada e re-elaborada, isso é algo precioso.[...] (CIORNAI, 2002, p. 9).

Qual é a importância da estrutura no desenrolar da arteterapia?

À medida que desenvolvemos nossa estrutura perceptiva, depuramos e intensificamos a percepção do mundo e uma nova ótica da vida. A reformulação da estrutura ajuda na reorganização dos componentes e na possibilidade de um novo olhar criativo.

[...] a percepção sensorial não pode se limitar a simplesmente registrar as imagens que atingem os órgãos receptores.[...] A percepção deve buscar a estrutura. Na verdade, a percepção é a descoberta da estrutura. A estrutura nos diz quais os componentes das coisas, e através de que tipo de ordem eles atuam mutuamente. Um quadro ou uma escultura é o resultado de tal

averiguação da estrutura. É um equivalente depurado, intensificado e expressivo da percepção do artista. (ARNHEIM, 1989, p. 266).

A estrutura é um elemento fundamental para a organização do produto artístico. Na execução de alguns projetos, torna-se imprescindível a observação da estrutura para conseguir o equilíbrio do trabalho. Isto me faz recordar de uma criança que desejava construir uma cachoeira com a intenção de mostrar sua coragem em explorá-la. Iniciou perguntando como poderia dar a impressão de que a água caía sobre as pedras. Depois foi fazendo bolinhas de argila e as grudava para formar uma montanha, descobrindo formas de executar a sua idéia. Assim pôde compor uma cena com uma queda da água e mostrar que teve coragem de entrar nela, vencer seu medo e se divertir.

Cada etapa da construção da estrutura dá ao cliente a possibilidade de assimilar a situação vivenciada, ampliar seu referencial para novas experiências e fortalecer a estrutura psíquica. Portanto, podemos dizer que a estrutura formada por intermédio do material desempenha um papel organizador, integrativo e estruturador dos elementos concretos como também dos conteúdos simbólicos do psiquismo.

Segundo Arnheim, toda percepção é simbólica, pois *“Como todas as características estruturais são generalidades, percebemos as aparências individuais como tipos de coisas, tipos de comportamento. A percepção individual é uma representação simbólica de todas as categorias de coisas” (idem, p. 266).*

Portanto, quando um artista ou um cliente representa um vulcão como agressor está utilizando a sua capacidade de perceber características gerais em algo que é específico. Além disto sabemos que são a cor, a forma, a textura e o movimento que dão a concretização e a expressão às características significativas de cada situação do meio ambiente.

Daí a importância dos trabalhos de observação e a elaboração da produção plástica para o desenvolvimento da pessoa, pois é por meio desse exercício que afinamos o nosso equipamento de percepção e compreensão dos sentimentos e representações.

[...] estes aspectos abstratos podem traduzir por si mesmos, simbolicamente, um comportamento pertinente. Isto torna possível ao terapeuta encontrar atitudes básicas de seus clientes refletidas não apenas nos objetos reconhecíveis apresentados em suas obras de arte, mas também em padrões abstratos. (ARNHEIM, idem, p. 267).

A transformação dos conteúdos pode acontecer nos experimentos de arteterapia por meio da utilização de diferentes materiais, como por exemplo, da argila se transformar em pintura. Quando são vividos desta forma temas como raiva ou quaisquer outros sentimentos,

vão tomando forma nova a cada transposição, trazendo maior consciência e aprofundamento aos temas terapêuticos.

Ao trabalhar com uma jovem a sua auto-imagem, ela apresentou uma imagem disforme no trabalho em argila que intitulou de *monstro*. Depois de um longo processo vivenciando várias facetas do seu psiquismo, este culminou com a confecção de uma máscara sobre seu rosto. Ao retirá-la, ela observou que agora estava percebendo que possuía um belo nariz. A partir desta data a cliente estruturou uma nova visão de si mesma, pois fortaleceu sua auto-imagem e apresentou um processo de transformação no seu comportamento frente ao mundo. Na verdade esta transmutação de sentimentos se concretizou por meio dos materiais nos quais a cliente passou a ser a extensão da imagem construída. De outro lado, pode-se transformar os conteúdos a partir da linguagem verbal e associá-la a manobras corporais, mas sempre deve estar presente o ato do fazer artístico e o diálogo com a produção plástica.

Considero este trabalho como terapêutico, por sua própria natureza criativa, possibilitando uma contínua reconstrução do ser. É terapêutico ao atender a própria demanda de indivíduos que buscam as oficinas, no sentido de superação de seus conflitos e dos sofrimentos diante das limitações e paralisações. Em vista desta demanda [...] consiste em possibilitar a reestruturação do indivíduo como um todo, em seus desejos, sentimentos e capacidades. (FAGALI, 1997/98, p. 46).

Retomando, portanto, a conceituação de arteterapia, podemos dizer que:

A essência da arteterapia é que ela deve partilhar as suas duas partes do seu nome - Arte e Terapia. O objetivo da atividade de arte, portanto, deve ser primeiramente terapêutico [...] Você deve conhecer arte: o meio e os processos, sua natureza e potencial [...] linguagem da arte, e a natureza do símbolo, da forma e do conteúdo. Você também deve conhecer terapia [...] saber sobre você e os outros em termos de desenvolvimento, psicodinâmica e relações interpessoais. (RUBIN, 1982, v.21, s/página)¹

¹ Retirado da apostila elaborada para uso interno do Curso de Arteterapia do Instituto Sedes Sapientiae, de artigo traduzido por Marise Zimmermann, do "American Journal of Art Therapy, v. 21, janeiro, 1982.

1.3. Contribuições da Arteterapia: Trabalho com vítimas de desastres de grandes proporções

Incluí neste capítulo o relato do trabalho desenvolvido pelo psicólogo Jones² (1999), pois sua experiência serve de ilustração para justificar o valor e a importância da arteterapia na saúde mental, ao se destacar a intervenção de arteterapeutas com pessoas que sofreram direta ou indiretamente as consequências de um desastre de grandes proporções. Este relato caracteriza-se pela originalidade visto que todas as pessoas da cidade atingida, inclusive os próprios terapeutas, foram atendidas e apresenta os desdobramentos de um atendimento multidimensional.

Esta experiência foi muito importante para este trabalho, porque foi usada para trabalhar pessoas enlutadas que sofreram uma grande dor frente à morte e ficaram estressadas. Como esta pesquisa trata de profissionais que no cotidiano estão expostos à dor e à morte, a experiência de Jones é um relato precioso no sentido de utilizar a arteterapia como ajuda terapêutica para esta clientela em sofrimento.

O trabalho de Jones caracterizou-se pela utilização de uma intervenção multidimensional. Para Jones a multidimensionalidade é a qualidade de um trabalho que abrange diferentes recursos que pode ser combinado com diversas abordagens teóricas e vivenciado tanto em grupos como individualmente. Pressupõe uma intervenção com a pessoa atingida, seus familiares, a comunidade e instituições envolvidas. O autor usou todas essas possibilidades para trabalhar com a arteterapia associando-a a verbalizações para investigar o significado das imagens e dos sentimentos despertados pelas estratégias vividas nos grupos e pelos indivíduos com os quais trabalhou.

Também a arteterapia é uma mediação fundamental nesta pesquisa, com encontros individuais e em grupo, apesar de ter usado outras estratégias além das usadas nesse relato, foi feita uma experiência multidimensional num pequeno grupo durante um período de tempo.

Para Jones, existiu a preocupação de cuidar dos profissionais que estavam trabalhando, considerando que eles foram atingidos pela situação de luto de forma distinta. Este aspecto

² JOHN G. JONES, Ph.D. ABPP ATR-BC, Licensed/ Board Certified Psychologist, Registered /Board Certified Arte Therapist, Trauma Relacionada à Experiência: Extensiva experiência com crianças vítimas de abuso, vítimas de violência doméstica e vítimas de traumas de várias espécies; teve oportunidade de trabalhar com a Marinha dos USA; fez um extensivo e intensivo trabalho com sobreviventes e suas famílias em Oklahoma City bombardeada em 1995; e trabalhou com o trauma imposto pela violência de um motim em uma pequena cidade em Montana – 1998.

possui algo semelhante a nossa proposta de pesquisa que é de trabalhar com um grupo de profissionais de UTI, que tem a morte como companheira na sua jornada de trabalho.

A forma que Jones enxerga a arteterapia aproxima-se da nossa postura, o que fica explícito no decorrer de todo este capítulo, e quando me refiro a sua postura estamos fazendo referência à forma como o autor acredita na utilização da arteterapia, como um processo de acessar e transformar os sentimentos.

A estrutura de apoio aos sobreviventes do desastre teve como característica principal a composição de várias estratégias de modo que cada uma tivesse ligação com as outras, formando assim uma “rede” de atividades que atuava no ocorrido. Na pesquisa desenvolvida com os profissionais de UTI, tivemos a preocupação de compor uma seqüência de atividades que respeitasse os temas e as necessidades trazidas nas vivências anteriores.

Na cidade de Oklahoma City, houve um atentado em 1995, com imensa explosão em que morreram 169 pessoas e mais de 500 ficaram feridas. Foi feita uma intervenção significativa como suporte psicológico abordando questões clínicas e organizacionais, utilizando técnicas gerais e específicas.

As temáticas que serão examinadas incluem os “*debriefings*”³ do acidente para os sobreviventes e as suas famílias, as intervenções junto aos responsáveis administrativos, e a coordenação dos serviços e as relações com outros órgãos.

As intervenções específicas incluíam terapia individual, terapia de grupo, arteterapia e curas tradicionais.

A seguir, descreverei como se deu esse trabalho.

Fase 1

Constituiu-se de investigações que serviram para os seguintes propósitos:

- Permitir aos sobreviventes e as famílias de se conhecerem.
- Permitir aos sobreviventes de se familiarizarem com alguns dos aspectos do luto e da perda traumática.
- Fornecer a oportunidade para algumas manifestações de frustração, medo e raiva.
- Perceber que tipo de intervenção era preferido pelos sobreviventes, e que fosse ao mesmo tempo a mais indicada.
- Fornecer informações para o planejamento e a gerenciamento do staff.

³ Retornar às memórias.

- Perceber uma imagem mais clara da natureza e da intensidade do trauma vivido por estes indivíduos.

Fase 2

Compreendia um trabalho de avaliação das questões clínicas gerais e específicas.

Cabe observar que no tratamento das vítimas de traumas, especialmente nos primeiros momentos, a situação é extremamente delicada e o tempo é essencial para se processar a avaliação.

O ponto crítico é uma profunda compreensão da natureza do impacto do trauma sobre os indivíduos, os grupos e as organizações.

Os sintomas observados podem ser identificados como quadro de estresse profundo. Foram os seguintes: hipervigilância, hipersensibilidade, lembranças recorrentes e inclusivas do evento, pesadelos, estresse psicológico intenso, reações fisiológicas após a exposição a estímulos internos e externos.

Ocorreram muitos comportamentos de fuga para evitar estímulos ativadores.

Fase 3

Essa fase tinha como meta a intervenção feita às vítimas.

Arteterapia é reconhecida como forma de terapia expressiva, foi aplicada por Jones considerando uma diversidade de razões, que serão enumeradas abaixo para ilustrar com a prática, os conteúdos desenvolvidos na primeira parte do capítulo.

A intensidade e a diversidade em relação às perdas sofridas pelas vítimas requeriam uma abordagem de múltiplas intervenções, sendo que a arteterapia é uma técnica expressiva que se presta a esta multiplicidade de abordagens. Isto significa que os recursos terapêuticos da arteterapia dão margem a serem utilizados com outras metodologias (individual ou grupal), como também associada a diferentes linhas terapêuticas como gestalt, psicanalítica, analítica, fenomenológica ou corporal.

As palavras falhavam diante de tanta emotividade fazendo com que as tentativas de usar o discurso verbal geralmente acabavam em lágrimas, porém com pouco alívio. Considerando como elemento chave a produção plástica, esta fornece às pessoas um sentido de distanciamento das emoções expressadas, facilitando o contato com situações dolorosas.

A flexibilidade e versatilidade apresentadas pela arteterapia podem ser aplicáveis a crianças, adolescentes e adultos.

A utilização do cérebro inteiro é um requisito do processo com arteterapia, apresentando envolvimento das capacidades cognitivas, emotivas, criativas e perceptivas do paciente. Quando a pessoa olha a imagem construída entra em contato com a percepção da imagem e “a posteriore” dialoga com a mesma para compreender o seu significado simbólico.

Os efeitos terapêuticos da arteterapia são sentidos imediatamente, por meio do envolvimento do cliente e pela elaboração frente às tarefas propostas. As transformações são marcadas ao longo do processo imagético.

O processo de “fazer e socializar” favorece o sentimento de partilha, cura grupal e segurança.

A possibilidade de arteterapia ser feita em casa, fornecendo ao indivíduo uma modalidade expressiva terapêutica, em cada momento que se fizer necessária. Muitas vezes podemos desdobrar a nossa atuação a partir de tarefas, possibilitando assim a continuidade do processo e a sua elaboração fora do *setting* terapêutico.

Os processos que estão operando em toda esta experiência de Jones (1999) com arteterapia são:

- o desenvolvimento do trabalho dando concretude às emoções;
- a elaboração e a verbalização diante do produto acabado.

Essa estratégia de intervenção foi muito bem recebida pelas agências do governo que destinaram verbas para a compra de diferentes materiais, propiciando assim flexibilidade na escolha de atividades.

1.3.1. Recursos usados no atendimento

As intervenções utilizadas por Jones circularam entre experimentos de arteterapia a grupos de reflexões. Convém citar algumas das atividades como: exercício de fazer ponte (*bridging*); confeccionar mapas dos sentimentos; elaboração da raiva; dialogar com a auto-imagem; elaboração da perda e do luto; vivências de viagens; busca de temas específicos de diferentes áreas de sua vida; revisão e re-avaliação do processo do grupo; intervenção multidimensional; o trabalho de apoio com familiares, amigos dos sobreviventes e grupo de reflexão aos profissionais.

Cada pessoa confeccionou um diário que compartilhava ou não com os demais membros do grupo. Os sobreviventes recebiam atendimentos semanais, individualmente e em grupo.

1.3.2. Intervenções e mudanças ocorridas no atendimento da equipe de Jones

A intervenção multidimensional fez-se necessária de maneira que paralelamente à arteterapia foi utilizada a terapia verbal tradicional, o apoio às famílias e aos profissionais.

O objetivo primeiro foi de criar uma atmosfera de suporte e de não julgamento para as pessoas, espaço para a dor e fornecer sustentação para ajudar a resolver os problemas que os afligiam. Com o passar do tempo, o objetivo principal da terapia tornou-se uma ajuda para obter um tipo de paz parcial e encontrar saídas na tentativa de direcionar a própria vida.

Ao mesmo tempo os terapeutas reuniam-se para discutir sobre os casos e a respeito deles mesmos. Os cuidadores perceberam que estavam envolvidos no ocorrido e que compartilhavam da dor dos sobreviventes, pois cada um deles tinha uma pessoa conhecida envolvida no desastre. Percebeu-se a necessidade de que os cuidadores e equipes de socorro formassem um grupo que se apoiasse entre si, de maneira que a dor e a angústia diante do sofrimento pudesse circular entre os colegas.

Para o Jones (1999) a utilização de uma intervenção terapêutica multidimensional foi importante, pois deu possibilidade de serem utilizados todos os recursos possíveis como amigos, família, igreja, comunidade social, vizinhos, todos tiveram a sua importância. Como num dos edifícios atingidos havia uma entidade do povo indígena, acharam necessário introduzir rituais de cura de acordo com a tradição nativa.

1.3.3. Resultados do trabalho de Jones

Os resultados atingidos no trabalho foram:

A maior parte das mudanças gráficas ocorreu em torno dos temas, das cores e dos níveis de interação entre as pessoas.

Os temas mudaram da falta de esperança e sentir-se arrastados por um turbilhão para imagens positivas e interativas.

As imagens de isolamento, solidão e falta de relação lentamente evoluíram contendo temáticas relacionais e a capacidade de demonstrar confiança nos outros.

As cores emergiram do negro, cinza, vermelho escuro para atingirem as tonalidades mais luminosas e o pastel.

2.4. A ajuda da Arte no luto e na dor

No trabalho de Jones (1999) pudemos observar diversos trabalhos artísticos nos quais pessoas enlutadas utilizaram a produção artística para elaborar a dor e o luto. Nesse movimento de expressar-se por meio das diferentes linguagens, o enlutado busca trabalhar dialogando com os sentimentos que emergem na vivência artística.

Muitas vezes isso acontece de uma forma solitária ou com ajuda terapêutica.

Podemos exemplificar com os trabalhos que se seguem:

A cada momento de sofrimento, Kahlo⁴ (1994) trabalhava intensamente transpondo, com cores nas telas, os sentimentos que a angustiavam. No seu trabalho “A Dor do Aborto”, retrata as angústias diante da situação de aborto. Ela utiliza seis objetos para representar símbolos da sua sexualidade e da gravidez falhada. Todos os objetos estavam atados por três fitas vermelhas que ela segura na mão esquerda. Cada fita leva o nosso olhar a uma imagem ali representada. Entre elas podemos citar a de um bebê representando o filho perdido e um caracol a flutuar, que a própria Kahlo fez a leitura de ser a interrupção da gravidez.



Ilustração 1- “A Dor do Aborto”- obra de Frida Kahlo.

⁴ Frida Kahlo (1907-1954) artista mexicana. Foi casada com o artista Diego Rivera. Sofreu um acidente em 1925 que a deixou muito tempo acamada e com dor muito fortes na coluna pelo resto da vida. Pintou até o ano de sua morte com a preocupação de retratar as suas idéias e sentimentos e trazendo as cores fortes da cultura de seu povo. Frida Kahlo desenvolveu uma linguagem pictórica com vocabulário e sintaxe próprios.

A cama voadora (1932) Em 4 de julho, Frida Kahlo abortou, em Detroit. A pequena frágil figura da artista deitada na enorme cama perante um vasto deserto dá a impressão de solidão e incapacidade - um reflexo dos seus sentimentos após ter perdido o bebê e durante a estada no hospital. (KEHENMANN, 1994, p. 37).

O diário é um instrumento propício para se trabalhar o luto e a dor. Citarei aqui o processo de uma senhora que chamarei de Joana⁵ que utilizou esta técnica para registrar as diferentes fases do seu enlutamento diante da morte de seu filho.

Ao perder seu jovem filho, vítima de violência urbana, esta mãe sentindo-se impotente diante dessa morte violenta, construiu um diário como recurso para elaborar os sentimentos de dor e luto. Página a página, Joana foi registrando lembranças, alegrias, questionamentos, saudades e tristezas.

Ela não escrevia todos os dias, mas delimitou que assim o faria do enterro até o primeiro aniversário da morte, vivendo a elaboração desse luto tecendo lindos textos carregados de sentimentos.

“Um vazio molhado com tantas lágrimas de saudade, tantas imagens impressas na memória, tantos momentos juntos, tantos planos agora sós e a dor da perda.” (Joana, janeiro, 1996)

A reconstrução da história com fotografias pode ajudar a formar uma linha do tempo dos diversos momentos vividos pelo paciente.

Segundo Santos (2004), a fotografia pode nos parecer um documento estático, frio e morto, mas na medida que a pessoa interage com ela ganha luminosidade e sentimentos.

Ao organizarmos e escolhermos fotos de momentos significativos podemos trabalhar lembranças, alegrias como também a dor do luto fazendo presentes recortes de nossas vidas.

Esta atividade pode ser feita montando linhas do tempo, painéis, representações ou álbuns. Neste momento que estamos escolhendo recortes de nossa vida, selecionamos as situações que mais nos agradaram como também àquelas que nos foram difíceis. É um tempo muito especial que nos alimenta com recordações significativas que muitas vezes estavam ofuscadas pela dor.

Joana escreve:

⁵ Joana é um nome fictício de uma amiga que não irei identificar aqui, mas os elementos citados textos e poesia fazem parte de um diário que compôs por ocasião da morte de seu filho pela violência de um assaltante. Tive a possibilidade de ler os seus escritos e consulta-los para incluir no meu trabalho. Este material é itinerante podendo ser lido por algumas mães que perderam seus filhos de forma violenta.

“Hoje estou organizando as fotografias de Ju e do Lu e as nossas. É tão estranho, me deparo com fotos de Ju na mesma idade que o Lu tem agora; é tão grande a semelhança, parece que parei no tempo, sinto-me aquela mãe iniciando a sua missão. (janeiro, 1996)”

A poesia é um estilo de linguagem que brinca com as palavras e brota dos sentimentos. Dá margem a filosofar falando do tempo, da vida, da morte e do ser... Muitas vezes usamos a poesia para nos agarrarmos ao estado de vida, colorir a existência e nos auxiliar a sair do vazio, do nada e da dor.

Joana escreve:

*“Não há mais tempo
Onde está o tempo?
No passado que se sente
No futuro ainda ausente
No presente do....Ser
O que?
O que se foi
O que poderia ser
Ainda não é
Mas não há tempo
Aí então seremos...
Como?
Tornar a ser
Sempre fomos
Quando?
Não existe
Mas se é...
Onde fica o que foi?
No vazio, no nada
Todo vazio está cheio de ar...
Respiro então...
Sou!”*

(outubro, 1996)

Todos estes recursos num movimento de fazer e construir auxiliam a pessoa enlutada a elaborar, desconstruindo e construindo as suas lembranças, percepções e sentimentos.

“Continuar na caminhada transformando a dor na ação da reconstrução, é algo que exige um grande esforço, muita fé e esperança no ser humano.” (Joana, 1996).



