

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL–UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

DANIELA TREVISAN MONTEIRO

**MORTE E VIDA EM CENA:
DESCORTINANDO O INTERDITO SOBRE (VI)VER O CUIDADO NA MORTE E NO
MORRER DE PACIENTES**

PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

2017

DANIELA TREVISAN MONTEIRO

**MORTE E VIDA EM CENA:
DESCORTINANDO O INTERDITO SOBRE (VI)VER O CUIDADO NA MORTE E NO
MORRER DE PACIENTES**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social e Institucional. Área de concentração: Trabalho, saúde e subjetividade.

Orientadora da tese doctoral: Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes.

Coorientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck.

PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Monteiro, Daniela Trevisan

Morte e vida em cena: descortinando o interdito sobre (vi)ver o cuidado na morte e no morrer de pacientes / Daniela Trevisan Monteiro. -- 2017. 222 f.

Orientadora: Jussara Maria Rosa Mendes.

Coorientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Morte. 2. Atitude frente à morte. 3. Cuidados Paliativos na terminalidade da vida. 4. Assistência integral à saúde. 5. Saúde Mental. I. Mendes, Jussara Maria Rosa, orient. II. Beck, Carmem Lúcia Colomé, coorient. III. Título.

DANIELA TREVISAN MONTEIRO

**MORTE E VIDA EM CENA:
DESCORTINANDO O INTERDITO SOBRE (VI)VER O CUIDADO NA MORTE E NO
MORRER DE PACIENTES**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Área de concentração: Trabalho, saúde e subjetividade com requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social e Institucional.

Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes
Orientadora/Presidente - UFRGS/PPGPSI

Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Coorientadora - UFSM/PPGENF

Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana
Professor examinador - UFSM/PPGP

Prof. Dr. José Roberto Goldim
Professor examinador - UFRGS/PPGCM – PUCRS/GERONBIO

Profa. Dra. Elisa Kern de Castro
Professor examinador - UNISINOS/PPG em Psicologia

Prof. Dra. Jaqueline Tittoni
Professor examinador - UFRGS/PPGPSI

Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver.

Rubem Alves

O médico

Se nada nos salva da morte,
pelo menos que o amor nos salve da vida.

Pablo Neruda

(in memoriam)

Ao meu avô Luiz Felipe.

*Meu exemplo na vida e na morte.
Perda que transformou, de forma genuína,
meu olhar àqueles que estão no final da vida.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por me dar forças e coragem para trilhar o caminho em todas as vezes em que pensei que não iria conseguir.

Agradeço ao esposo, Wilson, por se manter ao meu lado, me dando o suporte necessário, torcendo e me apoiando em todos os momentos.

Ao nosso filho querido, Felipe, por construir, no decorrer do tempo, o que é um doutorado e compreender as minhas ausências. Por perguntar todas as vezes como estava a escrita da tese e por falar com orgulho aos outros o que a mamãe fazia. – Meu filho, meu maior presente. O melhor de mim é você.

Agradeço à orientadora, Jussara, por trilhar o caminho ao meu lado, me guiando nos passos da pesquisa. Por me receber, todas as vezes, com um sorriso e um abraço apertado. Pela confiança e parceria nesses quatro anos de estudos, de encontros e de construção de conhecimentos. O aprendizado que tive e a minha gratidão perdurarão para toda a vida.

À coorientadora Carmem, por aceitar o desafio de receber a pesquisa e acolher as angústias que a coleta proporcionou. Por me apresentar o lado da enfermagem de forma singular e pela parceria de trabalho.

À equipe de pesquisa NEST, pela caminhada nesses quatro anos, possibilitando tantas trocas e parcerias, conhecimentos e experiências. Por estarem lado a lado, vivenciando todos os desafios de pesquisadores.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, da UFSM, por me acolherem e compartilharem tantas vivências e conhecimentos. Por me mostrarem o olhar da enfermagem e contribuírem na construção da tese.

Às pessoas que foram conquistando um espaço além do trabalho, e que permanecerão além do doutorado. À querida Thaís, por todas as trocas, de trabalho e de vida, pelos encontros e viagens. Por conquistar meu coração e o coração do meu filho. À Carmem, pela caminhada de doutorandas, pela parceria, amizade e coleguismo. À Maria Angélica, pelas trocas, encontros e parceria.

Aos participantes da pesquisa, médicos e enfermeiros, pelo aceite e por se doarem tanto, permitindo o emergir dos sentimentos, transformando a pesquisa em lição de vida. Tantas vezes chorei na leitura das entrevistas e na vivência do pronto socorro, vocês conquistaram minha admiração e eu só posso agradecer.