Ilustração 2 – Pintura em tela de Joana.

Neste capítulo, tivemos a intenção de conceituar arteterapia, refletir sobre a sua utilização como também relatar situações nas quais pessoas estressadas pela exposição a dor e morte foram beneficiadas com este tipo de intervenção. No próximo capítulo refletiremos sobre o estresse dos profissionais, pois nesta pesquisa trabalhamos com uma clientela de cuidadores que tem a morte sempre presente acompanhando cada um dos seus movimentos. Diante deste fato, poderemos indagar qual o nível de estresse deste profissional ao estabelecer um vínculo de ajuda? Como poderia se manter em tensão para melhor atender os seus clientes, sem prejudicar sua saúde?

2. AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E OS MITOS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O profissional que trabalha na área da saúde, principalmente no cotidiano hospitalar, vive situações de pressão decorrente do sofrimento psíquico inerente ao trabalho hospitalar. Bromberg (1997) fala de sua experiência junto a profissionais que lidam com a morte na rotina de trabalho e que muitas vezes estão expostos a morte e a dor, provocando assim níveis de estresse e de sofrimento. As dificuldades frente à morte manifestam-se desde a comunicação de diagnóstico até o envolvimento afetivo, estabelecendo limites frágeis entre a vida profissional e pessoal.

Bromberg (idem) e Nogueira-Martins (2002), valorizam a prevenção à saúde do profissional cuidador, oferecendo um espaço de reflexões que inclua o desenvolvimento do papel profissional mediante a ampliação de sensibilidade, consciência e habilidades, e garantindo apoio emocional e autoconfiança. Daí faz-se necessário um momento de compartilhar no qual os profissionais cuidadores possam trocar suas experiências.

Para isso, é importante que se formem equipes multidisciplinares de cuidadores de modo que o

[...] partilhar significa permitir que a perda circule entre os membros da equipe... a morte é um acontecimento que deve abalar a equipe, sim, mas para fazê-lo refletir e crescer com a experiência... Diferentes visões éticas, espirituais, religiosas e psicológicas contribuem para essa compreensão. (BROMBERG, idem, pp.7-8).

Esta oportunidade de compartilhar permite integrar o significado subjetivo da perda para que todos da equipe possam aprender e evoluir.

O homem atual nega a finitude do processo de vida humana, prolongando-a por meio de dispositivos hospitalares, afastando o doente do convívio social.

Segundo Pitta (1999), nos fins da Idade Média, o ser humano tinha a consciência de que um dia iria morrer, e que isto era uma questão de tempo. A morte está presente no seu mundo interno e a sua vida é realmente curta. Esta consciência lhe dava um olhar apaixonado pela vida e seus prazeres, como também o tornava mais resignado às mortes no curso da vida. Os poetas falavam da doença, envelhecimento e morte como parte inegável da condição humana.

O traço fundamental da diferença entre a forma de lidar com a doença e a morte do homem medieval e do homem moderno é a absoluta dissociação

que se estabelece hoje entre a vida, sua efemeridade, a naturalidade do adoecer e a fatalidade de morrer impregnadas de um pessimismo existencial, da depressão que invade homens das sociedades industriais, como se a primeira, nada tivesse a ver com as demais. (PITTA, 1999, p. 28).

Pitta (idem) também nos fala que a morte deixa de ser conversada com os familiares e com o doente, passa a ser ignorada ou negada com a justificativa de proteção à pessoa que já está sofrendo. O homem moderno deixou de olhar a morte como companheira da vida e o sofrimento como parte do processo. Na medida que a medicina avançou no desenvolvimento tecnológico, a morte sai da sala de visitas, é encerrada nas UTIs, monitorada por guardiões, que são os profissionais de saúde.

Segundo Pitta (idem), a partir do século XIX, surge uma postura pela qual a família e o médico têm o dever de dissimular ao doente a gravidade da doença e a proximidade da morte. É bem verdade que com o progresso da medicina sabe-se que, apesar das diferentes intervenções, uma doença pode ou não levar a morte. A sociedade considera o adoecer algo vergonhoso, pois impede a produção de trabalho da pessoa doente e de seus familiares. Apesar do crescimento da atuação da psicologia nos meios hospitalares, hoje ainda existe pouco espaço para que o paciente possa falar sobre a sua dor frente ao adoecer como também do afastamento de suas atividades profissionais.

O serviço hospitalar vem tentando recuperar este papel da pessoa, desenvolvendo atividades que abram possibilidades de devolvê-la a sua atuação no mundo. Com os avanços tecnológicos, o médico toma uma atitude obstinada para vencer a doença lançando mão de todas as medidas terapêuticas para prolongar a vida do paciente e deixando, muitas vezes, para os enfermeiros o contato com o doente e sua família. De outro lado os amigos e parentes, por medo do sofrimento diante da perda negam a morte, pois não querem vê-lo partir. Neste cenário, o profissional de saúde vive o seu dia a dia no hospital e muitas vezes sente-se estressados diante da diversidade de pressões.

Segundo Pitta (idem), os pesquisadores Glaser e Strauss (1968), em hospitais de São Francisco (Estados Unidos), registraram atitudes dos profissionais com relação a avisar ou não o doente e a família, sobre o estado de gravidade do mesmo. Os dois sociólogos americanos salientaram a dificuldade dos médicos de comunicar aos doentes a gravidade e o prognóstico da sua doença, utilizando subterfúgios conscientes ou não, tentando ocultar um diagnóstico de morte.

Hoje podemos notar um movimento de buscar um maior preparo dos profissionais de saúde na comunicação de estados graves do doente. Segundo Nogueira- Martins (2002) e

Bromberg (1997), fazem-se necessários grupos multidisciplinares possibilitando troca de experiência e discussões de temas sobre situações difíceis do cotidiano do profissional.

A dificuldade atual ao tratar deste assunto mostra-se tão acentuada que de alguma forma afeta a dignidade do doente que está vivendo intervenções delicadas, das famílias que acompanham esta situação dolorosa e dos profissionais que não encontraram uma "magia" para enfrentar a morte. É por este motivo que:

O cuidado a ser oferecido à pessoa que está morrendo e seus familiares não deveria ficar sobre a responsabilidade de uma única pessoa, ou, melhor dizendo, de um profissional de uma única área, pois o cuidado é sempre multiprofissional, em face da diversidade de necessidades apresentadas por esse grupo que o recebe. (BROMBERG, idem, p. 7).

Outro aspecto que merece destaque em relação ao profissional refere-se aos mitos que os profissionais trazem sobre a sua atuação e àqueles que lhes são depositados.

Seria o mito do poder sobre a vida e a morte favorável para a relação de ajuda propiciada por estes profissionais?

Como se situaria o mito da tecnologia no cuidado com a pessoa que está doente?

Os mitos dos sacerdotes e curadores da antiguidade ampliariam a visão e a atuação dos profissionais de saúde? O que nos revelariam os mitos gregos sobre essas questões?

2.1. Reflexões sobre o valor do mito na Saúde

Pensando em mitos, quando se fala da relação entre harmonia psíquica e saúde, é importante destacar que qualquer símbolo mítico serve para representar a busca da saúde da psique. O mito é uma pequena parte das tradições que se transmitem oralmente entre os membros de uma comunidade.

De acordo com Campbell "*O material do mito é o material da nossa vida, do nosso corpo, do nosso ambiente; e uma mitologia viva, vital, lida com tudo isso nos termos que se mostram mais adequados à natureza do conhecimento da época*" (1997, p. 7).

Nas reflexões sobre o valor do mito na saúde, podemos destacar a mitologia grega considerando que o pai das ciências médicas ou da medicina é Hipócrates que na mitologia era discípulo de Asclépio uma personagem mítica.

Na mitologia grega, os deuses tinham uma grande influência na vida do povo grego, os sacerdotes e sacerdotisas muito se empenharam em usar todos os recursos que poderiam tornar o seu deus mais eficaz e poderoso. Na mitologia grega são encontradas muitas figuras

simbólicas cujo significado tem uma relação com a medicina. Os mais importantes são: Apolo, Quíron e Asclépio.

O mito de Asclépio vem nos exemplificar a preocupação do homem da Grécia antiga quanto à doença e cura. Esse mito que é contado a seguir tem como base os estudos de Brandão (1991) e de Pessoa (1997).

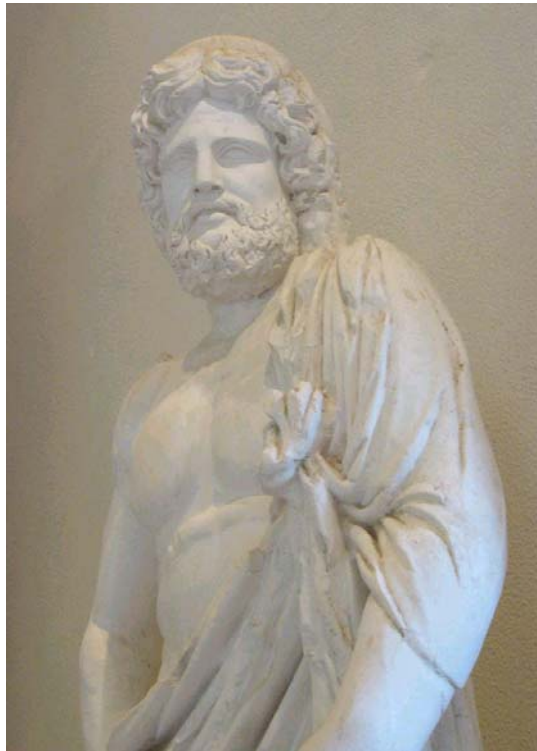


Ilustração 3 – Escultura de Asclépio.

Contam que Asclépio era filho de Apolo com uma mortal Corônis. Esta se une, apesar de grávida de Apolo, a Ísquis. Apolo manda matar Corônis, assassinando também seu rival. Com a morte de sua mãe, Asclépio é retirado do ventre materno e entregue ao centauro Quíron para ser educado. O centauro Quíron trabalha e age com as mãos, é um cirurgião, um grande médico, que sabia acolher seus pacientes por ser um médico ferido. Asclépio fez muitos progressos na arte de curar, mas a fama o faz tornar-se arrogante, chegando até a ressuscitar mortos com o sangue da cabeça da medusa. Zeus, temendo que a ordem do mundo fosse afetada, mandou matar Asclépio, que foi divinizado. Fixa-se na região de Epidauro, onde Apolo reinava.

Conta-se que teve quatro filhas: Aceso (a que cuida de), Iaso (a cura), Panacéia (a que socorre a todos), Hígia (a saúde).

Asclépio desenvolveu uma escola de medicina, cujos métodos inicialmente eram mágicos, mas abriu caminho para que seus sucessores desenvolvessem uma escola mais científica de artes médicas da qual, como figura mais conhecida, temos Hipócrates. O culto de Asclépio era secreto, eram-lhe oferecidos sacrifícios num espaço em Epidauro, que possuía um misterioso labirinto, onde provavelmente era guardada a serpente. A imagem da serpente para os povos antigos era de um réptil que tinha o dom da adivinhação e simbolizava a vida que renasce e se renova, ininterruptamente. Sabe-se que a serpente enrolada no bastão representava o deus da medicina.

A cura total só acontecia em Epidauro, onde primeiramente se curava a mente; mas esta cura somente acontecia quando se dava a transformação dos sentimentos. Em Epidauro, as pessoas ao chegarem alojavam-se em casas e saíam para observar templos, esculturas e a vegetação que circundava o local. Assistiam a peças para libertarem as emoções, ora levando a lágrimas, ora ao riso. Em Epidauro, era muito usado o humor como instrumento terapêutico. As pessoas alimentavam-se de comidas especiais, tomavam banhos de ervas, óleos e aromas, recebiam massagens. De volta ao quarto, deitavam-se e seu sono era embalado pelos cânticos dos sacerdotes e o odor de incensos.

Esse ritual era repetido vários dias como um trabalho de purificação e quando completado esse processo era-lhe permitido entrar no templo de Asclépio. Nesse templo havia no centro do recinto a estátua do deus rodeado de serpentes. Para distraí-las, era necessário alimentá-las com bolos de mel e essa ação afastava o doente de seus próprios medos. À noite, durante o sono a recomendação era de não se assustar com nada que ocorresse, pois muitas vezes eram ouvidos ruídos estranhos. As filhas de Asclépio aproximavam-se fazendo seu trabalho com óleos e ervas medicinais. O sono chegava e as visões se mantinham como num sonho. O próprio Asclépio tocava com a mão a cabeça e o coração do enfermo. Apareciam cenas de grande beleza e luz.

No dia seguinte, a pessoa podia deixar o templo, pois havia passado por um processo de purificação e reforma psíquica e física. O processo terapêutico tinha a intenção de que o homem, para se curar, entrasse em contato consigo mesmo.

2.2. O Mito de Asclépio e os cuidadores de hoje

Se pensarmos no trabalho com o profissional de UTI, entendemos que a função de cuidador pode ser associada aos sacerdotes do Epidauro que buscava uma relação de ajuda propiciando o aconchego e amorosidade em que o toque, o uso da arte e o processo de autoconhecimento eram de grande relevância.

Em Epidauro, a arte era considerada como estratégia de tratamento.

O mito de Asclépio foi usado com a intenção de assinalar que Epidauro se trata de um espaço de cura, onde se usam diferentes técnicas tanto de medicina naturalista como de atividades corporais e artísticas. A maior preocupação é cuidar da saúde do visitante focando no desenvolvimento da consciência para melhor elaborar os sentimentos como também propiciar situações de cuidado ao corpo e aos prazeres das artes. O humor era um elemento fundamental para a cura, sendo que hoje a própria medicina busca o prazer como forma de curar, como na utilização de arteterapia ou da dança. A maneira de se olhar a doença parece que é uma direção em busca da saúde.

De alguma maneira este caminho tem algo em comum com o trabalho da arteterapia que ajuda a elaborar os sentimentos por meio de experiências inusitadas e agradáveis com cor, forma, movimento, de maneira que muitas vezes podemos transformar situações pesadas usando recursos que nos conduzam a leveza. Além disto a grande preocupação do terapeuta é a relação com o seu cliente, enquanto que as artes médicas muito se distanciaram do humano, pois atualmente com o grande desenvolvimento da tecnologia, o profissional de saúde tornou-se mais um tecnocrata do que um cuidador.

Qual seria então o valor da técnica nessa mitologia?

As inscrições das “*estelas*” (colunas destinadas a ter inscrições) do museu de Epidauro nos contam que o templo era organizado para cuidar dos enfermos e peregrinos que lá chegavam para viverem um conjunto de técnicas ministrada por sacerdotes, “*muito mais pensadores profundos do que médicos, mas grandes conhecedores destas técnicas*” (BRANDÃO, 1991, p. 92).

Portanto a técnica é importante desde que não exclua o valor da dinâmica relacional.

Nessa relação entre o curador e a pessoa doente o mito coloca em foco a natureza do curador no ato de criar, em que a natureza humana, em alguns momentos de criação, entra em contato com a sua natureza divina.

Asclépio simboliza o curador como um herói que “[...] foi deificado, portanto participou da natureza humana e da natureza divina, simbolizando a unidade indissolúvel entre as duas” (PESSOA, 1997, p. 48).

A imagem do curador como deus e humano pode ser discutido, mas o que é significativo considerar que o mito sobre aquele que cura sustenta a crença de um poder que transcende os limites humanos. As ciências médicas alimentam este mito muitas vezes dificultando as relações de cura de uma forma mais humanizada.

Tendo em vista todos estes fatores relacionados às condições de trabalho e aos mitos do profissional de saúde como podemos compreender a sua situação de estresse?

Será que o distanciamento das condições humanas, dos sentimentos e da ação criativa do profissional, não acarretaria nessas pessoas maior suscetibilidade ao estresse?

3. O QUE É ESTRESSE

Para Botega (2002) e para Cortes-Maghelly (1991 citado por SILVA; MARTINEZ; ALMEIDA, 1996) definem o termo estresse que quer dizer “pressão”, “insistência” ou estar sob a ação de estímulo insistente. É um termo que tem origem na Física, nos estudos dos meios contínuos, representando a tensão gerada sobre um corpo, provocando um grau de deformidade que uma estrutura sofre pela ação de forças sobre a mesma.

Este conceito refere-se ao fato de que “o estresse assume o significado de reação do corpo à ação de forças externas e ou internas” (SILVA; MARTINEZ; ALMEIDA, idem, p. 110). É considerado estresse qualquer estímulo capaz de eliciar um conjunto de respostas orgânicas ou comportamentais. Assim sendo, o comportamento de adaptação do indivíduo à nova situação é chamado de estresse.

Para Selye (1951 e 1976 citado por SILVA; MARTINEZ; ALMEIDA, idem) estresse é um conceito abstrato, não existe em estado puro, é muito difícil de ser definido, depende da ação da força que o produz. Explicita em 1976 que nada mais é do que tensões causadas pelo enfrentamento do organismo diante de situações perigosas.

Para Weinman (1987, citado por BOTEGA, idem), o conceito de estresse chegou a medicina por meio do estudo de reações adaptativas de um ser vivo submetido a agentes nocivos como dor, frio, fome, estados tóxicos e infecciosos. Para a Psicologia, o estresse é associado ao ato de realizar tarefas de responsabilidade, situações inesperadas e de grande expectativa. Silva, Martinez e Almeida dizem: “*Segundo Selye (1951), Huber (1980), Masci (1981) e Byrne (1985) o termo estresse é utilizado em três condições: como situação, como reação aguda e como reação a longo prazo*”(idem, p 111).

Diante disto, podemos dizer que, para pensarmos em estresse, devemos levar em conta que os estímulos do meio ambiente podem ser muito estressantes na medida que apresentam características punitivas e/ou ameaçadoras. Outro ponto importante é a intensidade, a frequência e a qualidade do estímulo que pode afetar mais ou menos a pessoa criando um conjunto de comportamentos estressantes. Nas reações agudas de estresse, os estímulos podem provocar reações orgânicas de nível motor (tensão dos músculos estriados), nível vegetativo (excitação do sistema nervoso autônomo) e nível subjetivo-cognoscitivo (que afeta a vivência subjetiva com reações emocionais como ansiedade, insegurança e pânico, atingindo a concentração e a memória).(SILVA, MARTINEZ ALMEIDA, idem).

Segundo Botega (2002) o homem apresenta reações tanto a situações ameaçadoras reais como àquelas consideradas potencialmente perigosas, reagindo tanto a condições pessoais como a ambiente inseguro criado por sistema social e econômico. “*O estresse prolongado afeta o sistema imunológico do corpo e suas defesas naturais contra infecções e outras doenças*” (*idem*, p. 48).

3.1. A diferença entre Burnout e estresse ocupacional

Os profissionais que lidam com populações especiais, tais como pessoas portadoras de doenças graves, de deficiências ou comprometimentos físicos ou mentais, que trabalham com crianças, com presos ou com populações carentes, ficam mais expostas ao aparecimento das manifestações que são hoje consideradas como indicativas de *burnout*.

Arantes e Vieira (2002) reconhecem *burnout* como uma manifestação de estresse em fase de esgotamento e comenta que um dos efeitos do *burnout* é o fato de que os trabalhadores nos serviços de saúde americanos cometem duas vezes mais suicídio, um possível resultado de seu envolvimento com a doença e a morte. Segundo as autoras, as políticas de saúde e a administração dos profissionais que trabalham em instituições são os responsáveis por grande parte do estresse nestes profissionais.

Alguns dos sinais de *burnout* são:

- grande variedade de sintomas físicos;
- diminuição de auto-estima;
- suspensão das atividades ocupacionais e extracurriculares;
- fadiga física e emocional;
- apatia;
- sentimentos de desesperança;
- sentimentos de desamparo;
- sentimentos de culpa;
- sensação de inadequação;
- certa desilusão;
- atitudes de resignação e de indiferença;
- exaustão, cefaléias;
- insônia, dispnéia;
- humor depressivo;

- irritabilidade;
- ansiedade;
- rigidez;
- negativismo;
- ceticismo;
- desinteresse;

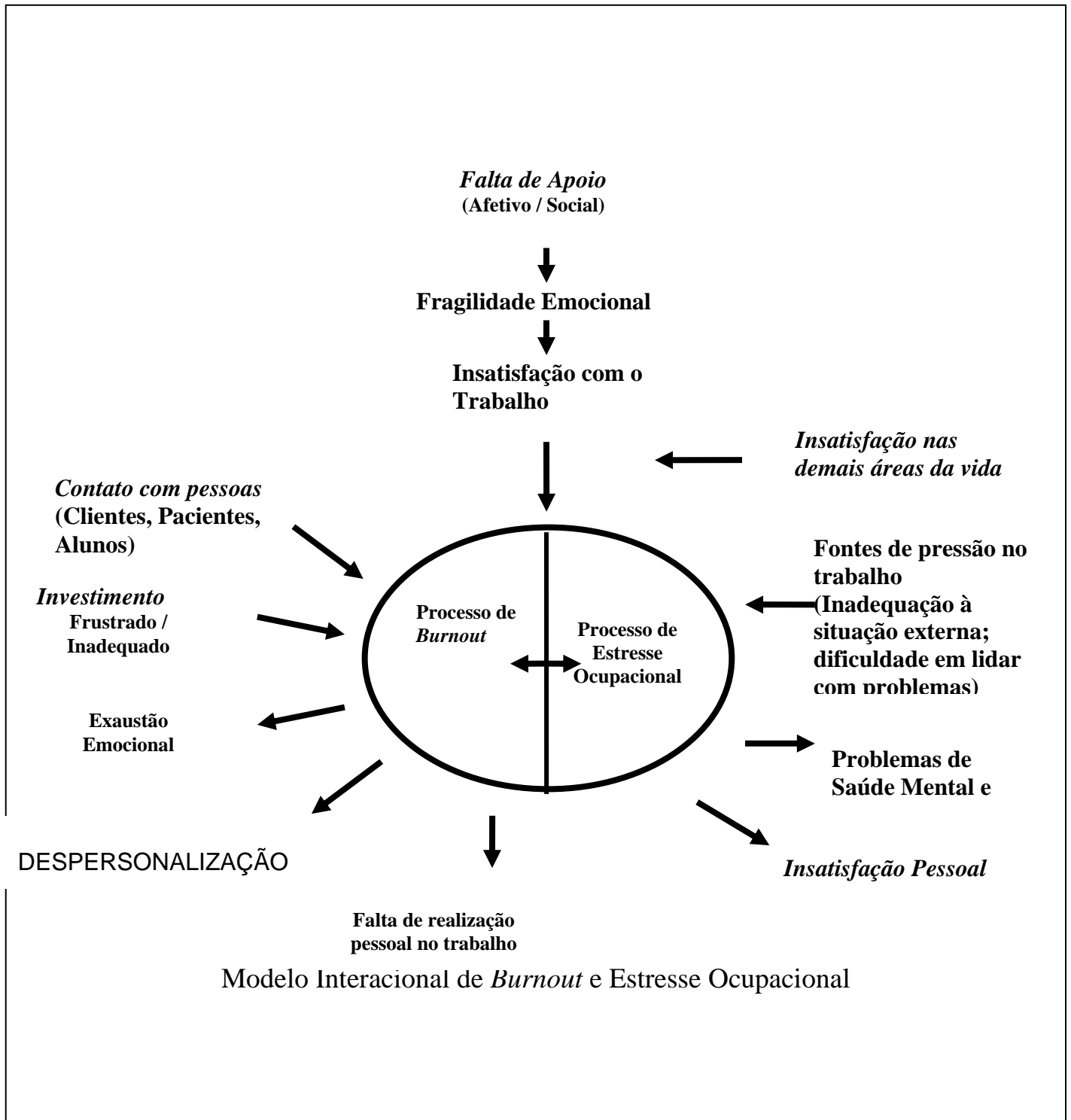
Segundo Nogueira-Martins (2002), o *burnout* apresenta sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais. Sintomas comportamentais são os mais expressivos desta síndrome e se caracterizam por comportamento evitativos frente aos pacientes, dificuldade de contato visual, atitude crítica diante de tudo, tanto em relação às pessoas e como a instituição.

Segundo Abreu (2002) e Nogueira-Martins (1991, 1994 e 2002) *burnout* não é o mesmo que estresse ocupacional é o resultado de um prolongado processo de tentativas de lidar com determinadas condições de estresse que, embora coincida com o *burnout*, não pode ser visto como seu determinante. *Burnout* não resulta só do estresse em si (que pode ser inevitável em profissões assistenciais), sem possibilidade de solução.

Assim, *burnout* não é um evento, mas sim um processo e difere do estresse ocupacional pelo fator despersonalização, apesar de compartilharem duas características, o esgotamento emocional e a escassa realização pessoal.

Não é fácil diferenciar entre *burnout* e estresse ocupacional, pois os fatores desencadeadores são muito semelhantes, no entanto o que os diferencia é a presença de despersonalização.

O quadro a seguir, ilustra de forma esquemática esta diferenciação (ABREU; STOLI *et al.*, 2002). (Ilustração 3)



Como poderíamos identificar os traços de estresse em profissionais que lidam, no dia-a-dia com a doença, a morte e o luto?

Será que não podemos prevenir o estresse com atividades extras?

4. O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O ESTRESSE

4.1. A enfermagem diante do estresse associado às perdas e ao luto

Na dinâmica do hospital, cabe ao enfermeiro acompanhar, cuidar e acolher, portanto cabe-lhe o contato íntimo e cotidiano com o paciente e seus familiares, situação esta na qual é submetido a todas as pressões e tensões. Em muitas ocasiões, o enfermeiro situa-se entre o doente e o médico vivendo muitas momentos difíceis entre os dois pólos de pressões. (PITTA, 1999).

O trabalho com pacientes, fora e dentro das instituições, pode desencadear sentimentos fortes naqueles que cuidam. Assim, podem aparecer sentimentos considerados como positivos e desejados, como piedade, compaixão e amor, como também sentimentos de conflito, culpa, ansiedade, ódio e ressentimento. O profissional tem muito pouco espaço para tratar destes sentimentos fora das suas casas. Isto acontece devido ao acúmulo de responsabilidades que recaem sobre os médicos e enfermeiros no exercício da tarefa de prover cuidados contínuos aos pacientes (PITTA, idem).

Sabemos que dentro da instituição existe falta de condições de troca (reflexões) entre os colegas. O profissional muitas vezes é tocado nos seus sentimentos pelo vínculo que nutre com o paciente e fica impossibilitado de refletir sobre os sentimentos que emergem; além do mais, muitas vezes, estes sentimentos gerados pela dor e história de cada paciente se acumulam com situações de sua vida pessoal, dificultando mais ainda a elaboração do profissional. Infelizmente, a sobrecarga de atividades e o número reduzido de pessoal impossibilitam um espaço de reflexões e ajuda para trabalhar sentimentos muitas vezes tão contraditórios.

De outro lado, os familiares, bem como os doentes, nutrem sentimentos complicados a respeito das relações com o hospital e muitos desses sentimentos são direcionados aos enfermeiros que os atendem, criando angústias e confusão nos mesmos (1971, MENZIES, citado por PITTA, idem).

Muitos desses fenômenos psíquicos são projetados de forma inconsciente, dificultando ao profissional administrá-los de forma adequada. Daí a necessidade da existência de sistemas que ofereçam cuidados psicológicos aos cuidadores para ajudá-los a perceber os sentimentos, bem como refletir quais seriam as intervenções apropriadas para essas situações. É evidente

que frente a essas situações, muitos dos profissionais, dependendo da estrutura de sua personalidade, desenvolvam sistemas de defesa para melhor lidar com seu mundo emocional.

Pitta (1999) enumera quatro defesas usadas pelo profissional:

1 - Fragmentação da relação profissional e paciente: quanto mais íntimo for o relacionamento, mais o técnico estará propício a experimentar angústia, portanto vale qualquer iniciativa na direção de parcelar as tarefas, para reduzir os tempos de contato do técnico com o doente. Essa fragmentação ocorre na medida que o profissional que não trabalha o seu próprio luto, possa estar protegido, criando uma situação evitativa entre ele e o doente.

2 - Despersonalização e negação sobre a importância do indivíduo: Todos os pacientes são iguais não há uma diferenciação no registro afetivo sobre os pacientes que são atendidos. A idéia de que todos os pacientes são iguais é enganosa, pois não se leva em conta a empatia do profissional com o cliente, como o paciente tocar em sua história de vida e no momento em que está vivendo. *“Existe uma ética implícita de que todos devam ser tratados de igual maneira e que não existem doentes ou doenças que se individualizem e personifiquem”* (PITTA, *idem*, p. 66). Apesar disto sabe-se que o registro afetivo é diferenciado, na medida que a relação empática se estabelece entre as pessoas.

3 - Distanciamento e negação de sentimentos: Os sentimentos devem ser controlados, o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas, formando uma necessária couraça. A atitude de frieza que se instala na atitude do profissional serve de proteção para não haver envolvimento do profissional com o cliente atendido.

4 - Tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas. A procura de rotinas e padronização de condutas são utilizadas com a intenção de criar um ritual de procedimentos de proteção ao profissional.

5 - Redução do peso da responsabilidade: O sistema de enfermagem utiliza como estratégia o parcelamento e a fragmentação de tarefas diante do cuidado aos doentes como uma possibilidade de reduzir as angústias causadas pela responsabilidade e tomada de decisões impostas pelo serviço hospitalar. O trabalho é organizado de maneira que exista uma linha de definições de funções e uma distribuição de poderes para diluir e criar soluções quanto a projeções e fugas de quaisquer descuido e imperícia

“As enfermeiras, enquanto subordinadas, tendem a se sentir muito dependentes de suas superiores sobre quem elas investem psicologicamente através da projeção” (1970, MENZIES, citado por PITTA, *idem*).

Podemos perceber que este esquema de organização cria um peso psicológico sobre as superiores e um clima de receio de tomar qualquer decisão para os demais funcionários.

O que isto tem a ver com o estresse?

Para Pitta (1999) estes recursos diminuem o desgaste do profissional, mas mesmo assim não anulam totalmente o estresse. Como a natureza deste trabalho está ligada em atender a dor, o sofrimento e a morte isto interfere na produção de sintomas psíquicos. Além do mais é considerado uma tarefa insalubre e perigosa promovendo alguns problemas de saúde e alimentando a situação de estresse.

4.2. A morte na UTI como fator de estresse

Segundo Meneses (2002) é na UTI que se desenvolvem recursos da Medicina Intensiva, cuja característica principal é cuidar do doente cuja condição fisiológica se intensifica ou se deteriora. O paciente da UTI e os procedimentos da terapia intensiva geram diversos fatores potencialmente estressantes no profissional que está exposto a esta situação.



Ilustração 4 – O médico e a morte.

O cuidar dos doentes gravemente comprometidos e lidar com a morte não são os únicos elementos que provocam o estresse para estes profissionais, como podemos ver neste quadro organizado por Zimmermann e Bertuol, (2002):

Estressores numa equipe de UTI

Médicos
Privação do sono.
Sobrecarga de trabalho.
Longos períodos de trabalho ininterruptos.
Cuidados em função de alta tecnologia.
Lidar com a morte.
Lidar com pacientes crônicos/severamente doentes.
Sentir-se responsável pela família do paciente.
Ser exposto a doenças contagiosas e /ou fatais.
Sentir-se sem capacidade ou inseguro.
Realizar procedimentos complexos e invasivos.
Ser sobrecarregado de informações.
Ter problemas financeiros.
Ansiedade sobre má prática.

Enfermeiros
Ter pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais.
Lidar com a morte.
Lidar com prolongamentos excessivo de vida.
Providenciar cuidados com alta tecnologia.
Ter horários imprevisíveis.
Estar submetidos aos distúrbios ambientais (barulhos).
Ter conflitos administrativos.

De outro lado o ato de viver e morrer faz parte da vivência do homem na relação com o mundo, mas traz consigo situações de perda, dores e sentimentos que estão fora do nosso controle. Diante disto podemos dizer que essa escolha do profissional não acontece por acaso, portanto esta pessoa deve possuir algumas características de personalidade que o encaminham para tal opção, pois cada enfrentamento com a morte afeta as atividades do cuidador no que se refere à vida afetiva emocional.

Muitas vezes o paciente internado desenvolve vínculos afetivos com a equipe, de maneira que a relação se amplia de profissional para pessoal fazendo com que a luta pela vida seja batalhada e desejada.

Bromberg nos fala “*que a chave para aprender a lidar com a morte está em saber como lidar com a vida, uma vez que a morte é parte inextricável da vida*” [a morte do outro nos faz lembrar que] “*somos todos mortais*” (1997, p. 5).

Considerando como princípio importante para a formação do profissional a necessidade do mesmo ter como tarefa de vida discriminar e elaborar suas perdas pessoais, Bromberg (idem) nos sugere grupos que tenham como objetivo compartilhar os momentos difíceis com a equipe de maneira que ao circular a dor da perda, possa também evitar o estresse.

O que poderia desenvolver como mediação qualitativa junto a estes profissionais promovendo o seu poder criativo?

Como a arteterapia pode ajudar a reduzir o estresse do profissional de saúde?

5. PESQUISA: OBJETIVO E MÉTODO

5.1. Objetivo da Pesquisa

O objetivo desta pesquisa é investigar o que os profissionais de UTI revelam sobre as contribuições que o processo da arteterapia oferece para o profissional que vive o estresse frente à morte de seus pacientes. Como lidar com as condições que geram estresse? Em que medida a arteterapia utilizando a criação reverte a situação de estresse?

5.2. Método

Minha escolha pela pesquisa qualitativa deve-se ao fato de que optei por estudar a mediação da arteterapia cuidando dos profissionais de UTI e acolhendo os seus sentimentos frente à morte, ou seja, foi determinada pela escolha do problema de estudo.

De outro lado as pesquisas qualitativas voltam-se para a compreensão do significado natural de eventos, ações e interações em diversos contextos, tanto do ponto de vista do sujeito como buscando uma compreensão global do fenômeno, mediante o estudo intenso e profundo de um pequeno grupo. Além disso, a análise qualitativa busca os significados como:

- Análise de sentido do que o sujeito expressa por símbolos verbais e não verbais.
- Busca de significados de cada evento.
- Aprofundamento dos significados de um pequeno grupo.

Guba e Lincoln (1994) afirmam que a pesquisa qualitativa consegue fornecer informações a respeito da associação entre o dado e o contexto em que está inserido, e que, além disso, propicia boa compreensão dos comportamentos humanos. Este método valoriza os significados e intenções dos participantes favorecendo o entendimento do que ocorre por trás do fenômeno.

Segundo Aguiar (2001), Vigotski, em 1934, já comentava a importância de se aprenderem os processos internos, alertando a necessidade de meios especiais de análise científica que atinja a complexidade dos fenômenos, de modo que substituísse a análise do objeto pela análise do processo.

Rey afirma que *“a pesquisa qualitativa assume os princípios da Epistemologia Qualitativa e se caracteriza pelo seu caráter construtivo- interpretativo, dialógico e pela sua atenção ao estudo de casos singulares ”* (2001, p. 12)

Diante disto, podemos salientar os pontos importantes a serem considerados: “*A teoria acompanha todo o processo de pesquisa, sendo a real teia de fundo da pesquisa*” (REY, 2001 p. 12).

Portanto podemos dizer que a teoria funciona como pano de fundo para o processo de pesquisa, tanto no nível individual como social, e assim sendo embasa cada etapa da mesma. A construção teórica segue passo a passo o trabalho do pesquisador enquanto que a cultura empírica gera uma dicotomia entre coleta e interpretação dos dados.

O diálogo é um espaço essencial na pesquisa. Os processos subjetivos de cada participante podem ser observados na medida que cada um manifesta-se individualmente, expressando-se por meio de suas próprias construções. (REY, idem).

Na pesquisa qualitativa é fundamental a dinâmica do grupo possibilitando uma participação dos integrantes, que nessas trocas muito se enriquecem, tanto nas relações com o pesquisador como com os outros participantes. Nesta forma de pesquisa dá-se maior ênfase à construção do que à descrição, à dinâmica do que aos fatos isolados, ao mesmo tempo que o pesquisador deve funcionar como facilitador promovendo a intensificação desta dinâmica.

Devido a isto, Rey (idem) conceitua o papel do pesquisador, dando a ele grande importância, pois deve participar, provocar, conversar para manter vivo o diálogo, de forma a introduzir novos aspectos ao objeto de pesquisa.

Assim, os instrumentos utilizados funcionam como instigadores da expressão dos sujeitos estudados, facilitando o trânsito do espaço de quem fala para outras zonas de experiência. A pesquisa qualitativa considera de importância tanto os aspectos formais da pesquisa como os elementos informais que surgem no processo de obtenção dos dados. É um processo no qual a construção teórica e a investigação do pesquisador caminham paralelamente, sendo que o gerador de idéias e a construção do pesquisador são centrais e podem estar presentes em qualquer momento da pesquisa.

A análise de dados seguirá as diretrizes da fenomenologia como também a maneira de interferência do pesquisador nos grupos. Segundo Ciornai (2004), o fenômeno, para Husserl, não é a realidade em si, mas aquilo que se manifesta e que é captado pelos nossos sentidos ou nossa consciência.

“*O método fenomenológico propõe caminhos para a compreensão, visando respeitar a complexidade do real e encontrar o sentido dentro do próprio fenômeno*” (1978/1986, AUGRAS, p. 16 citado por CIORNAI, idem, p. 38).

A maneira como foi conduzida a pesquisa levou em conta a importância do que está acontecendo no momento presente, os dados trazidos pelo experimento e o que cada pessoa como componente do grupo refletiu a partir da produção.

Para Augras (1986), o método fenomenológico pode atender a nossos requisitos como o reconhecimento da intersubjetividade e os meios de elaboração de uma compreensão objetiva.

O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas sim o significado que transparece na interseção de minhas experiências e das experiências alheias, pela engrenagem de umas com as outras e portanto inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que chegam à unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência alheia na minha. (MERLEAU-PONTY citado por AUGRAS, idem, p. 15).

Neste trabalho foi muito importante o fenômeno que acontecia por meio da dinâmica do grupo na qual se definiam as semelhanças e diferenças de posições dos participantes.

O plano de intervenção constituiu-se das seguintes etapas:

- -Encontro com um grupo de profissionais explicitando o objetivo da pesquisa, a frequência que ocorrerão os encontros e como é o trabalho em arteterapia.
- -Encontro individual com cada membro do grupo, por meio da arteterapia, com o objetivo de conhecer um pouco da história de cada participante.
- Sessões com o grupo a partir das necessidades do mesmo possibilitando o diálogo com as angústias frente a morte de seus clientes internados na UTI.
- Análise do material plástico e das verbalizações correspondentes.
- Reflexão teórica em torno do conteúdo avaliado.

5.2.1. Aplicação da pesquisa

Local: Foi escolhido o Hospital São Paulo, hospital-escola da rede pública, onde as chefias mostraram-se disponíveis para que fosse desenvolvido um trabalho de humanização.

Contatos iniciais com o hospital: Meu primeiro contato foi com a chefia de fisioterapia da UTI que me apresentou às chefias médica e de enfermagem. O projeto de pesquisa foi, então, encaminhado, para essas autoridades que o aprovaram para ser aplicado no setor de UTI do hospital. Este projeto recebeu o aval do comitê de ética de pesquisa da PUC/SP. (Anexo A).

5.2.2. Critérios para a escolha dos participantes

A escolha dos participantes foi feita, inicialmente, pela indicação das chefias tanto de fisioterapia como de enfermagem para que as pessoas interessadas em participar do trabalho se encontrassem comigo, em grupo, num horário marcado antecipadamente. Um critério recomendado por esta pesquisadora foi que não poderiam estar vivenciando o luto de pessoa próxima, pois aí não se envolveriam com a questão do luto de forma particular, mas sim como profissionais.

Notou-se que os participantes, à medida que iam se apropriando da proposta de trabalho, puderam decidir se queriam permanecer ou não no trabalho, uma vez que tinham essa escolha. Muitos dos participantes iniciais, ao perceberem que teriam que participar durante dez encontros consecutivos, justificaram sua não participação, dizendo que não poderiam sair do setor de trabalho.

No primeiro encontro foi explicado o procedimento da pesquisa, apresentado o Termo de Consentimento Informado (Anexo B) que foi lido e assinado pelas pessoas que concordavam em participar dos encontros. A permissão incluiu gravar, fotografar e filmar os encontros.

Este primeiro encontro, com um grupo de 12 pessoas, teve o objetivo de conhecer os valores e expectativas dos participantes, assim como explicar o que seria o trabalho de arteterapia. Foi feito de forma grupal e para isso foi pedido que cada participante fizesse uma colagem representando os valores e expectativas que depositavam nos encontros de arteterapia. Nem todos os participantes que acabaram por permanecer no processo da pesquisa estiveram presentes neste primeiro encontro seletivo. Dentre os participantes somente Paula e José estiveram presentes.

Para o segundo encontro que se constituía de uma entrevista individual, cada participante marcou um horário, mas nem todos do grupo inicial compareceram, justificando impossibilidade de sair de seu serviço para a entrevista, mesmo sendo oferecidos outros dias e horários. Neste encontro foi proposto um desenho, “Exercício da Roseira”⁶ (STEVENS citado por OAKLANDER, 1980) e cada pessoa falou a respeito do seu desenho e de sua história

⁶ O “Exercício da Roseira” foi utilizado com o objetivo de conhecer a história dos participantes e como recurso para a seleção dos mesmos. A partir de exercícios de respiração é proposto que se faça uma visualização que é dirigida por estimulação verbal do terapeuta; em seguida pede-se que se desenhe a roseira visualizada. Cada participante relata o que quis expressar relacionado com toda e qualquer informação pessoal de sua história pessoal.

peçoal. Este exercício foi aplicado com o objetivo de que a partir da atividade as pessoas contassem a sua história e pudéssemos conhecer um pouco de cada sujeito.

A partir desses dois encontros as pessoas se posicionaram quanto a sua participação no grupo de pesquisa e o grupo passou a ser composto por cinco elementos. A desistência de alguns participantes deveu-se a não disponibilidade de tempo e para outros a não disponibilidade emocional de participar do processo.

5.2.3. Participantes da Pesquisa⁷

Paula

Paula tem 20 anos, 2º grau completo e curso técnico de enfermagem, do que participou durante dois anos após ter completado o colegial. Trabalha na UTI como técnica de enfermagem há cinco meses. As demais experiências profissionais nos setores de maternidade e cardiologia foram vividas por Paula como estagiária.

José

José tem 42 anos, fez sua formação de técnico de enfermagem no Hospital 9 de Julho. Vem atuando na UTI de adultos do Hospital S. Paulo. Tem outras experiências em diferentes hospitais da Capital.

Regina

Regina tem 26 anos, é formada em Fisioterapia pela Universidade de Mogi das Cruzes (1997). Vem atuando em UTI desde 1998 em diferentes hospitais da cidade de S. Paulo.