Ao meu concunhado e compadre, Sidiney, por disponibilizar a casa todas as vezes que precisei, pelo acolhimento e conversas de fim de tarde, pelo interesse e trocas sobre a pesquisa.

Ao meu orientador de mestrado, Alberto, que me apresentou a tanatologia e despertou todo o meu interesse sobre essa área.

À UFRGS, casa que me recebeu no doutorado, tornando possível a realização de um sonho.

À banca de qualificação pelas contribuições na construção da pesquisa.

À banca examinadora pela leitura atenta e pelas reflexões.

À CAPES, pelo fomento financeiro, sem o qual este trabalho resultaria incompleto.

RESUMO

Tomando-se como foco o cuidado de pacientes em processo de morte e morrer, a presente pesquisa teve como objetivo descortinar o interdito sobre a morte e o morrer, as percepções, os significados, os sentimentos e dificuldades atribuídos pelos profissionais da saúde sobre o cuidado de pacientes em processo de morte e morrer. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo de cunho qualitativo. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas e observações, e teve duração de julho a outubro de 2016. Foram entrevistados 34 profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas unidades de clínica médica e pronto socorro em um hospital universitário do Rio Grande do Sul. Os dados obtidos foram submetidos à triangulação a partir da análise de conteúdo. Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais significam a morte enquanto passagem, na crença de que existe algo após. A morte pode ser aceita quando esperada em pacientes idosos, com longo tempo de tratamento de alguma doença crônica. No entanto, não é aceita quando se trata de pacientes jovens e, principalmente, quando são mortes traumáticas de crianças. Na clínica médica, o vínculo prolongado com os pacientes possibilita aos profissionais diferentes formas de cuidados e é visto, na maioria das vezes, como algo positivo na relação apesar de gerar maior sofrimento quando acontece a morte ou a piora do paciente, sendo fonte de prejuízo à saúde mental. No pronto socorro, a morte gera sofrimento apenas quando traumática, não há lugar ou tempo para a morte nesta unidade, pois as intercorrências próprias da emergência e da organização do trabalho, como a superlotação, são as maiores fontes de estresse para os profissionais, sendo a saúde mental afetada por esses motivos. Os principais sentimentos destacados quando ocorre à morte de um paciente, em ambas as unidades, são: frustração, impotência, tristeza e compaixão. Apesar de lidarem com a morte no dia a dia, ela não é elaborada ou conversada entre os profissionais, havendo um forte interdito sobre o assunto, que é passado também aos pacientes e familiares. É comum a utilização de estratégias defensivas, como racionalização e distanciamento do paciente para não enfrentar a finitude do outro e, conseqüentemente, a sua própria. Para a maioria dos profissionais é inevitável relacionar o paciente com pessoas conhecidas, membros da família ou eles próprios, essa identificação causa maior sofrimento, principalmente quando o profissional está vivenciando uma situação familiar parecida. A maior parte dos profissionais possui como exigência própria aproveitar melhor a vida, pois vivenciam muito sofrimento no ambiente hospitalar. Concluiu-se que, o cuidado dos pacientes em processo de morte e morrer versam em cima do interdito social que a morte carrega, pois apesar de gerar sofrimento aos profissionais, não se reflete sobre a morte de pacientes. Na clínica médica a morte gera maior sofrimento devido ao tempo de convivência entre profissionais e pacientes. No pronto socorro, a morte fica subtraída diante de uma rotina marcada pelos inúmeros procedimentos que necessitam ser realizados, não permitindo espaços para elaborações individuais ou coletivas. A saúde mental dos profissionais fica sujeita e sujeitada pelas exigências do trabalho, não permitindo considerar o doente em sua integralidade, como sujeito na vida e na morte. Ademais, não se pode dizer que a morte é naturalizada pelos profissionais, se esses não se permitem olhar para ela de forma límpida, sem tantas estratégias defensivas.