Kelly

Kelly tem 34 anos, formada em fisioterapia na Faculdade Integradas de Guarulhos 96. Trabalha em UTI desde 1997, sendo que esteve na UTI pediátrica e neonatal, atua na UTI de adultos.

⁷ Os nomes aqui apresentados não correspondem ao nome verdadeiro dos participantes.

Patrícia

Patrícia tem 20 anos, está cursando enfermagem no hospital S. Paulo. Esse é seu único emprego.

5.3. Procedimento de Pesquisa

Foi feito estudo clínico com este grupo de profissionais de UTI, que se dispunha a viver um processo de intervenção arteterapêutica. O grupo foi composto inicialmente de cinco elementos (duas fisioterapeutas e três auxiliares de enfermagem) que se prontificaram a participar desses encontros para dialogar, por meio da arteterapia, com questões associadas ao estresse e a tensão vividos no contato com os pacientes em sofrimento e da morte. Para proceder a coleta de dados, as sessões foram gravadas em áudio e transcritas.

Os trabalhos produzidos nas oficinas foram entendidos tendo como linha mestra a leitura da forma isto é do desenho e do significado emocional para cada participante frente a sua produção criativa. Em cada encontro os trabalhos foram investigados por meio de verbalização para clarificar assim a compreensão da mensagem que cada participante quis transmitir por meio da sua produção plástica.

Nessas oficinas foram utilizadas estratégias corporais e artísticas, com a participação de um grupo de cinco elementos que tomaram parte de dez encontros, durante um período de dois a três meses. Quatro dos cinco elementos mantiveram-se durante todo o processo, pois a quinta pessoa ao ser transferida para outro setor, afastou-se do atendimento arteterapêutico.

Para documentação do material coletado, cada trabalho plástico foi registrado em fotografia e filme.

5.3.1. Objetivo dos cada encontro

O objetivo de cada encontros era de usar a arteterapia para elaborar e comunicar os sentimentos vividos pelo grupo naquela semana, dando ênfase às situações de perdas e dor ocorridas no período.

5.3.2. Experimentos utilizados⁸

As sessões ocorriam em uma sala usada para reuniões da equipe. Foram aproximadamente dez sessões que duravam uma hora e meia. Todas as sessões transcorriam de acordo com um ritual cuja seqüência passamos a descrever:

- Compartilhar: Ao chegarem conversávamos de como havia transcorrido a semana, como os temas discutidos no encontro anterior haviam sido processados no decorrer desse período.
- Corporeidade: Nesse momento era desenvolvida uma experiência corporal que podia variar entre os seguintes trabalhos: respiração, relaxamento, auto massagem com objetos intermediários, meditação, técnica tibetana “*kum nye*”, toques sutis e expressão corporal.
- Visualização: Os participantes criavam imagens associadas aos sentimentos vividos frente a cura, a morte, aos sofrimentos que vinham assistindo durante essa semana. Algumas vezes esses temas eram substituídos por questões trazida no início do encontro.
- Construção Artística: Com materiais variados de pintura e desenho sobre um suporte de diferentes papéis construía sua imagem individualmente, em duplas ou mesmo juntamente com o grupo todo.
- Partilha: Cada participante relatava o que havia construído e fazia a leitura da simbologia usada no trabalho. Nesse momento os colegas de grupo também participavam fazendo suas próprias reflexões e promovendo uma troca entre os elementos do grupo.

5.3.3. Análise de Indicadores

As sessões gravadas e transcritas foram trabalhadas de acordo com o tratamento metodológico criado por Giorgi (1985, citado por SZYMANSKI, ALMEIDA e PRANDINI, 2002).

A análise foi executada em várias etapas:

⁸ A finalidade do experimento é poder mobilizar uma ação expressiva fazendo emergir novos conteúdos. (CIORNAI 2004).

Na primeira, toma-se a fala dos participantes que são colocadas numa tabela para melhor visualização das situações vividas. Nessa etapa ao se organizar as falas, o pesquisador relembra a dinâmica do grupo e de cada participante.

Na segunda, os indicadores passam por um processo de reflexão, que é um procedimento de caracterização dos elementos constitutivos do fenômeno, isto é por em evidência os significados que estamos estudando. Neste passo se dá a seleção de itens emergentes da primeira descrição que são chamadas como unidades de significado, nas quais aglutinamos os conteúdos.

Na terceira, as descrições feitas expressam múltiplas mensagens e há necessidade de extrair do fenômeno os conteúdos psicológicos que estamos investigando. Muitas vezes esses conteúdos estavam expressos na descrição ou no significado psicológico da produção artística.

Na quarta, sintetiza-se as unidades significativas transformadas ou integra-se as unidades numa descrição consistente que chamaremos de núcleos. A partir desta última etapa emergem os temas que vamos analisar em seguida.

Foi feito este tratamento a todos os dados das dez sessões vivenciadas pelo grupo de participantes, mas somente apresentaremos uma tabela, com intuito de exemplificar o procedimento, demonstrando a construção dos núcleos de significação.

TABELA DA SESSÃO DO DIA 19-02-04

TEXTO	UNIDADE DE SIGNIFICADO	EXTRAPOLAÇÃO	NÚCLEOS DE SENTIDOS
P. Eu percebo que eu mudei parece que antes eu não ligava quando morria alguém, parece que não sentia nada, mas agora eu sinto até penso um pouco na pessoa e na família. É diferente, não é que eu fique angustiada mas eu me percebo sentindo a morte das pessoas, as vezes penso na família, não chega a me atrapalhar ou me deixar angustiada por muito tempo.	<p>Eu percebo que eu mudei parece que antes eu não ligava quando morria alguém, parece que não sentia nada.</p> <p>Agora é diferente, não é que eu fique angustiada, mas eu me percebo sentindo a morte das pessoas e penso na família.</p> <p>Não chega a atrapalhar ou me deixar angustiada por muito tempo.</p>	<p>Mostrar-se insensível à morte.</p> <p>Diferença de sentimento diante da morte.</p>	Relação entre sensibilidade e insensibilidade diante da morte.
...aquela mão que você desenhou e a forma quadrada neste trabalho...as cores correspondem as cores usadas em outros desenhos de forma muito suave.	<p>Você desenhou a mão e o quadrado em vários desenhos.</p> <p>As cores também são usadas em vários desenhos.</p>	Identificação dos símbolos em diferentes trabalhos.	Identificação de símbolos e cores em diferentes trabalhos.
K. não sei porque sempre uso fogo, todos os desenhos tem fogo. Quando virou o desenho aquilo que inicialmente eu tinha visto como fogo passou a ser raízes saindo da terra.	<p>Em todos os desenhos uso o fogo.</p> <p>Não entendo o porque.</p> <p>Quando virou o desenho aquilo que parecia ser fogo passou a ser raízes saindo da terra.</p>	<p>Constatação do uso de um símbolo em vários desenhos.</p> <p>Constatação de que ao mudar a posição modifica a imagem percebida.</p>	<p>Constatação do uso de um símbolo em vários desenhos.</p> <p>Constatação de que ao mudar a posição modifica a imagem percebida.</p>
Fogo eu acho que sou muita brava quando vejo que as pessoas não fazem as coisas certas, acabo fazendo	<p>Eu acho que sou brava quando vejo o que não foi bem feito.</p> <p>Corrijo aquilo que</p>	<p>Representação do fato de ser brava com o fogo.</p> <p>Relação entre ficar brava e perceber o</p>	<p>Representação do fato de ser brava com o fogo.</p> <p>Relação entre ficar brava e perceber o</p>

certo aquilo que as pessoas não fazem.	percebo não estar sendo feito de forma correta	que não foi bem feito. Corrigir o que acha que não está sendo bem feito.	que não foi bem feito. Refazer trabalhos que estavam mal feitos.
A gente trabalha num lugar de transformação.	Reconhecimento de que é um lugar de transformação.	Reconhecimento de que é um lugar de transformação.	Relação entre UTI e local de transformação.
Parece que mexi muito no trabalho dele eu não consigo não mexer naquilo que não acho que está certo.	Mexi muito no trabalho dele. Não consigo não mexer naquilo que não acho certo.	Mexo onde acho que não está certo.	Relação entre Interferência e conceito do que é certo.
Eu mudei muito eu percebia a morte como uma coisa terrível, mas agora sinto a dor mas não fico tão triste.	Mudança de comportamento. Morte como coisa terrível. Sinto a dor mas parece menos triste.	Mudança do conceito de morte: fato terrível para menos triste.	Mudança da concepção de morte.
Aquele paciente que eu falei que deixava a gente fazer tudo direitinho morreu e o que não deixava a gente cuidar dele saiu da UTI.	Aquele paciente que eu falei que deixava fazer tudo, morreu. O que não deixava a gente cuidar saiu da UTI.	Relação entre morte e restabelecimento.	Relação entre morte e restabelecimento.
Neste sol daqui as montanhas com o sol. Não consigo ver no desenho coisas muito comuns. Representei em vários lugares o sol como forma de sair curado.	As montanhas com o sol. Não consigo ver muitas coisas comuns. Representei em vários lugares o sol como forma de sair curado.	Representação de sair curado pelo símbolo solar. Dificuldade de perceber as incidências do mesmo símbolo.	Representação de sair curado pelo símbolo solar. Dificuldade de perceber a repetição do mesmo símbolo.
J. Eu acho o meu trabalho muito forte. Parece que não mudou muito. Eu uso muito o preto porque gosto do preto e também da noite. Perceba como o	Eu acho meu trabalho muito forte. Uso muito o preto porque gosto do preto e da noite. Parece que não mudou muito. Perceba que o trabalho que no início	Reconhecimento de produzir um trabalho forte com uso freqüente do preto. Dificuldade de perceber o mesmo símbolo. Percepção do	Reconhecimento de que o trabalho é forte e a utilização freqüente do preto. Dificuldade de percepção quanto a freqüência símbolos.

trabalho que no início estava confuso foi a cada vez mais deixando mais claro, as figuras mais definidas, usando cores menos saturadas e espaços brancos.	estava confuso. Foi ficando mais claro, mais definido, usando cores menos saturadas e espaços brancos.	trabalho quanto a: Confusão das imagens. Maior clareza Cores menos saturadas. Espaços vazios.	Evolução do desenho de confuso para mais definido. Diferenciação perceptiva dos desenhos a clareza da imagem, as cores usadas e os espaços vazios.
P. Eu coloquei no centro a mão porque percebi que na nossa profissão, a mão é muito importante. Percebi como é importante cuidar do paciente com atenção. Isto foi uma coisa muito importante que me fez mudar do meu jeito de cuidar, pois antes eu não me importava o que a pessoa estava sentindo Só pensava em mim e no meu trabalho. Agora eu penso no outro o tempo todo.e fico muito atenta no que o paciente está sentindo.	Mão no centro porque percebi que na nossa profissão a mão é muito importante. Percebi como é importante cuidar do paciente com atenção. Isto foi importante porque fez mudar o meu jeito de cuidar. Não me importava o que a pessoa estava sentindo. Só pensava em mim e no meu trabalho. Agora eu penso no outro e fico muito atenta no que o paciente está sentindo.	Relação entre a mão e a profissão de cuidador. Importância do cuidado com o paciente dando ênfase aos seus sentimentos. Relação entre a execução de manobras de cuidado e atenção aos sentimentos do paciente.	Relação entre a mão e a profissão de cuidador. Importância do cuidado com o paciente dando ênfase aos seus sentimentos. Relação entre a execução de manobras de cuidado e atenção aos sentimentos do paciente.
Coloquei a cruz para simbolizar a morte.		Simbolizando a morte com a cruz.	Representação simbólica da morte.
De todos os meus desenhos a mão foi o símbolo mais importante porque mudou a minha maneira de enxergar pois eu vejo como nós somos importantes para os pacientes e quanto ele precisa de nós.	Mão símbolo mais importante Mudança de visão: importância do profissional e necessidade de cuidado do doente.	Representação simbólica de cuidado profissional Consciência da importância do cuidado profissional e da necessidade do paciente.	Representação simbólica de cuidado profissional Consciência da importância do cuidado profissional e da necessidade do paciente.
R. eu peguei esta barca porque ela leva para qualquer lugar e	Eu peguei esta barca porque ela leva a qualquer lugar e uma	Representação simbólica da morte, da tristeza, do	Representação simbólica da morte, da tristeza, do

<p>uma pessoa toda energizada. Eu coloquei a morte que me parece que mudei muito na forma de enfrentá-la. Fico triste mas logo consigo mudar e aceitar. O olho com lágrimas e a boca, o choro, a dor pela morte de um ente querido. As montanhas e o céu que foi dito que pareciam pessoas caminhando para a direção, e a natureza que eu gosto muito. Eu mudei muito parece que aceito um pouco a morte.</p>	<p>pessoa energizada.</p> <p>Morte que me parece que mudei muito na forma de enfrentá-la.</p> <p>Olho com lágrimas e a boca, o choro, a dor pela morte de entes queridos.</p> <p>As montanhas e o céu que foi dito que pareciam pessoas caminhando para a direção.</p> <p>A natureza que eu gosto muito.</p> <p>Mudei muito parece que aceito um pouco a morte. Fico triste mas consigo mudar.</p>	<p>caminho.</p> <p>Consciência da mudança de sentimentos diante da morte.</p>	<p>caminho.</p> <p>Consciência da mudança de sentimentos diante da morte.</p>
<p>K. Fiz uma árvore porque gosto muito da natureza. O fogo e dentro fiz uma pirâmide e uma montanha que depois eu olhando melhor parece uma silhueta de uma pessoa. A pirâmide são os sentimentos que eu tenho a minha braveza. Eu fico com muita raiva Quando vejo como as pessoas fazem as coisas, sem pensar no doente, só por preguiça.</p>	<p>Árvore porque gosto da natureza.</p> <p>O fogo e dentro uma pirâmide são os meus sentimentos que eu tenho quando estou brava.</p> <p>Uma montanha e uma silhueta de uma pessoa.</p> <p>Braveza que tenho quando vejo as pessoas fazerem as coisas sem pensar no doente, só por preguiça.</p>	<p>Representação simbólica: valores e sentimentos.</p>	<p>Representação simbólica: valores e sentimentos.</p>
<p>Antigamente eu falava que numa UTI não tem certo ou errado agora eu vou lá e faço, corrijo aquilo que eu vejo que não foi feito direito.</p>	<p>Antigamente eu falava que numa UTI não tem certo ou errado.</p> <p>Agora eu vou lá e faço, corrijo aquilo que eu vejo ou que não foi feito direito.</p>	<p>Consciência do que deve ser feito no atendimento de UTI.</p>	<p>Consciência do que deve ser feito no atendimento de UTI.</p>

Olha que interessante esta pirâmide mais parece um cristal dos conteúdos internos e vejo uma luz dentro da sua pirâmide.	Percepção da pirâmide. Esta pirâmide mais parece um cristal dos conteúdos internos e vejo uma luz dentro da pirâmide.	Percepção da pirâmide. Relação entre pirâmide e um cristal dos conteúdos internos.	Percepção do simbolismo: pirâmide. Relação entre a imagem da pirâmide e o cristal de conteúdos internos.
J. coloquei a árvore no meio e uma lua atrás da árvore. Eu fiz a noite porque gosto da noite e do escuro. Na minha casa coloco cortinas que escureçam, não gosto de luz. Estes bichinhos são corujas.	Coloquei a árvore no meio e uma lua atrás da árvore. Eu fiz a noite porque gosto da noite e do escuro. Não gosto da luz. Estes bichinhos são corujas.	Representação simbólica da árvore e da lua. Escolha da noite por gostar do escuro.	Representação simbólica da árvore e da lua. Escolha da noite por gostar do escuro.
Quanto à morte eu fico com muita dor quando as pessoas estão sofrendo muito. Vejo a morte como paz e descanso. Não gosto da gente prolongar a dor e o sofrimento.	Fico com muita dor quando as pessoas estão sofrendo muito. Vejo a morte com um descanso. Não gosto de prolongar a dor e sofrimento.	Relação entre o sofrimento do profissional e do doente. Concepção da morte. Não gosto de prolongar a dor e o sofrimento.	Relação entre o sofrimento do profissional e do doente. Concepção da morte. Não gosto de prolongar a dor e o sofrimento.
No grupo de UTI estou mais calmo, até as pessoas perceberam e comentaram o que aconteceu com você que está mais calmo. Eu fico quieto mas sei o que está me deixando ficar assim. Eu fui ajudado aqui num momento muito difícil.	Estou mais calmo As pessoas perceberam e comentaram. Fico quieto mas sei o que está me deixando assim. Eu fui ajudado aqui num momento difícil.	Mudança de atitude. As pessoas perceberam a minha mudança. Fui ajudado num momento difícil.	Consciência levando a mudança de atitude. Reconhecimento de ter sido ajudado.
O meu trabalho eu acho muito escuro não sei porque. Agora estou vendo que está mais claro.	Eu acho o meu trabalho muito escuro. Estou vendo que está mais claro.	Relação no desenho do escuro e claro.	Relação no desenho do escuro e claro.
Eu continuo o mesmo fico triste quando	Eu continuo o mesmo Fico triste quando	Relação entre tristeza do profissional e	Relação entre tristeza do profissional e

<p>vejo as pessoas sofrendo muito, mas tento cuidar o melhor possível, às vezes passo a mão na cabeça da pessoa para que ela fique mais calma. Eu sei que até o doente sedado está sentindo. Quando a morte chega é um alívio.</p>	<p>vejo as pessoas sofrendo muito. Tento cuidar o melhor possível. Às vezes passo a mão na cabeça da pessoa para que ela fique calma. Eu sei que até o doente sedado está sentindo. Quando a morte chega é um alívio.</p>	<p>sofrimento do doente.</p> <p>Cuidar o melhor possível, às vezes passo a mão na cabeça da pessoa para que ela fique calma.o doente sedado está sentindo.</p> <p>A morte é um alívio.</p>	<p>sofrimento do doente.</p> <p>Concepção de cuidado.</p> <p>Concepção de morte.</p>
--	---	--	--

A partir da montagem de tabelas de cada encontro compostas com as falas dos participantes foi feito um levantamento de temas. Os temas levantados foram agrupados em duas classes: temas de arte e temas referentes ao estresse frente à morte, perdas, dor e sofrimento.

6. GALERIA⁷

Será criado aqui um espaço de reflexão que levaremos em conta uma galeria de produções plásticas associadas aos temas levantados nas sessões de arteterapia. Estas sessões têm um cunho terapêutico sendo que o “*setting*” é devidamente cuidado quanto ao acolhimento, sigilo e respeito aos sentimentos manifestados, quanto à escolha de materiais, à luminosidade e à música apropriada.

O terapêutico é considerado aqui como o processo de aprofundamento do conhecimento de si, a partir das sensações do corpo, das elaborações artísticas e dos sentimentos que emergem frente ao ato do fazer e da imagem construída.

O primeiro tema a ser trabalhado foi o sigilo e a confiança já que estas pessoas dividiam o espaço de trabalho no dia-a-dia. Quanto a isto foi importante firmar um compromisso entre os participantes de não deixar que nenhuma informação fosse vazada para fora das sessões.

Neste capítulo nos propomos a analisar dez encontros que aconteceram no período entre o dia 5 de dezembro de 2003 e 19 de fevereiro de 2004.

Iniciarei a análise de dados com os conteúdos que denominarei de temas de arte. Esses temas referem-se à descrição do processo artístico como recurso para expressar o autoconhecimento e a elaboração de conflitos.

⁷ Este termo “Galeria para análise de dados” foi utilizado por Deolinda Florim Fabietti em sua dissertação de mestrado “Arteterapia e Envelhecimento” para o departamento de gerontologia da PUC/SP, 2004

6.1. Temas de Arte

A análise de dados sobre os temas de arte foi feita utilizando dois tipos de categorias: as categorias de simbolismo gráfico e as categorias conceituais da imagem visual.

As categorias de simbolismo gráfico foram utilizadas pela pesquisadora com o intuito de esclarecer os critérios que se referem aos simbolismos depositados pelos sujeitos ao material, à forma e à cor. São elas as seguintes: plasticidade do material, representação simbólica da forma, representação simbólica da cor.

As categorias conceituais da imagem visual são as seguintes: simplicidade, complexidade, profundidade e transparência.

6.1.1. Categorias de simbolismo gráfico

- Plasticidade do material

A técnica trabalhada pode produzir reações variadas nos sujeitos. Quando é usado um material de difícil controle o resultado é inesperado como é o caso do giz pastel e da aquarela.

Eles são materiais que possibilitam o desenvolvimento da capacidade de deixar fluir e se por um lado apresentam dificuldade de serem controlados, de outro tornam possível a reflexão de como o controle se dá no fazer artístico e, portanto pode ser transposto para a atuação do profissional de saúde.

Giz Pastel

O giz pastel é um material que exige uma habilidade especial para espalhá-lo e esfumaçá-lo. Se não for utilizado com destreza o seu manuseio pode dificultar o contorno de figuras e muitas vezes manchar o papel.

Exemplificamos com a fala de alguns dos participantes:

“Gosto do material mais firme, que fique forte. Esse, você faz e ele some, sai uma outra coisa que não era aquilo que você queria fazer. Não tem tanto controle; se você não quer que apague ele apaga. Se você quer que fique forte ele vai se desfazendo. As cores fortes que eu queria não consegui segurar aqui. Quanto mais eu passo o dedo mais vai apagando. Deu para eu exprimir um pouco do que eu estava sentindo.” (José) (Ilustração 5)

Apesar dessas características muitos sujeitos conseguiram entrar em sintonia com o material, expressando satisfação.

“Eu achei que dominei totalmente o material, eu queria esfumado e ficou, eu queria forte e ficou forte. A sensação que eu tive foi que eu consegui dominar bem o material.” (Regina)

“Do jeito que eu quis desenhar, eu desenhei. Não saía do meu controle.” (Paula) (Ilustração 6)



Ilustração 5:
Trabalho de José: pastel sobre papel vegetal.



Ilustração 6:
Trabalho de Paula: pastel sobre papel vegetal

Aquarela

Em situações de trabalho com aquarela é importante deixar a tinta correr no papel para que as formas não nasçam da nossa intenção, mas do movimento descrito pela água da aquarela.(12/02)

“Eu não controlei essa imagem, pus água e fui pondo tinta e deixei a água caminhar. Acho que foi uma coisa nova em relação a esse trabalho... deixar um pouco fluir.” (Kelly)(Ilustração 7)



Ilustração 7

Estopa

Construindo a imagem com estopa, ao modelar, puxar, colar, desfilar vai-se buscando dar forma com um material que não tem forma, mas que vai se modificando a cada gesto.

“[...] eu tentei desfazer os nós mas parecia que eu ia esticando mas não conseguia desfazê-lo.” (Paula) (Ilustração 8)



Ilustração 8

“Eu não gostei de trabalhar com a estopa porque ela não tem cor. Eu só gostei do trabalho quando eu coloquei a cor. Pela cor eu expressei meus sentimentos. Parece uma alga, que está no mar à mercê dos movimentos” (José) (Ilustração 9)



Ilustração 9

Os materiais que apresentam uma maior plasticidade possibilitam uma produção mais fluida se o elemento criador deixar-se conduzir pelos indicadores que assinalam os caminhos de atuação.

Cada materialidade abrange, de início, certas possibilidades de ação e outras tantas impossibilidades. Se as vemos como limitadoras para o curso criador, devem ser reconhecidas também como orientadoras, pois dentro das limitações, através delas, é que surgem sugestões para se prosseguir um trabalho e mesmo para se ampliá-lo em direções novas. (OSTROWER, 1989, p. 32).

- Representação Simbólica da forma

Segundo Gomes (2000), podemos definir a forma como figura ou a imagem visível do conteúdo. É ela que nos dá informações sobre a natureza da aparência externa do objeto. Quando definimos a percepção da forma temos que levar em conta dois aspectos:

- A forma como resultado de uma interação entre o objeto físico e a luz, esta agindo como transmissora da informação.
- As condições e as imagens que prevalecem no sistema nervoso daquele que observa.

Contraste.

O contraste é um elemento fundamental para a percepção da forma, pois é ele que determina as diferenças que acontecem por variações de estímulos visuais.

“Perceba que o seu trabalho que no início estava confuso, foi ficando mais claro, as figuras mais definidas usando cores menos saturadas e espaços brancos” (Kelly falando sobre os trabalhos de José) (Ilustrações 10 e 11)



Ilustração 10



Ilustração 11

Forma

A forma construída pelo pincel ou lápis vai expressando o discurso que contém idéias e sentimentos do sujeito frente ao tema trabalhado.

Alguns sujeitos deram forma ao sofrimento do doente ou da família:

“Aqui seria o período de sofrimento que seria o furacão.” (José) (Ilustração 13)



Ilustração 13

“Eu quis desenhar a família buscando conforto, tentando compreender o que aconteceu, a morte. Indo pedir para a pessoa melhorar ou... levá-la embora... porque ela está sofrendo muito.” (Paula) (Ilustração 14)



Ilustração 14

O cuidar do paciente e o pedido de ajuda aparecem sob a forma de uma mão. Tanto o trabalho gráfico como as falas que o acompanham, valorizam a mão como um elemento fundamental na relação de cuidar e de ajudar.

“[...] e a mão estendida é um pedido de socorro” (Paula)

“Eu coloquei no centro a mão e percebi que na nossa profissão a mão é muito importante. Entendi como é fundamental cuidar do paciente com atenção. Isto é uma coisa que me fez mudar o meu jeito de cuidar, pois antes eu não me importava com o que a pessoa estava sentindo. Só pensava em mim e no meu trabalho.” (Paula) (Ilustração 15)

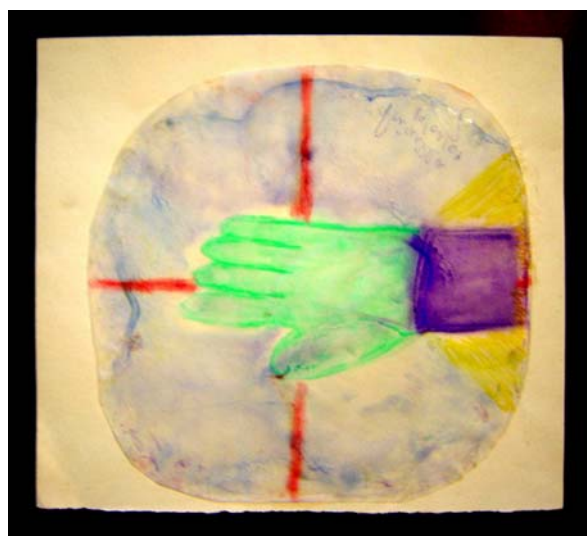


Ilustração 15

A imagem visual pode representar a solidão em que os pacientes vivem na internação da UTI.

“No desenho de montanhas com o sol em cima como uma bola vermelha com raios. Eu acho que os pacientes que estão na UTI ficam meio sozinhos, sabe. Uma situação de não ter ninguém, não sei, uma coisa estranha” (Regina) (Ilustração 16)



Ilustração 16

Muitos vezes, brincamos de mudar a posição do desenho. Esse movimento de rotação dado ao trabalho frente aos nossos olhos propicia a transformação da imagem e do significado promovendo um novo conhecimento.

“Quando virou o desenho aquilo que parecia ser fogo passou a ser raízes saindo da terra” (Kelly) (Ilustrações 17 e 18)



Ilustração 17



Ilustração 18

A repetição do desenho aparece para simbolizar um determinado sentimento ou situação que é vivida com certa frequência no cotidiano do profissional. Estes traços na sua constância podem determinar o comportamento de um ou vários sujeitos.

O sol como símbolo de cura ou estar curado.

“Representei em vários lugares o sol como forma de sair curado... O sol é a alegria que a gente sente... acho que é onde a gente ganha alguma coisa - isto é gratificante” (Regina)
(Ilustrações 19 e 20)

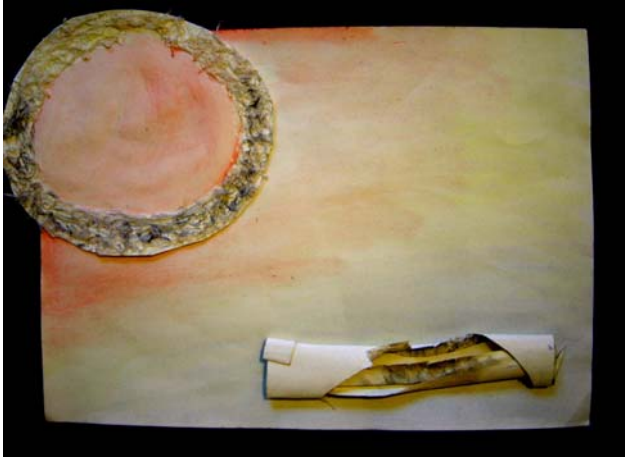


Ilustração 19



Ilustração 20

A cruz associada à morte.

“Coloquei a cruz para simbolizar a morte” (Paula) (Ilustração 21)

“Eu desenhei uma cruz ali em preto, também acho essa cor triste” (Regina)



Ilustração 21: Trabalho de Paula

O fogo representando o sentimento de raiva.

“Não sei porque uso o fogo em todos os desenhos... Toda esta raiva tem que ser aproveitada, tem que ser usada esta força, esse fogo tem que ser usado de forma produtiva...” (Kelly)
(Ilustração 22)



Ilustração 22

A árvore numa posição de realce.

“Coloquei a árvore no meio e uma lua atrás da árvore. Eu fiz a noite porque gosto da noite e do escuro. Enxergo uma árvore preta como se tivesse sido queimada...” (José) (Ilustração 23)

“A árvore parece que está querendo engolir tudo... comer tudo, destruir tudo.” (José) (Ilustração 24)



Ilustração 23

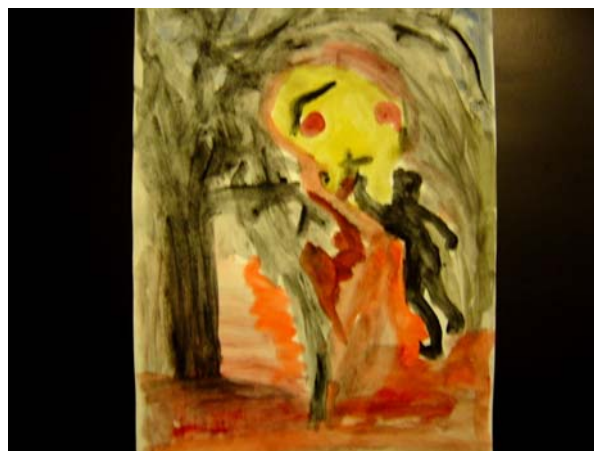


Ilustração 24

“Parece que ela quer pegar... Parece que tudo está em perigo aqui. Está fugindo, mesmo É engraçado como a árvore envolve, né.” (Kelly falando do trabalho de José)

Fiz uma árvore porque gosto muito da natureza” (Kelly) (Ilustração 25)



Ilustração 25

- **Representação Simbólica da cor**

Gomes (2000), considera que a cor é a parte mais emotiva do processo visual, sendo que ela pode ser empregada para reforçar e expressar a informação visual.

Segundo Pain & Jarreau (1996), é a cor que nos traduz a sensação de qualidade da superfície total do objeto e para que essa qualidade se manifeste na sua plenitude, é preciso, certamente, uma análise aprofundada das transformações da luz.

Conforme o jogo de cores que atua no espaço e a técnica utilizada, podemos alterar o volume do objeto e transformar uma composição, em mais ou menos equilibrada.

Sabemos que na natureza as cores têm um papel muito importante tanto na sedução como também na defesa, permitindo a repulsa frente a substâncias nocivas ou a situações de perigo diante do inimigo.

Para Gomes (2000) o uso das cores claras-escuras e quentes-frias, faz com que os objetos se pareçam mais leves ou pesados, mais amenos ou mais agressivos, dando uma expressão própria a cada objeto onde foi aplicada uma determinada cor. As cores, de acordo com a forma com que estão organizadas, podem fazer algo recuar ou avançar.

Consideramos aqui, na análise de dados, a utilização da cor associada à verbalização que explicita o significado que cada sujeito deu à cor utilizada.

Amarelo, como luz, ligado à espiritualidade.

“Tem uma força no meio que é esse amarelo, que é um espírito, e aqui, seria alguém pedindo ajuda ...” (José)

“O meu desenho é parecido com a sua luz, aqui. As pessoas, os espíritos evoluindo e uma força puxando tanto para cima como para baixo.” (José)
(Ilustração 26)

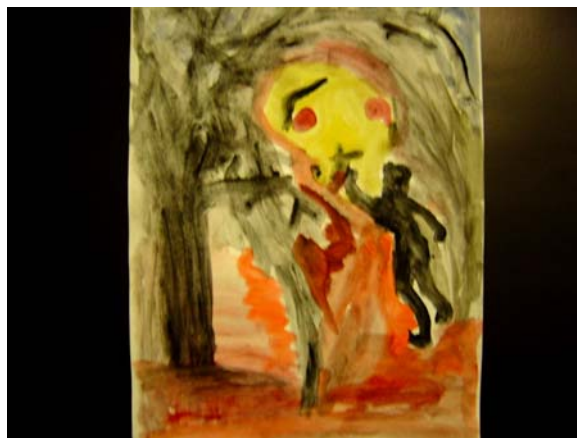


Ilustração 26

“Eu desenhei no quadrado uma luz, ele caminhando numa luz... indo para outra dimensão, eu acredito que tem alguma coisa depois...” (Paula) (Ilustração 27)



Ilustração 27

Azul associado ao restabelecimento ou à cura.

“Era uma paciente super grave... eu desenhei o vestido azul... disse que ela foi embora de vestido azul...” (Regina) (Ilustração 28)



Ilustração 28

Vermelho sendo trazido como sofrimento ou passagem espiritual.

“Coloquei esse vermelho... como a pessoa que já tivesse desencarnado para um lugar melhor.[...] “O preto é a cor do sofrimento porque a pessoa já saiu daqui em necrose...” (José)

“Esse vermelho é o sofrimento, a dor que o doente passa e a mão estendida é um pedido de socorro.” (Paula)

“Desse vermelho eu senti uma radiação, uma coisa puxando para cima, uma energia. Tudo em tom vermelho. Não é material, mas sim espiritual.(...)...esse azul de frente é uma muralha. Assim virado parece uma porta, uma entrada de um túnel.” (José)

“... o vermelho sai como caminhos na lateral da árvore... Eu coloco o caminho no lugar vermelho... as saídas são os lugares vermelhos... onde pinto o vermelho são as saídas.” (José)

“Como se a pessoa tivesse afogada totalmente em sangue e só a mão para fora chamando alguém. Pedindo socorro.” (Regina)

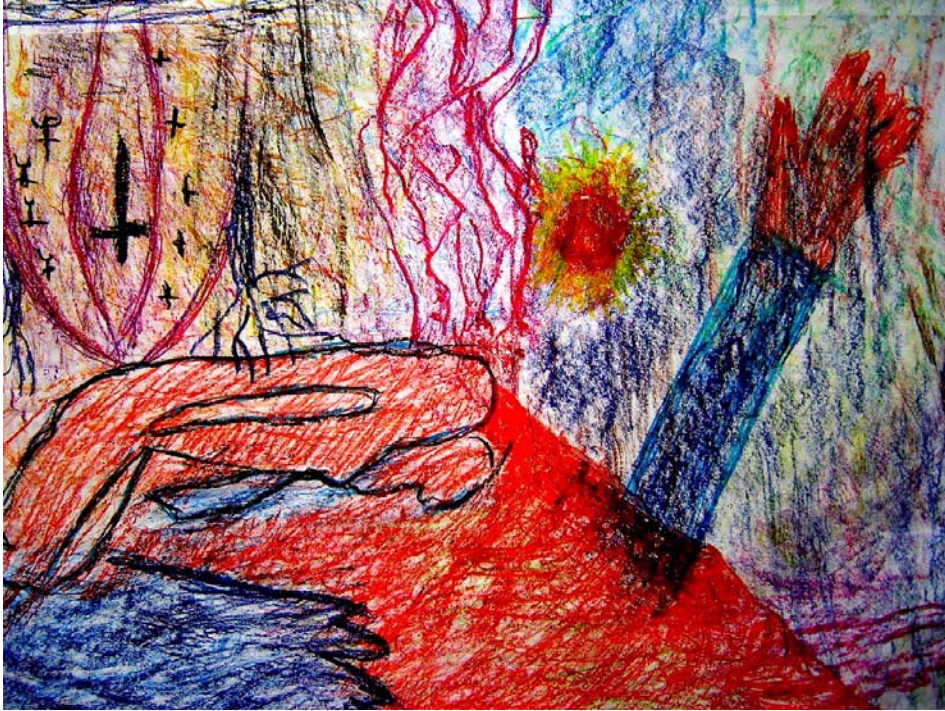


Ilustração 29: Trabalho em grupo

6.1.2. Categorias Conceituais da Imagem Visual

O grupo que inicialmente não tinha experiência com arte apresentou um processo de movimento crescente, aprimorando a cada encontro sua produção artística.

Sabe-se que Gomes (2000) para criar um sistema de leitura visual buscou embasamento científico nas leis da gestalt⁸ A partir destas leis criou-se um sistema que permitiu e favoreceu toda e qualquer articulação analítica e interpretativa da forma do objeto.

Observa-se que, segundo esse autor, frente ao resultado dos trabalhos de arte podemos considerar categorias conceituais da imagem visual, sendo que dei ênfase àquelas que melhor se ajustavam à análise do material produzido. Portanto, selecionei um critério de categorias conceituais simplificado, que exponho a seguir:

- simplicidade, complexidade, profundidade, transparência sensorial.

⁸ A Gestalt é uma escola de psicologia. Teve como precursor Von Ehrenfels, nos fins do século XIX, seguido por outros nomes como: Kohler, Koffka e outros. O movimento gestaltista atua principalmente no campo da percepção, tendo muitas contribuições para os estudos da percepção, linguagem, inteligência, aprendizagem, memória e dinâmica de grupos sociais.

- Simplicidade

Segundo Gomes (2000) a simplicidade apresenta-se na organização, mais harmoniosa e unificada. Caracteriza-se por não transmitir comunicações complicadas nem elaborações secundárias, geralmente tende a apresentar baixo número de informações ou unidades visuais.

A simplicidade se distingue por apresentar organizações formais fáceis de serem assimiladas, lidas e compreendidas rapidamente.

Trabalho de Paula: *“Eu coloquei no centro a mão, porque percebi que na nossa profissão, a mão é muito importante.”* (Ilustração 30)

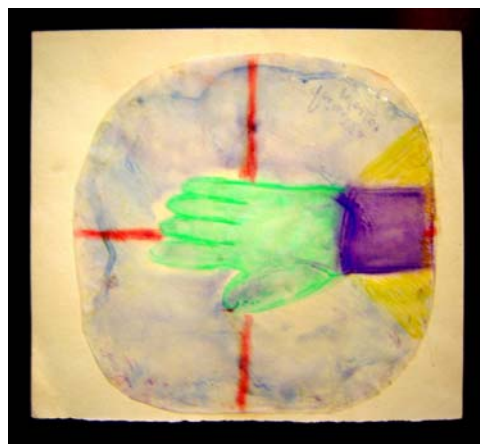


Ilustração 30

A produção artística de Paula traz, em poucos elementos, o que ela quer transmitir. Usando os símbolos escolhidos num arranjo harmônico, simples e suave.

Trabalho Regina: *“O céu aqui onde é perto do sol é mais vermelho. Eu quis dizer que ele vai do vermelho indo para o azul. O círculo foi transformando num sol.”* (Ilustração 31)

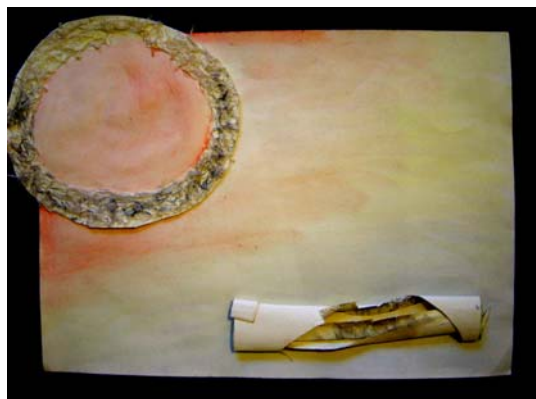


Ilustração 31

Regina apresenta o seu trabalho com polaridades claras e precisas. A sua composição mostra a relação entre duas formas diferentes que tem como interligação a cor suave da

aquarela. Apesar das formas estarem situadas em extremidades do papel compõem um conjunto harmonioso e delicado.

Trabalho de Regina “*Eu peguei esta barca porque ela leva para qualquer lugar e a pessoa energizada. Eu coloquei a morte que me parece que mudei muito na forma de enfrentá-la. Fico triste, mas logo consigo mudar e aceitar. O olho com lágrimas e a boca, o choro, a dor pela morte de um ente querido. As montanhas e o céu que foi dito que pareciam pessoas caminhando...e a natureza que eu gosto muito.*” (Ilustração 32)



Ilustração 32

No trabalho artístico, Regina utiliza diferentes quadrantes do círculo, em cada quadrante os elementos apresentam-se numa relação singela e clara com os demais que compõem esse espaço. Os desenhos simples passam uma mensagem com clareza e precisão.

- Complexidade

Para Gomes (2000), a complexidade é percebida numa complicação visual graças a presença de uma infinidade de unidades formais na composição da imagem. Esta mensagem complexa, tanto do todo como das partes dificulta a leitura rápida de um dado campo perceptivo exigindo uma observação minuciosa.

Desenho do grupo

“Uma luz que pode ser o caminho, não sei, deus. Eu via as montanhas mas quando virei vi estas três formas, três mulheres.” (Regina)

“Este corpo físico está desencarnando... para mim o espírito está saindo.” (Regina)

“A cor vermelha é o sofrimento, a dor que o doente passa e a mão estendida é um pedido de socorro.” (Paula)

“Da mão eu achei, Deus ou espírito maior puxando as pessoas do sofrimento. Aqui eu vi a morte. A morte material, só o corpo, sem o espírito.” (José)

“Aqui nas montanhas imaginei uma paisagem como algo parado que eu associo com falta de vida...” (Regina)

“Esse azul de frente é uma muralha. Assim... parece uma porta, uma entrada de um túnel.” (José)

“Assim dá idéia de movimento, uma pessoa caminhando até porque a perna está dobrada. E ali parecem as pessoas entrando no cemitério.” (Regina)



Ilustração 33: Trabalho em grupo

O trabalho feito em conjunto é composto por numerosas unidades compositivas, contribuindo para tornar a leitura visual difícil e demorada. As imagens construídas apresentam uma complementaridade entre as diferentes mensagens produzindo um resultado harmonioso. São tantas as informações num mesmo desenho que temos necessidade de colocarmos uma atenção minuciosa. Observamos vários símbolos como: a mão estendida, o sol luminoso, um túmulo com árvores, pessoas e um fundo bastante trabalhado. As figuras estão nitidamente diferenciadas como unidades visuais. O fundo bastante elaborado contribui para dar destaque e clareza às figuras.

Trabalho de José: “[...] *as pessoas, os espíritos evoluindo e uma força puxando tanto de cima como de baixo. Aqui seria o período de sofrimento que seria o furacão.*” (Ilustração 34)



Ilustração 34

O trabalho apresenta uma complexidade mas temos dificuldade de identificar as partes do todo. Talvez devido à plasticidade do material e à dificuldade do sujeito de trabalhar com o mesmo, não se obteve nitidez das imagens ou também porque as figuras se sobrepuseram entrelaçadas. Isto resultou numa composição de elementos difusos, mas graças a uma observação cuidadosa e apurada pode-se perceber as diferentes mensagens que se apresentam.

- **Profundidade**

Segundo Gomes (2000), profundidade de perspectiva é relacionada a impressões sensoriais que acompanham as percepções de profundidade ou de distância numa mesma superfície. Essa concepção se forma por meio de uma sucessão de figuras consubstanciadas em elementos como linhas, planos, volumes, cores, texturas, brilhos, sombras e outros.

Segundo Ostrower (1989) a noção de profundidade se obtém com a percepção de sobreposição de planos, que se torna mais viável quando isso ocorre com formas fechadas, tornando-se complexa, a aplicação desse conceito, com formas abertas.

Trabalho de Kelly: *“O meu vulcão explodindo, cuspidando fogo para todo lado.” “...estas coisas que pareciam que estavam pulando parecia gente, pessoas que estavam pulando. Até de lado assim, era um abismo e estavam caindo. Parecia pessoas pulando no abismo”* (Ilustrações 35 e 36)



Ilustração 35



Ilustração 36

O trabalho de construção com estopa, que inicialmente era percebido visualmente como um único plano, ao receber a introdução da cor ganha novos planos obtendo, assim, profundidade. Nesse caso a cor transformou a imagem inicial acrescentando profundidade e movimento.

O trabalho de José: *“A árvore parece que está querendo engolir tudo... e tem uma força no meio que é esse amarelo, que é um espírito, e aqui no caso seria alguém pedindo ajuda... até subindo ou se elevando.... O vermelho sai como caminhos na lateral da árvore... as saídas são os lugares vermelhos.”* (Ilustração 37)

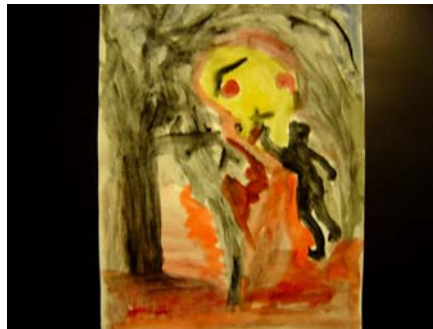


Ilustração 37

“Tem profundidade o desenho parece que a árvore está mais próxima e aqui você está vendo lá atrás e lá longe.” (Kelly falando sobre o trabalho de José)

O trabalho de José apresenta diferentes planos e cada um deles se sobressai pelas diversas cores usadas. A árvore preta situa-se no primeiro plano juntamente com a cor marrom situada na base da mesma. Num segundo plano uma figura humana em preto, e no fundo o amarelo que o autor designa como sendo *“um espírito”*. Os tons vermelho, cerâmica e marrom também aparecem nesse plano. O sujeito faz uso de diferentes dimensões por meio de sobreposições de imagens e para caracterizar melhor os espaços utiliza um jogo de cores que possibilita uma melhor percepção.

Transparência

Segundo Gomes (2000) a característica da transparência física é de permitir a visualização do objeto ou de coisas sobrepostas. O resultado mais próximo da realidade dos objetos visualizados é conseguido, por meio da arte, utilizando técnicas pictóricas tradicionais e ou computacionais, obtendo assim a transparência sensorial.

Trabalho de Kelly: *“O fogo e dentro fiz uma pirâmide e uma montanha que depois eu olhando melhor, parece uma silhueta de uma pessoa. Na pirâmide são os sentimentos que eu tenho...”*
(Ilustração 38)



Ilustração 38

A transparência na produção de Kelly está ligada à imagem da pirâmide dentro da bola de fogo. É a tentativa de construir a imagem de um objeto dentro do outro. Ela o fez produzindo um espaço de luz dentro do círculo vermelho onde delineou a figura da pirâmide, que também apresenta uma luminosidade interna. O sujeito utilizou luz e sombra para passar a idéia de transparência.

Trabalho de José: *“Coloquei a árvore no meio e uma lua atrás da árvore. Eu fiz a noite porque gosto da noite e do escuro. Esses bichinhos são corujas.”* (Ilustração 39)



Ilustração 39

A transparência conseguida no trabalho de José refere-se à luminosidade que ele projeta nas figuras que designou como animais e também na massa escura ao lado do círculo de luz. Nesta produção o jogo de luz e sombra nos dá a percepção de transparência.

6.2. Temas referentes ao estresse frente à morte, perdas, dor e sofrimento

Neste tópico vamos trabalhar com os dados que se referem aos profissionais, falando e refletindo frente o morrer e o sobreviver, como também sobre as situações de sofrimento que acompanham dentro da UTI. Considerarei alguns tópicos levantados por Zimmermann e Bertuol (2002) como estressores da equipe de UTI.

Muitos destes estressores estão representados nos trabalhos de arte como pudemos observar anteriormente na análise dos temas de arte. Entretanto, foi necessária esta separação de dados para que pudéssemos aprofundar a análise das duas linguagens: plástica e verbal. Utilizaremos esses estressores como categorias para analisar as falas dos sujeitos da pesquisa a considerar:

- ter pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais;
- lidar com a morte;
- lidar com prolongamento excessivo de vida;
- providenciar cuidados com alta tecnologia;
- realizar procedimentos complexos e invasivos;
- estar submetido a distúrbios ambientais (barulhos);
- sentir-se responsável pela família do paciente;

- ter conflitos administrativos.

Morte e sofrimento

A morte é uma condição de tristeza para alguns, como pode, também, ser considerada para outros uma condição de alívio diante do sofrimento. Essa situação de presenciar a dor e o sofrimento de uma pessoa frente a uma moléstia mobiliza no profissional um trânsito de sentimentos que varia de tristeza e dor a alívio e distanciamento. Sabemos que, segundo Pitta (1999) o trabalho com os pacientes pode desencadear sentimentos muito fortes e difíceis de serem elaborados.

Bromberg (1997) nos fala que o grande aprendizado de lidar com a morte está em saber lidar com a vida, sendo que a morte está estreitamente ligada à vida. E ao assistir a morte de alguém, estamos nos recordando que somos mortais e os nossos entes queridos também comungam desta característica. Isto se agrava devido ao acúmulo de responsabilidades e falta de espaço de troca entre os integrantes da equipe, tornando-se como nos diz Zimmermann e Bertuol (2002) alguns dos estressores desses profissionais.

Analisaremos aqui algumas falas que exemplificam a situação de tristeza e angústia, diante da morte, e também como que esses profissionais manifestam a sua concepção de morte.

“Eu procurei mudar a minha visão de morte porque eu achava que era muito triste, sempre associava a morte com tristeza.” “Tentei mudar o meu pensamento, todo mundo vai morrer, [...] a morte é o caminho da luz.” “Eu sempre pensava : Pode ser meu pai [...] traz muito sofrimento[...].” (Regina)

(Ilustração 40)



Ilustração 40

“A maioria desencarna alguns ainda estão sofrendo” “Eu continuo o mesmo, fico triste quando vejo as pessoas sofrendo muito, mas tento cuidar melhor [...] quando a morte chega é um alívio.” (José)

“Quando eu vejo os velhinhos eu fico angustiada de pensar que os meus pais podem passar por isto. A gente muitas vezes se coloca na situação do paciente como se fosse meu pai, eu ia morrer se o visse desse jeito.” (Kelly)

“A gente viveu este fato há pouco tempo, todo mundo em cima da doente que tinha tido uma parada. A Dra reanimando a doente e a gente naquela correria procurando pegar materiais para ajudar. Eu tive um sentimento muito grande, eu senti que o meu olho ficou cheio de lágrimas.” “Eu acho a morte muito triste, é uma fase que você deixou de concretizar muita coisa, deixou família, deixou trabalho.” (Regina)

“Quanto à morte eu fico com muita dor quando as pessoas estão sofrendo muito. Vejo a morte como paz e descanso. Não gosto da gente prolongar a dor e o sofrimento.” (José)

“É muito triste acompanhar a morte dessa pessoa, a família dela toda na porta da UTI. É uma mulher jovem que tem quatro filhos. Já foi constatada a morte encefálica e já estão atrás da captação de órgãos.” (Regina)

“Pensei nestes jovens - que mais dói quando eles passam por aqui. A raiva que a gente sente, a revolta, a incompreensão de não conseguir entender porque isto está acontecendo.” (Kelly)

As intervenções que são delicadas ou a situação do doente em não aceitar que sejam feitas algumas manobras, ou prolongar o sofrimento mantendo-o vivo, são situações muito estressantes para o profissional e desencadeiam sentimentos muito fortes e muitas vezes contraditórios. Alguns desses sentimentos são considerados indesejáveis como raiva, culpa, ansiedade, conflito; outros se apresentam como desejáveis como carinho, piedade, compaixão, amor, provocando uma sobrecarga no profissional.

“Dá raiva de estar investindo [...] de ficar segurando a pessoa que já está em putrefação, isso machuca muito [...] é falta de dignidade, ninguém é Deus [...] a pessoa não tem dignidade nem para viver ou morrer [...]” (José)

“Ele gritava, ficava com o olho arregalado, a gente falava para ele se acalmar e ele não escutava, cada vez mais agitado. Eu fiquei mal, porque era hora da saída e fiquei com raiva. Foi um estresse emocional e físico.” (Regina)

“Quando a pessoa está sofrendo muito eu até sinto um alívio quando a pessoa morre. Aquela pessoa [...] ela gritava tanto, que foi um alívio para todo mundo, quando ela morreu.” (José)
“O quanto dói fazer no doente aquilo que ele não quer, mas ter que fazer a intervenção mesmo contra a sua vontade.” (José)

“Estava muito mal, mas está melhorando. Está exposto a infecção, a perna está aberta, a energia está baixa por isto fica sem defesa” (Regina)

“Lembrei da paciente que estou cuidando, em morte encefálica [...] ela está desencarnando” (José)

“Às vezes com o tempo, você já vê que não vai progredir. A pessoa não melhora, só piora, o tratamento está se tornando cada vez mais difícil.” (Regina)

“Eu tive um irmão na UTI, eu tenho horror de passar por esta situação de novo.” (Kelly)

“A paciente do leito... eu não fiquei com ela mas só entrei no leito uma ou duas vezes e senti alguma coisa forte me puxando para ela. Eu não conhecia a paciente, mas eu fiquei olhando para o olhar dela,[...] ela estava consciente, sentindo muita dor, gritando [...] mas eu fiquei com aquela empatia.” (José)

A maneira que o doente é notificado quanto à gravidade da sua doença muitas vezes choca o profissional que está acompanhando o caso despertando nele a necessidade de acolhê-lo e amenizar a sua dor, distraíndo-o com brincadeiras.

“O médico disse a ela que tinha um tumor e que não foi possível tirar tudo. Ela estava tranqüila e parecia que aceitava tudo, pois somente se teria que ficar careca. Eu aproveitei para brincar e sugeri que ela comprasse várias perucas uma de cada cor.” (José)

“Quando vejo como alguns doentes são notificados quanto à gravidade do seu caso ou estão preparados para o pior, quando sinto isto começo a conversar e brincar com o doente.” (José)

A relação com os colegas e sobrecarga de serviço

Relação com os colegas

Quanto à relação com os colegas dentro da UTI, manifestam-se comportamentos de competição, desvalorização e dificuldade de aceitação de cada um na sua maneira de ser, criando-se um clima de desconfiança, desentendimentos, mexericos e tensão entre os integrantes da equipe.

“Quanto aos colegas eu deixo falando... dando risada, fazendo chacotinha [...] porque eles estão incomodados comigo [...] ignorando [...] e fazendo o meu trabalho.” (José)

“Com os colegas é diferente, às vezes a gente está trabalhando junto e você está fazendo de um jeito e o seu colega quer fazer de outro [...] cada um trabalha de um jeito.” (Paula)

“Na hora da medicação é uma falação. Fala-se mal dos outros, conta-se transa da noite anterior, é muito pesado. Eu até evito ir pegar os medicamentos junto com todo mundo.” (José)

“A fulana disse que eu estava decepcionada [...] por isto estou participando do grupo. Só para me provocar, eu fingi que nem escutei, não permiti que ela me irritasse [...] é só para me provocar.” (Regina)

Sobrecarga de trabalho

A sobrecarga de trabalho é decorrente da exigência de atuação do profissional que tanto deve apresentar disponibilidade pessoal para melhor acolher o doente como também ser preciso e cuidadoso nas intervenções de alto nível de responsabilidade.

Segundo Pitta (1999), esse fluxo contínuo de atividades muitas vezes envolve tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras exigindo do profissional um constante reajuste e adequação de estratégias defensivas para melhor execução das tarefas.

Por outro lado a poluição sonora gerada pelos diferentes aparelhos associada ao som de vozes das pessoas contribuem para formação de uma combinação desgastante.

“As pessoas que trabalham em dois lugares ficam sem paciência. O paciente sente e vê quando isto acontece. D. Cecília reclama que as pessoas são grosseiras com ela e que uma pessoa mandou calar a boca.” (Regina)

“Dois empregos não dá certo, o tempo todo a gente carrega peso, fica de pé, fica cansado, escuta os apitos dos monitores, as pessoas falando ao mesmo tempo à nossa volta. Tudo isto deixa a cabeça cansada.” (José)

Além do serviço habitual a equipe deve treinar e orientar cada novo funcionário, geralmente residentes, que não estão familiarizados com o serviço da UTI desta instituição.

“[...] agora temos uns médicos novos que não sabem nada... temos que explicar tudo... fica muito sobrecarregado.” (Regina)

O contato com as famílias

As famílias sensibilizam muito os profissionais que assistem ao seu desespero, e estes recebem toda a carga de expectativa e esperança de que os seus cuidados possam reverter o estado do doente.

Em contrapartida, os profissionais colocam-se na situação dos mesmos e sofrem pela possibilidade de que poderia ser algum dos seus familiares.

“As famílias entram, rezam, choram muito, gritam, desmaiam [...] Passei a pensar mais na família. O paciente está sofrendo, mas eu me preocupo mais com a família.” (Paula)

“A gente acaba conhecendo o irmão, a namorada, o pai, por que eles vem visitar [...] Eu prefiro atender o doente e não conhecer ninguém da família [...] a gente fica sabendo quem é. Na hora que tem uma morte geralmente eu penso na tristeza do coitado do pai [...] Quando eu fico o dia inteiro, na hora da visita, eu vou tomar café ou comer alguma coisa, só para não ficar lá” (Regina)

“Eu acho muito ruim quando os parentes colocam a foto grudada no leito, então, o paciente está entubado, nem está vendo a foto, mas a gente é que está vendo. De repente ele está ali, o pai, os filhinhos pequenos, é muito triste [...] mas a família insiste em colocar a foto não sei o porquê, acho que é para trazer o ambiente da UTI. [...] traz uma coisa ruim para a gente que está tratando do doente.” (Regina)

“A gente muitas vezes se coloca na situação do paciente como se fosse o meu pai, eu ia morrer se o visse deste jeito [...] Um amigo do meu irmão trouxe umas fotos quando ele estava na UT I(...) eu olhava o meu irmão magrelo e ele lindinho. Entrou forte mas está magrinho, será que pode ficar assim?” (Kelly)

Ter conflito administrativo

Impotência diante da instituição.

A instituição toma algumas decisões que os seus funcionários não podem optar, mas aceitar.

“Senti que da mesma maneira que eu não consegui desfazer os nós do material também não consigo fazer nada para mudar o destino da instituição...” (Paula)

Expressa o sentimento de impotência frente à instituição, falando de seu trabalho plástico:

“parece uma alga que está à mercê do mar que leva para onde quiser, depende do movimento do mar... que é o movimento do poder, da instituição e das decisões.” (José)

O medo de perdas frente às mudanças no serviço

Os funcionários ficam inseguros com as resoluções da diretoria da instituição como podemos ver na seguinte fala:

“[...] os demais vão ser mandados embora... não prestei o concurso... se resolverem empossar os aprovados haverá muitas mudanças no serviço [...] o que tiver que fazer, será... Eu não posso fazer nada, é o destino...” (Paula)

A fragilidade diante das garantias sociais para evitar a dor de perdas.

“Eu sou concursado, mas estou sentindo pressão para que eu mude de setor.” (José)

Perda da qualidade de serviço

As interferências na qualidade de serviço são muitas e a maioria das vezes torna-se difícil administrar.

“[...] as pessoas ficam mal atendidas porque tem que treinar novamente os novatos, isto já aconteceu outras vezes.” (José)

“Eu acho o mais complicado da UTI, não são as mortes... o mais triste é quando acontece uma imperícia, uma preguiça e não devia ter acontecido isto.” (Kelly)

6.3. A cura gratificante

Se considerarmos os dois lados da atuação do profissional de saúde, teremos de um lado a análise dos estressores e do outro as situações gratificantes. O nosso estudo se pauta nos fatores estressantes mas como foi revelada a importância da gratificação no exercício do cuidar, vamos salientar agora as situações que gratificam o profissional e o alimentam a continuar a sua jornada de cuidador. A cura é a situação mais importante a ser considerada, principalmente aquela do doente que esteve entre a vida e a morte e que de uma maneira inesperada começa a reagir, chegando ao restabelecimento. Segundo os participantes, isto não acontece com grande frequência pois a gravidade de cada paciente de UTI deixa pairar no ar, a incerteza da vitória da vida em relação à morte.

“Lembrei de um doente que também esteve à beira da morte, com o abdome aberto e conseguiu sair.” (Regina)

“Ele sofreu muito, ninguém dava nada por ele, saiu bem. Hoje ele vem me visitar aqui na porta. Isto é muito gratificante, porque eu achei que não ia sair [...] está bem [...] está viajando [...] ele foi passear num lugar bonito assim.” (José)

“Eu quis representar o sentimento que a gente tem quando acontece uma coisa boa, quando sai um paciente grave da UTI, e a gente não imagina que vai sair. Parece que está recebendo um tesouro [...] sente recompensado.” (Kelly) (Ilustração 41)



Ilustração 41

Dentre todas estas evidências abordadas ao longo da análise de indicadores, vamos concluir por meio das considerações finais que se seguem.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma questão básica deste estudo é que os fatores estressantes atuam nos profissionais despertando angústias, raivas, medos, insatisfações e tristezas. Esses sentimentos puderam ser canalizados a partir de encontros, onde o diálogo compartilhado e a expressão criativa funcionaram como comunicadores das situações conflitivas, como também, território de troca e elaboração das mesmas.

O processo neste trabalho foi muito profundo para todos os participantes. A todo encontro era importante se despir de todos os pré-conceitos, abrir o coração para receber os relatos de fatos delicadamente vividos e sentimentos extremamente profundos que se mobilizavam e emergiam a partir da imagem visual. A importância de cada encontro estava presente na frequência dos sujeitos, na disponibilidade com que mergulhavam nas propostas, na confiança com que abriam os seus corações e deixavam transbordar os sentimentos. A cada sessão o processo gráfico crescia. Os desenhos de iniciantes, aos poucos, foram evoluindo na sua linguagem, apresentando-se mais amadurecidos, com imagens precisas e diferenciadas, expressando com linhas e cores, sentimentos cada vez mais profundos. Era um espaço onde transitavam não só sentimentos como também reflexões a respeito de crenças de vida e morte, o ato de cuidar frente a situações de sofrimento e a partir daí, todo e qualquer sentimento que viesse à tona. Reinava no espaço um clima de confiança e respeito pela diferenças. Cada sessão era elaborada no decorrer da semana e compartilhada com os companheiros.

Nas diferentes tarefas, o gesto, como ferramenta de construção, possibilitava o desenvolvimento de habilidades de atenção, destreza, paciência. Nos experimentos os participantes percebiam suas possibilidades ou dificuldades em desfazer os seus nós (como no caso do trabalho com a estopa) frente às situações reais vividas em seu cotidiano. Ao mesmo tempo que transformavam seu trabalho com intervenções como cores ou recortes conseguiam elaborar seus conflitos.

Alguns se conscientizavam de posturas cruciais para a sua vida e sua profissão como perceber a importância de levar em conta os sentimentos do paciente durante a sua ação; colocar-se de modo distanciando frente às famílias dos pacientes, sem, contudo ficar insensível à dor; perceber a sentimento que acompanha a morte mas não relacionar com situações familiares próprias.

O profissional vivencia diversos sentimentos nas relações com o doente que variam desde nojo e repulsa até dor e compaixão. O cuidar é sujeito a situações inesperadas, pois nunca se sabe qual será o resultado de cada jornada, pois aqueles a quem estão assistindo

muitas vezes são surpreendidos com a morte ou com o restabelecimento. É muito gratificante para o profissional quando o doente consegue ultrapassar os limites do sofrimento e se restabelece. Infelizmente, na UTI, isto não acontece com grande frequência, mas cada paciente que sai com vida é uma vitória no embate com a morte.

Os nossos encontros deram a oportunidade de cada participante dividir e trocar com seus companheiros, aprendendo com outras visões e, assim tornando possível transformar a sua imagem de morte. Aos poucos já conseguiam assistir o sofrimento das famílias mostrando-se presente e não fugindo do contato.

A outra questão a que me propus a pesquisar dizia respeito às revelações destes profissionais frente a situações estressantes, nas quais pudemos observar que transitando entre os diferentes sentimentos cada um trazia as suas crenças, inquietações, críticas e reflexões. Os assuntos transitavam entre situações dolorosas e muitas vezes os participantes descreviam estados de doença, que os sensibilizavam pela condição em que o doente era mantido vivo. Nesta situação todos preferiam a morte, pois pensavam que o doente talvez estivesse numa condição mais digna.

Da morte nasce um outro tema muito explorado por todos que é o espiritual. Esse tema surge da esperança de que a finitude não seja definitiva, pois existe a crença de um caminho “*luminoso*” a ser atingido após a morte.

Outro assunto explorado é a relação entre os colegas de UTI, deixando muito a desejar quanto ao suporte que podiam esperar dos companheiros por haver equipes que se confrontavam na situação de serviço. As questões ligadas à instituição também tiveram um lugar de destaque em momentos pontuais.

Um fato que a todo encontro me encantava era a disponibilidade apresentada pelos participantes ao manusear o material artístico investindo em descobertas, desafiando limites e ousando em transformar os materiais. Em outros momentos ousavam, recortando a imagem do seu próprio desenho, interferindo com cores que não lhes eram habituais e criando assim uma nova configuração.

Alguns se referiam à competência dos profissionais, e sentiam que havia uma necessidade de que essa fosse cuidada. Percebia-se a preocupação com a eficiência do serviço e alguns, a partir dos nossos encontros buscaram um aperfeiçoamento em educação e saúde. Isto me fez concluir que cada participante do grupo pode usufruir deste processo e obteve algum proveito na sua vida profissional e pessoal.

A arteterapia pode ser uma ferramenta para o fazer terapêutico, na medida em que contribui na revelação e na elaboração dos sentimentos despertados nos profissionais de saúde no contato com os doentes.

É possível que algumas perguntas tenham sido respondidas, mas é provável que muitas outras mais possam ser formuladas. Como por exemplo, a questão de se saber em que medida a experiência em arteterapia, repercutiu nos serviços da UTI, e se este trabalho promoveu alguma ressonância na instituição a partir dos sujeitos que a experienciaram.

De todo modo o que fica como fator fundamental, é que acreditemos na necessidade de oferecer trabalhos como grupos de apoio a esse tipo de profissional. Podemos afirmar, com os resultados desta pesquisa, que a arteterapia muito auxiliou aos profissionais de saúde, pois permitiu que eles expressassem, inúmeras vezes, as suas elaborações e transformações.

Finalmente concluo que com o emprego da arteterapia nesse trabalho, lançou-se mais luz sobre os estressores que atuam nos profissionais de saúde, permitindo com isto a abertura de novos caminhos de atuação no cuidado com o cuidador.



Ilustração 42: Reconstrução. Trabalho de Regina.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, K.L.; STOLL,I.; RAMOS, L.S.; BAUMGARDT, R.A.; KRIETENSEN, C.H. Estresse Ocupacional e Síndrome de *Burnout* no Exercício Profissional da Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*. 22(2): 22-29, 2002.

AGUIAR, V.M.J.- A Pesquisa em Psicologia Socio-Histórica: Contribuições para o Debate Metodológico, In: BOCK, A.M.; GONÇALVES, M.G.; FURTADO, O. *Psicologia Socio-Histórica: uma perspectiva Crítica*. São Paulo: Cortez, 2001.

ANDRADE, L Q. *Terapias Expressivas*. São Paulo: Vetor, 2000.

ARANTES, M.A.; VIEIRA, M.J.F. *Estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ARNHEIM, R. *Arte e Percepção Visual*. São Paulo: Pioneira, 1989.

ARNHEIM, R. *Intuição e Intelecto na Arte*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

AUGRAS, M. *O Ser da Compreensão*. Petrópolis: Vozes, 1986.

BOTEGA, N.J. Reação à Doença e à Hospitalização. In: BOTEGA, N.J. (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRANDÃO, J. *Dicionário Mítico-Etimológico*. v.1. Petrópolis: Vozes, 1991.

BRANDÃO, J. *Mitologia Grega*. v.2. Petrópolis: Vozes, 1987.

BROMBERG, M.H.P.F. *A Psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Livro Pleno, 2000.

BROMBERG, M.H.P.F. O Profissional de Saúde e o Enfrentamento da Morte. *Psicologia Hospitalar*. v. 7 (1): 4-8, 1997.

CAMPBELL, J. *As transformações do mito através do tempo*. São Paulo: Cultrix, 1997.

CARVALHO, M.M.M.J. (org.). *A Arte Cura?* Campinas: Psy II, 1995.

CESAR, O. *Arte, Loucura e Sociedade*. São Paulo: USP, 1993.

CIORNAI, S. Arte – Terapia: Resgate da Criatividade na vida. In: CARVALHO, M.M.M.J. (org.). *A Arte Cura?* Campinas: Psy II, 1995.

CIORNAI, S. *Da Contracultura à menopausa*. São Paulo: Oficina de Textos, 1999.

CIORNAI, S. (org.). *Percursos em Arteterapia*. São Paulo: Summus, 2004.

ELIEZER, j. A Temporalidade na criação estética terapêutica. In: CARVALHO, M.M.J. (org.). *A Arte cura?* Campinas: Psy II, 1995.

FAGALI, E.Q. Oficinas Integradas “Musicoterapia, Arte- Terapia, Literatura”. *Revista Arte-Terapia: Reflexões. Revista do departamento de Arte-Terapia do Instituto Sedes Sapientiae* nº 2, São Paulo: [s.n.] 1997/1998.

FAGALI, E.Q.O. Encontro da Arte-Terapia com a Psicopedagogia, *Revista Arte-Terapia: Reflexões. Revista do departamento de Arte-Terapia do Instituto Sedes Sapientiae* nº 5, São Paulo: [s.n.] 2002.

FERRAZ, M.H.C.T. *Arte e loucura-limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos, 1998.

FRANCO, M.H.P. (org.). *Uma Jornada sobre o Luto*. Campinas: Livro Pleno, 2002.

GOMES, J.F. *Gestalt do Objeto*. São Paulo: Escrituras, 2000.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. Competing Paradigms in Qualitative Research. In: DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (eds) *Handbook of Qualitative Research*. London: Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 1994.

GUIMARÃES, L. *Revista Arte-Terapia: Reflexões*. Revista do Departamento de Arte-Terapia do Instituto Sedes Sapientiae, nº 5, São Paulo: [s.n.], 2002.(Reproduzida de entrevista com Selma Ciornai publicada originalmente na Revista Viva Melhor: técnicas de relaxamento e meditação. Ano I nº 5, pp.54-55).

JONES, J G. Mental Health Intervention in the Aftermath of a Mass Casualty Disaster. *Traumatology. Revista online* (1999) tradução italiana de Pezzullo, Luca (2000) Interventi di Salute Mentale in seguito a Disastro di Grave Entità. Disponível em: <<http://www.psychomedia.it/pm/grpind/social/tr-okla.htm>>

KEHENMANN, A. *Frida Kahlo - dor e paixão*. Tradução para o português de Oliveira S., (Lisboa-Portugal), Alemanha-Koln: Taschen, 1994.

MENESES, F.A. *Ruídos na UTI - ensaios*. Fortaleza: Premius, 2002.

NOGUEIRA MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BODEGA, N. J. (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NORGREN, B. Considerações sobre o Processo de Arte - Terapia, *Revista Arte-Terapia: Reflexões*. Revista do Departamento de Arte-Terapia do Instituto Sedes Sapientiae, nº1, São Paulo: [s.n.], 1995.

OAKLANDER, V. *Descobrimos Crianças*. São Paulo: Summus, 1980.

OSTROWER, F. *Universos da Arte*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PAÏN & JARREAU *Teoria e Técnica da Arte-Terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PESSOA, C. *Moralis - ensaio sobre a morte*. São Paulo: Círculo do Livro, 1997.

PHILLIPINI, A *Cartografias da Coragem – Rotas em Arte Terapia*. Rio de Janeiro: Pomar, 2000.

PITTA, A. *Hospital dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1999.

REY, F.L.G. A pesquisa e o tema da subjetividade em educação. In: *Psicologia da educação*. Revista do programa de estudos pós-graduados / PUC- S.P., v. 13. São Paulo: Educ, 2001.

RUBIN, J. A. *Arte terapia: O que é e o que não é*. Capítulo de apostila feita para uso interno do Curso de Arteterapia do Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo: [s.n.], 5 folhas [s/d] a partir de artigo original traduzido do American Journal of Art Therapy, v.21, January, 1982.

SANTOS, R.A. Fotografia: Resignificando a Própria História. *Arte-Terapia: Reflexões*, Revista do Departamento de Arte-Terapia do Instituto Sedes Sapientiae, nº 2, São Paulo: [s.n.], 1997/98.

SILVA, A.; MARTINEZ, T.; ALMEIDA, M. Associações entre Dislipidemia, Estresse, Padrão de Comportamento Coronariano Tipo A, Ansiedade e Psicodinâmica Vocal. Importância dessas Associações como Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana. In: PAIVA, L. (org.). *V Atualização em Medicina Psicossomática e Psicoterapia*. São Paulo: Lemos, 1996.

SILVEIRA, N. *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra – Tipo Editora, 1981.

SZYMANSKI, H. (org.); ALMEIDA, L.R.; PRANDINI, R. C. R. *A Entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva*. Brasília: Plano, 2002.

ZIMMERMANN P.R.; BERTUOL C.S. O Paciente na UTI. In: BOTEGA, N.J. (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

YAMAGUCHI, N. H.; MICHELINI, C. A. Medicina e a Morte. In: FRANCO, M.H.P. (org.). *Uma Jornada sobre o Luto*. Campinas: Livro Pleno, 2002.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PUCSP

Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica

Orientadora: Dra. Maria Helena Pereira Franco

Mestranda: Vera Maria Rossetti Ferretti

Parecer sobre o Projeto *Cuidando do Profissional Frente ao Luto*

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Assim, o parecer do comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 08 de dezembro de 2003.


Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCSP

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo a colaborar com uma pesquisa de mestrado que está sendo realizada pela psicóloga Vera Maria Rossetti Ferretti, sob a orientação da Prof^ª Dra Maria Helena Pereira Franco, do P.E. Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC.

- 1) O Título do projeto é” Cuidando do profissional frente ao luto”.
- 2) O objetivo desse estudo é investigar as contribuições da mediação da arteterapia com profissionais de UTI frente ao luto, diante da morte de pacientes.
- 3) Descrição dos procedimentos.
Será feito um estudo clínico de um grupo de profissionais de UTI que se disponha a viver um processo de intervenção arteterapêutica. Serão dez encontros de oficinas temáticas utilizando recursos artísticos e verbalização a respeito da imagem construída.
Não haverá nenhum desconforto ou risco nos procedimentos.
- 4) O benefício para o participante é viver momentos de relaxamento e desenvolver a sua criatividade através da mediação com arteterapia. Somente no final do estudo é que será mais possível concluirmos os benefícios do processo
- 5) Em qualquer etapa do estudo o participante terá acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a psicóloga Vera Maria Rossetti Ferretti, que pode ser encontrada na R. Alves Guimarães, 980 /apt. 65; fone: 30814558.
- 6) É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à sua continuidade na instituição.
- 7) As informações serão analisadas em conjunto com os dados dos elementos do grupo, não sendo divulgadas a identificação de cada participante.
- 8) As sessões serão gravadas, filmadas e transcritas. A produção artística e escrita será fotografada. Os dados da pesquisa serão guardados e usados confidencialmente. Nenhuma identificação pessoal será usada em qualquer relato ou publicação que possam resultar do estudo.
- 9) Não há despesas pessoais para os participantes em nenhuma fase de processo do estudo, como também não há compensação financeira pela sua participação.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Compreendo o objetivo da pesquisa, o que é esperado de mim, bem como entendo que todo o conteúdo do processo grupal e pessoal será confidencial.

Compreendo também que as verbalizações serão gravadas e o trabalho será filmado e fotografado para facilitar a elaboração posterior dos dados.

A minha participação neste estudo é voluntária. Eu sou livre para recusar estar no estudo ou desistir a qualquer momento. A minha decisão não irá afetar em nada os meus direitos nesta instituição.

São Paulo, _____ 2003.

Ass. Participante

ANEXO C

ENTREVISTAS TRANSCRITAS DA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DA ROSEIRA

(OAKLANDER, 1980)

PAULA

V. : E você como foi o seu dia?

P. : Está tudo bem.

V. : Nestes últimos meses você perdeu alguma pessoa querida?

P. : Não.

V. : Um critério que estou usando é que as pessoas não tenham perdido alguma pessoa da família ,ou amigo.

P. : Não.

V. : Encoste-se um pouquinho, feche os olhos e respire tranquilamente. Enche bem a barriga de ar e vai soltando o ar devagar...eu queria que você imaginasse uma roseira, veja onde está esta roseira, veja se ela é grande, se é pequena, se tem muitas flores e muitas folhas, que cores são as flores dela. Veja se ela tem espinhos, veja onde a sua roseira está.

Respira fundo e vai sentindo como é esta roseira, se ela é visitada por animais, veja se ela está próxima de outras roseiras ou outras plantas, veja se ela está no vaso ou se ela está no campo, no jardim, respire fundo e sinta o aroma das rosas, vai deixando nítida, muito nítida essa roseira. Que cores são as flores dessa roseira.

P. : Você quer que eu responda agora?

V. : Não, vai guardando estas imagens.

Respire fundo e fique com esta roseira bem nítida na sua cabeça, a cada respiração vai trazendo nitidez ,e aí vai abrindo os olhos e eu queria que você desenhasse esta roseira, com a folha na posição que você quiser. Conte sobre a sua roseira.

V. : Gosta de desenhar?

P. : Agora não tenho tempo, eu gostava quando era criança. Eu imaginei um jardim muito grande, era um parque e no centro tinha a roseira, mas só no centro como se fosse feito por alguém. Um canteiro, em volta tinha grama muita grama.

Mais distante umas arvores e elas eram vermelhas todas vermelhas, não tinham espinhos assim, elas estavam bem cuidadas, bem floridas, se abrindo e o céu estava bem claro, bem bonito, e o sol estava brilhando o sol nelas.

Eram bastante, mas era um canteiro pequeno. Bastante flores, bastantes rosas mas eram só neste canteiro aí, e em volta tinha grama. Todas vermelhas, bem vermelhas. Havia árvores mais longe. Eram bastante rosas, mas o canteiro era pequeno.

V. : Você disse que tinha sol ?

P. : É, o céu estava bem azul e o sol muito forte.

V. : Qual é a roseira mais especial destas daí.

P. : A mais especial?

V. : Sim, a mais especial dessas aí?

P. : Esta daqui da esquerda.

V. : Qual? essa que está mais curvada?

P. : ranran!

V. : O que você acha que esta roseira sente no meio de todo este canteiro?

P. : Acho que bem, porque elas estavam muito bonitas porque pareciam ser cuidadas, regadas, alguma coisa assim. Mas a árvore está bem, feliz.

V. : Você tem família?

P. : Tenho. Eu sou a mais nova são...eu e a minha irmã, né. A minha irmã é mais velha ... eu tenho um meio irmão que é bem mais velho, só que a gente não conhece, é por parte do meu pai.

Eu e minha irmã não conhecemos ele. Porque a gente não sabe onde vive.

V. : Ele nunca foi ver vocês?

P. : Não, não... O meu pai teve este filho antes de se casar com minha mãe e depois ela sumiu com o filho e nunca mais ele viu o meu irmão.

P. : Meu pai descobriu onde eles moravam, mas nunca foi atrás, penso que ele ficou com medo de ser rejeitado. Ele foi criado pelo homem que casou com esta mulher, mãe do meu irmão. Eu acho que o meu irmão sabe do meu pai, porque o meu pai ficou com ele até os 7 anos de idade. Daí a mulher foi embora e disse para as minhas tias que ia falar para ele que meu pai tinha morrido, e aí ela sumiu com o menino. Acho que o meu irmão acha que meu pai está morto. Ele também nunca veio nos procurar. Acho que ele não queira. Eu descobri que tinha um irmão, eu já tinha quinze anos. Meu pai nunca tinha tocado no assunto. Vontade eu tenho de conhecer, mas não aquela coisa, não aquela vontade de sair procurando. Foi sempre eu e minha irmã desde que me conheço por gente, não me importo não.

V. : Você se dá bem com a sua irmã?

P. : Sim, saímos juntas a maioria das vezes, pois as nossas amigas são as mesmas. Quanto aos meus pais, com minha mãe eu me dou melhor apesar de me dar bem com os dois. O meu pai é um pouco autoritário. Ele é bem enérgico, pois no dia-a-dia quase sempre acontece uma discussão com ele, principalmente a minha irmã. Ele fica muito alterado, eu acho que não gosta de ser contrariado. Ele fica muito nervoso quando a gente não tem a mesma opinião que ele ou quando nós queremos ir a algum lugar e ele não deixa. Ele é meio dono da razão, digamos assim.

V. : E sua mãe se dá bem com ele?

P. : Sim ela se dá, apesar de às vezes discutem mas não é nada sério...

Ele quer nos proteger, parece que nós estamos numa bolha, ele quer proteger muito a gente. É exagerado, mas ele é amoroso. Esse é o meu primeiro emprego eu estou gostando de trabalhar, ter as minhas coisas, de fazer o que quero com o meu dinheiro. Está tudo normal nessa fase.

V. : Você é casada ou tem um namorado?

P. : Não.

JOSÉ¹

J. : Desenho a paisagem toda?

V. : Coloque tudo que lhe for significativo.

J. ; A roseira está num lugar deserto, sem nenhuma pessoa. Ela tem muita vida.

Há também uma árvore bem antiga e muita grama. Há outras roseiras próximas, mas ela ficou em evidência pois ela está próxima de uma trilha. No céu podemos ver aves e no fundo uma fileira de montanhas.

V. : A roseira é cuidada por alguém?

J. : É cuidada por minha mãe. Tenho dois irmãos e uma irmã. Tenho uma ligação muito grande com minha mãe. Ela é a pessoa que mais me aceita em todas as minhas opções. Meu pai é vivo, mas sempre teve muita dificuldade na relação para comigo.

V. : Por que você escolheu trabalhar em UTI?

J. : Eu gosto de clientes críticos, por isto escolhi a UTI.

REGINA

V. : Vocês têm horário fixo ou variam de uma semana para outra?

R. : De manhã somos tres fisio fixadas: a K., a S. e eu. E a chefia também.

V. : A S. já teve Bebê?

R. : Já, já teve.

V. : O que ela teve?

R.: Um menino, R. Já acabei o desenho. Mais ou menos ...muitas flores. Posso explicar? Eu imaginei assim... uma saída de uma casa e aqui tinha uma escada que ia embora para rua e aqui na verdade era um canteiro. No meio de outras flores eu coloquei uma roseira, não tinha espinho, tinha quatro flores abertas e dois...botões. Dois botões e quatro rosas vermelhas. Não enxerguei o espinho dela não. Bastante folha verde, ao redor das roseiras tinha outras plantas. Vegetação e outras flores também. De início eu imaginei uma flor rosa, mas depois eu mudei para vermelho. Quem cuidava deste jardim era minha avó.

V. : Você imaginou ou você já viu este jardim?

R. : Vi este jardim. Era da casa da minha avó. Tanto que há quinze dias ela falou: Vem ver a minha roseira? (Riu) E aí eu fui ver a roseira dela e era mais ou menos parecida com esta, só que a flor dela era rosa e eu queria uma flor vermelha.

V. : A sua avó cuida do jardim?

R : É engraçado que eu mentalizei a minha avó cuidando do jardim, mas eu queria que a minha mãe é que cuidasse do jardim, na verdade a flor dela era rosa mas eu queria que fosse vermelha. Eu gosto desse jardim.

¹ Devido a problemas com o gravador fui obrigada a elaborar a transcrição de acordo com dados anotados.

V. : Você mora com a sua avó? Ou você morava porque você se casou há pouco?

R. : Morava com a minha mãe, com os meus pais e minha avó nunca morou com a gente.

V. : A sua avó mora com os seus pais?

R. : Não, não mora com os meus pais. Ela mora numa casa e eu morava com meus pais em outra, agora que eu casei que eu fui morar na minha casa.

V. : E a sua ligação com a sua avó como é?

R. : Ah! Intensa, a gente se encontra bastante, a gente se fala muito, está sempre trocando, sabe... A única coisa é que ela fala muito, ela tem 86 anos, mas ela é muito lúcida, ela lê jornal do dia, ela quer saber de tudo, dá palpite em tudo. Isto é muito interessante, eu gosto muito de conversar com ela.

V. : Que tipo de coisas você conversa com sua avó?

R. : Ah! sobre tudo, sobre coisas do casamento, principalmente agora nesta fase dos últimos meses, coisas sobre o casamento, então ela fazia toalhinhas, bordava pano de prato, queria saber como ia ser o vestido, como ia ser a cerimonia, sabe estas coisas, sempre querendo saber, mas a gente conversa de tudo. Fala sobre família, fala como estão as coisas, ela pergunta do hospital como estão as coisas.

V. : Como é a sua ligação com a sua mãe?

R. : É muito forte.

V. : A avó é mãe do seu pai ou da sua mãe?

R. : Ah! Ela é mãe do meu pai. E eu e a mamãe somos muito ligadas. Todo dia a gente conversa. Quando a gente morava junto, sabe, uma ajudando a outra, conversando toda hora, e eu sempre perguntando para ela a respeito das coisas, como são, como ela está hoje.

V. : Você tem outros irmãos?

R. : Tenho uma irmã, uma irmã mais nova, quatro anos mais nova.

V.: E é solteira esta sua irmã?

R. : Sim, mora com os meus pais.

V. : E como é a sua ligação com esta sua irmã?

R.: A gente briga sempre por coisas bobas, assim no dia a dia, nunca coisa muito séria, mas a gente se gosta muito. Agora eu achei que melhorou a nossa relação depois que eu sai de casa. Aí a gente não briga mais e a gente se vê toda hora, quando eu chego do hospital ou eu vou lá em casa ou eu vou na casa deles. Eu achei que melhorou a nossa relação cem por cento.

V. : Você foi morar pertinho?

R. : Fui .Pertinho, isto é, no mesmo bairro, dá pra gente se encontrar. Eu achei que ficou melhor agora, depois que eu mudei.

V. : Vocês freqüentavam o mesmo grupo ou não?

R. : De amigos ? Não, ela tem os amigos dela da faculdade, eu tenho os meus amigos, a gente não sai com freqüência. Junto assim para festa que está falando, sair para restaurante. Se bem que a gente viajava muito com os meus pais.

V. : Vocês viajavam muito juntos com os meus pais?

R. : Nós quatro íamos sempre viajar, não sei como as coisas vão ficar, né. A gente sempre viajava praticamente uma vez por mês. Quando nós éramos pequenos e agora também. Até o casamento a gente viajava todo mês. Pelo menos uma vez por mês no final de semana a gente ia viajar. Pode ser que as coisas fiquem um pouco mudadas, né, mas sempre foi assim.

V. : A relação com seu pai como é?

R. : Ele é muito bonzinho, é uma pessoa que sempre te compreende. É lógico, ele sempre dá conselho quando tem que dar, mas é uma pessoa que está sempre de ouvidos abertos, entendeu, e de coração aberto porque ele sempre tenta deixar a gente o melhor possível. Sempre preocupado em dar o melhor para nós ou deixar a gente sempre bem.

V.: Então é fácil a relação de vocês na sua casa?

R.: É. Bem fácil, a única que me tirava do sério era minha irmã. Em geral a gente sempre se deu bem, lá em casa sempre foi tudo bem. Graças a Deus . Bem legal.

V.: Como você sente a relação na UTI?

R.: Um pouco estressante, as vezes. Acho que pelo próprio local, assim; pela situação de você estar lidando com a vida do outro. Dele estar vivo agora e daqui a pouco, pode não estar. Se você faz uma coisa errada você pode matar o doente. Isto gera um pouco de estresse. Uns procuram ter uma relação boa com todos os funcionários, pelo menos eu procuro ficar bem com todo mundo porque é difícil a gente conviver com as pessoas ainda mais neste local. Acho que dá para trabalhar bem.

V. : Como você vê o relacionamento de vocês na UTI?

R. : A gente percebe que tem vários grupos, não sei explicar direito.

V. : Está ligado as diferentes formações ou não?

R. : Acho que tem uns grupos que sim , mas eu particularmente converso com todos. Sem diferença. Converso com todas as pessoas, e trato todos bem. Eu gosto de todo mundo, sabe. De conversar com todo mundo. Eu acho isto importante, porque tem um que não fala com o outro, vira a cara, e não sei o que. Então eu procuro estar sempre bem com todos.

V. : Porque você optou pelo trabalho na UTI?

R. : Eu não sei, desde o início da faculdade eu sempre gostei.

KELLY

V.: Fale um pouco sobre a sua roseira.

K.: A minha roseira não estava num jardim, mas num lugar cuidado. As rosas são vermelhas, eu queria imaginar amarelas, mas não consegui. Não tem ninguém que cuida delas porque elas são selvagens, não é bem esta a palavra, Não tem artifício de jardinagem.

V. : É uma roseira grande ou pequena?

K. : Grande, ela tem várias rosas abertas e alguns botões.

V. : E o céu, como está?

K. : Sol ameno, temperatura bem gostosa, um ventinho...Havia algumas arvores próximas, sempre com muitas folhas. Árvores bem copadas e também muitas outras plantas.

K. : O meu irmão teve um acidente grave a anos atrás e isto acabou unindo a família. Eu bem apegada a eles. A mais distante de todo mundo é a caçulinha, é a que recebeu mais atenção de todo mundo. Com meus pais, com a minha mãe eu sempre me dei bem as brigas normais de mãe e filha, com o meu pai sempre foi mais complicado o relacionamento, ele era muito fechado , hoje ele melhorou muito, até com a minha mãe. Ele era um relacionamento um tanto quanto complicado.

V.: Ele era muito controlador com você?

K. : Extremamente, ao mesmo tempo que ele controlava, ao mesmo tempo não conseguia conversar ele só controlava e criticava, ainda mais que eu era uma adolescente muito rebelde e independente isto só gerava muitos conflitos.

V. : Na época da sua adolescência você convivia muito com seu irmão fazendo programas juntos?

K. : Na época que eu era adolescente eles eram mais criança, eu tinha 14 anos um tinha 9anos outro 10, mas não costumavam, mais para frente eles também saiam separados, nem eles mesmos saíam juntos. Eles tinham turmas diferentes, gostos diferentes. Eu tinha uma amiga, que é minha amiga até hoje, uma amiga de infância, nos saímos juntas e foi depois que nós ficamos mais velhas é que começamos a sair juntos com namorados.

E até viajar juntos.

V. : Os seus irmãos são casados?

K. : Não, só um deles.

V. : O mais velho?

K.: Não, o mais novo casou em abril. O mais velho está até sem namorada. E a mais nova também namora.

V. : Na área de saúde é só você que veio para esta área?

K. : Só eu, ninguém quis saber. É um sonho de infância, né. Eu desde criança queria trabalhar na área da saúde. Um deles faz direito, outro não fez faculdade trabalha na aviação. Trabalha no aeroporto. A K., não sei, ela terminou o colégio, está pensando em fazer História ainda não tem uma opção, não está sabendo o que fazer.

V. : Como é o papel da fisioterapeuta dentro da UTI? É um papel diferenciado do pessoal que está na UTI?

K. : É um cuidado diferente, tem várias coisas que a gente acaba interagindo com a enfermagem que faz parte do trabalho delas e do nosso. Eles mudam o paciente de posição e a gente tem que posicionar, colocar o paciente na posição correta, o posicionamento depende de como está o pulmão, se um pulmão está ruim de um lado nós vamos posicionar para melhorar aquele pulmão nós somos responsáveis juntamente com os médicos pela ventilação mecânica, a ventilação artificial, os pacientes tem vários parâmetros algumas coisas que tem que mudar, fazemos as alterações, a higiene bronquica, falando cruamente é para tirar o catarro do pulmão do doente. Tem várias maneiras as vezes ele entubado pela boca ou quando está operado e não consegue tossir.

Então tem vários tipos de técnicas para conseguir fazer isto.

E aparelhos também, sonda para respiração e várias técnicas que nós usamos para fazer isto, avaliação de RX e dos exames, o paciente que está sedado a gente faz o exercício, o paciente que tem condições faz sózinho, nós orientamos, acho que basicamente é isto.

V. : Como é a relação de vocês com o grupo de enfermagem, vocês tem bastante cooperação, ou é difícil ?

K. : Eu acho que já foi pior, eu acho que o relacionamento melhorou, mudaram algumas pessoas, tem alguns tipos, umas intrigas, coisas pessoais o pessoal não vai com a cara e tomam algumas atitudes para afrontar pessoas. Já melhorou muito em relação a isto, tem muita fofoca na UTI, tem um pessoal barra pesada que gosta de um atacar a vida do outro, mas de um modo geral a gente costuma ficar meio longe disto, não costuma ter muito contato, a nossa equipe não fica diretamente relacionada. De modo geral o relacionamento está bom com a enfermagem. Cooperam, a gente conversa, a gente fala, vamos fazer tal coisa e o pessoal coopera. Tem um estresse normal, típico de UTI, mas já melhorou muito, até eu ando calminha, eu sou meio estressada, e ando até calminha. Em relação a atendimento de paciente, de mexer nas coisas, para as coisas correrem bem, porque o ser humano que está ali. Eu sou meio brava em relação a isso. Está correndo bem, hoje o relacionamento é muito bom. Eu acho que tem algumas coisas que poderiam melhorar na atitude da enfermagem, tanto no relacionamento como nas informações. Por meio de educação continuada as pessoas teriam condições de aprender mais, não ficariam com o serviço tão limitado. Eu sei que eles tem muita dificuldade em relação aos materiais, pois há uma demora de muito tempo, muitas vezes não se consegue fazer algumas coisas por falta de recurso, mas eu acho que seria muito interessante eles terem um tipo de educação continuada. No contato com a nossa equipe quando a gente vai fazer tal coisa isto acontece, a gente acaba explicando as razões para uma pessoa, amanhã para outra. As vezes é interessante eles saberem o porque do que as outras equipes fazem. Se a pessoa sabe a razão de fazer uma coisa ela vai prestar mais atenção de fazer tudo corretamente, né? Eu acho que é mais ou menos assim.

V. : Isto em relação as manobras?

K. : Não em relação ao que temos de fazer, mas posturas para conservar, manter as vezes um aparelho em tal posição. Uma coisa que me lembro agora, é o tubinho que fica na boca ele tem uma numeração se aquilo deslocar para dentro o pulmão vai fechar então é uma coisa que preocupa muito. A gente vai falando que colocou este numerozinho aqui para marcar onde é para amarrar, porque eles é que fazem a fixação, a posição do paciente eles já sabem bem. É interessante compartilhar as razões para não ficar uma coisa mecânica. Da próxima vez ele pode usar este conteúdo sem você precisar explicar.

V. : Exatamente.

K. : Alguém poderia dizer: você falou que ia colocar o paciente e eu já coloquei. Seria bom que as coisas funcionassem assim! Talvez uma educação continuada trocando um pouco entre os profissionais, porque nós temos muito que aprender com os outros, eu sempre observo o trabalho, faço perguntas, sou xereta quero saber o porque da postura tanto do médico como do enfermeiro, qualquer um. Uma coisa que não sei a razão, vou perguntar o porque, mas eu sinto que entre os auxiliares e alguns enfermeiros tem uma certa competição. Então a gente sente que as vezes a gente quer trabalhar junto, mas se você pergunta parece que você está invadindo, mas não é. Eu acho que tem que ser equipe multidisciplinar ou interdisciplinar todo mundo em prol do doente, juntos um e outro trabalhando acho que isto é que é interessante. Isso é difícilimo.

Quando acontece fica muito gostoso. A gente consegue desenvolver com alguns enfermeiros . Eles têm confiança mesmo sabem que você não está querendo fazer nada contra eles, não tomar o lugar e flui melhor o serviço.

Eu acho que é um ambiente muito pesado se você ficar bravo fica muito estressante se levar brincando é melhor.

V. : Você acha que nesta UTI muda muito o pessoal?

K. : A enfermagem muda muito. Muda muito, muito, muito.

J. , F. , K. são muito antigos.

K. : As enfermeiras são todas novas. Acho que desde que eu entrei tem uma a mais tempo, no período da noite. Acho que é só. Todas as outras entraram depois que eu entrei a mais ou menos três anos.

V. : Por que acontece esta mudança?

K. : Eu acho que as pessoas vem trabalhar aqui para ganhar experiência, pegar currículo, o salário não é nenhuma maravilha e sai para conseguir outro lugar. Agora teve uma melhora, mas a relação com os auxiliares técnicos era muito pesada para as enfermeiras, elas eram muito “podadas” por eles.

A maioria delas não conseguia lidar com os auxiliares e acabavam saindo.

K. : O estresse frente aos residentes é que quando eles começam a saber a rotina já está na hora de terminar o estágio. Eles são diferentes. Quem é mais constante é quem está fazendo especialização na UTI. Ficam um mês em cada especialidade.

K. : Teve um tempo que eu não sabia quem era residente ou enfermeiro ou auxiliar. Depois a gente acostuma e vai sabendo, quem é quem. Os pacientes são graves.

É complicado quando temos um residente ou enfermeira que não sabe a conduta das rotinas da UTI ou quando a UTI está superlotada de profissionais estagiários, teve uma época que tinha tanta gente que eu nem conhecia todas as pessoas.

Os residentes de enfermagem passam por aqui, nessa UTI, os R1 por um tempo menor porque vão mudando de setores e os R2 que ficam aqui são os que estão se especializando, esses ficam mais ou menos 6 meses.

V. : Na UTI tem psicologia?

K. : Não, não tem. No outro setor do hospital, talvez, sabe que eu não sei. Eu já vi a avaliação da psiquiatria, mas da psicologia, não sei nem se tem. Acho que nem sei se tem para doente.

V. : A professora estava me dizendo que ela chamou a psiquiatria.

K. : Tem alguns doentes que são atendidos pela psiquiatria, não atendem como rotina, mas funciona como interconsulta. É necessário fazer o pedido para que a psiquiatria venha atender o cliente.

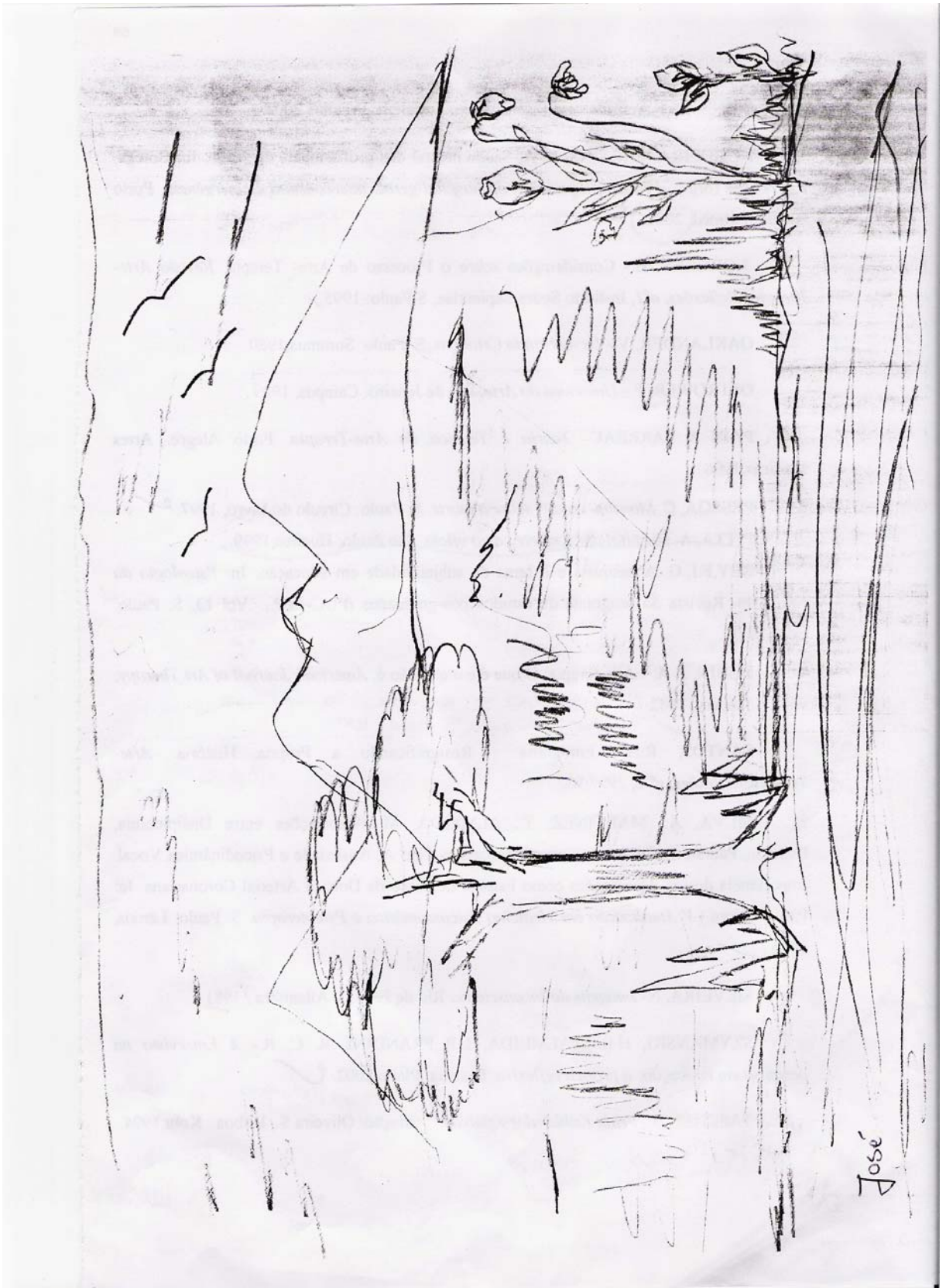
V. : A chefia de vocês fisioterapeutas é a mesma que da enfermagem? Tem várias chefias diferentes no mesmo nível?

K. : A nossa chefia é E. vinculada ao professor J.L.

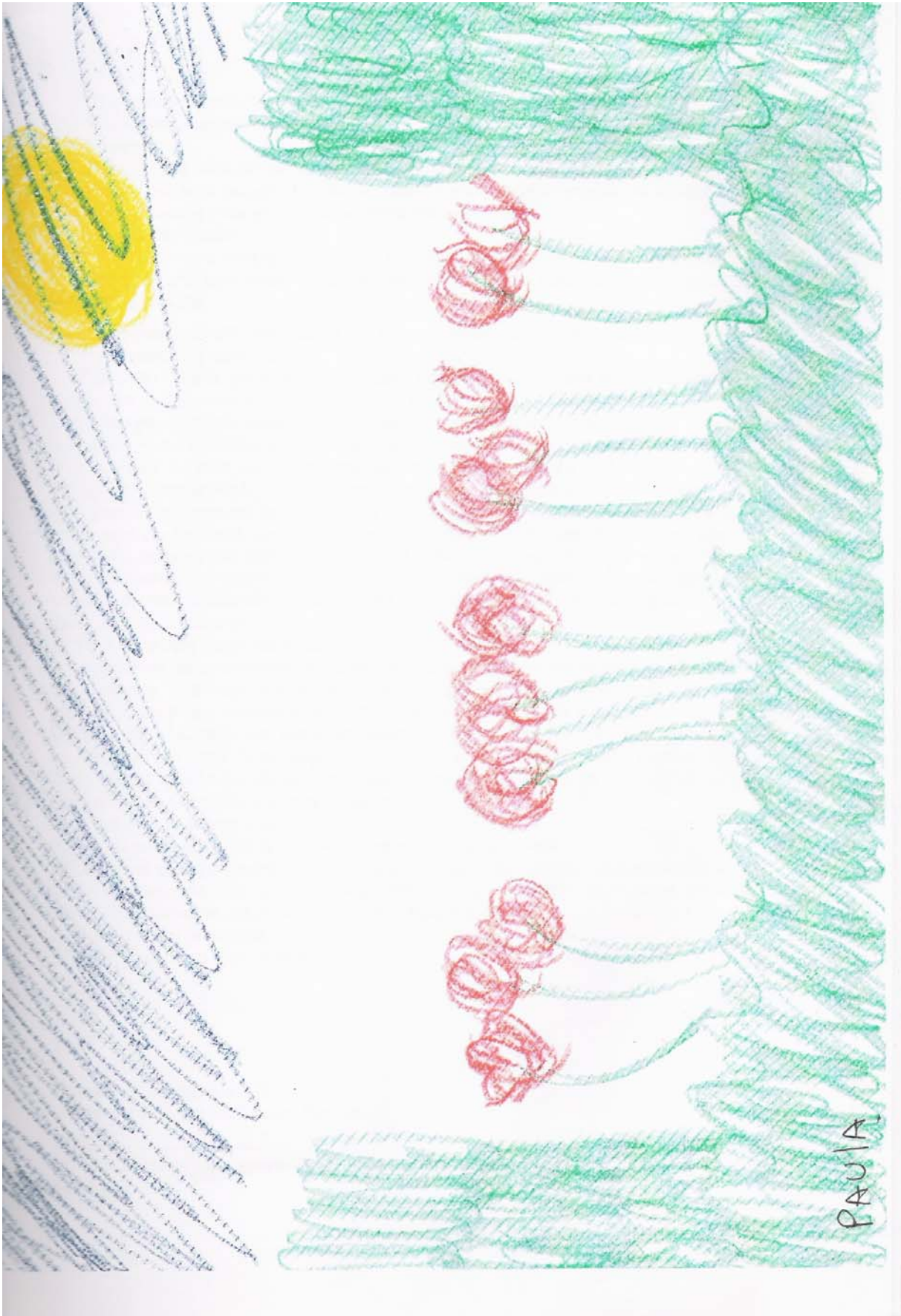
A E. e a *Prof. G.* estão no mesmo nível. Eu não sei se a *Prof. G.* também é vinculada ao *Dr. J. L.* Acho que são departamentos separados, eu não sei. Hierarquicamente corresponde, acho que iguala. Uma chefia de enfermagem, outra chefia da fisioterapia, uma coordenadora médica, ela mais dois médicos mas ela está todo dia acompanha tudo.



REGINA







PAULIA