Descritores: Morte. Atitude Frente à Morte. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Assistência Integral à Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

Taking as a focus the care of patients in the process of death and dying, the present research had the objective to uncover the prohibition on death and dying, perceptions, meanings, feelings and difficulties attributed by health professionals about care of patients in the process of death and dying. Therefore, a descriptive study of qualitative nature was performed. Data collection was done through interviews and observations, and lasted from July to October 2016. It was interviewed 34 medical professionals and nurses who work in the medical clinic and emergency department units in a university hospital in Rio Grande do Sul. The obtained data were submitted to triangulation from the content analysis. The results showed that most professionals mean death as a passage, in the belief that there is something after. Death can be accepted when expected in elderly patients, with long time of treatment of some chronic disease. However, it is not accepted when it comes to young patients and, especially, when they are traumatic deaths of children. In the medical clinic, the long-term relationship with the patients allows the professionals different forms of care and is seen, mostly, as something positive in the relationship despite generating greater suffering when the death or worsening of the patient happens, being a source of damage to mental health. In the emergency department, death generates suffering only when traumatic, there is no place or time for death in this unit, because the interferences of emergency and work organization, such as overcrowding, are the major sources of stress for professionals, mental health being affected by these reasons. The main feelings highlighted when a patient dies in both units are: frustration, impotence, sadness and compassion. Although they deal with death daily, it is not elaborated or talked among professionals, there is a strong interdiction on the subject, which is passed to patients and family. It is common to use defensive strategies, such as rationalization and distancing the patient to not face the finitude of the other and, consequently, his own. For most professionals it is inevitable to relate the patient with known people, family members or themselves, this identification causes more suffering, especially when the professional is experiencing a similar family situation. Most part of the professionals has as their own requirement to enjoy life, because they experience much suffering in the hospital. It was concluded that the care of the patients in the process of death and dying are based on the social prohibition that death carries, because despite generating suffering for professionals, it is not reflected on the death of patients. In medical clinic the death generates greater suffering due to the time of coexistence between professionals and patients. In the emergency department, death is subtracted before a routine marked by numerous procedures that need to be performed, not allowing spaces for individual or collective elaborations. The mental health of professionals is subject and subjected to the demands of work, not allowing to consider the patient in its entirety, as subject in life and death. In addition, it cannot be said that death is naturalized by professionals, if they do not allow themselves to look at it in a limpid way, without many defensive strategies.

Descriptors: Death. Attitude to Death. Palliative Care. Comprehensive Health Care. Mental Health.

RESUMEN

Tomando como foco el cuidado de pacientes terminales, la presente investigación tuvo como objetivo descubrir los dogmas sobre la muerte, las percepciones, los significados, los sentimientos y dificultades atribuidas por los profesionales de la salud sobre el cuidado de pacientes terminales. Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. La toma de datos fue realizada a través de entrevistas y observaciones, y tuvo duración desde el mes de julio hasta octubre de 2016. Fueron entrevistados 34 profesionales médicos y enfermeros que trabajan en las unidades de clínica médica y primeros auxilios en un hospital universitario de Rio Grande do Sul. Los datos obtenidos fueron sometidos a la triangulación a partir del análisis de contenido. Los resultados mostraron que la mayoría de los profesionales dogmatizan la muerte como un paso, en la creencia de que existe algo después. La muerte puede ser aceptada cuando es esperada por pacientes adultos de edades avanzadas, con largo tiempo de tratamiento de alguna enfermedad crónica. Sin embargo, no es aceptada cuando se trata de pacientes jóvenes y, principalmente, cuando son muertes traumáticas de niños o niñas. En la clínica médica, el vínculo prolongado con los pacientes posibilita a los profesionales diferentes formas de cuidados y es visto, la mayoría de las veces, como algo positivo en la relación a pesar de generar mayor sufrimiento cuando llega la muerte o se aumenta la gravedad de la enfermedad del paciente, siendo perjudicial para la salud mental. En primeros auxilios, la muerte genera sufrimiento apenas cuando es traumática, no hay lugar ni tiempo para la muerte en esta unidad, pues las condiciones propias de la emergencia y de la organización del trabajo, como la cantidad exagerada de pacientes, son las mayores fuentes de estrés para los profesionales, siendo la salud mental afectada por esos motivos. Los sentimientos más destacados cuando ocurre la muerte de un paciente, en ambas unidades, son: frustración, impotencia, tristeza y compasión. A pesar de lidiar con la muerte cotidianamente, de ella no se trata ni se conversa entre los profesionales, habiendo un tabú sobre el asunto, que es pasado también a los pacientes y sus familias. Es común el uso de estrategias defensivas, como la racionalización y distanciamiento del paciente para no enfrentar la despedida del otro y, consecuentemente, la propia. Para la mayoría de los profesionales es inevitable relacionar al paciente con personas conocidas, miembros de la familia o con ellos mismos, esa identificación causa mayor sufrimiento, principalmente cuando el profesional está viviendo una situación familiar parecida. La mayor parte de los profesionales tiene como propia exigencia aprovechar mejor la vida, puesto que vivencian mucho sufrimiento en el ambiente hospitalario. Se concluye que, el cuidado de los pacientes terminales versa sobre las creencias sociales que la muerte carga, pues a pesar de generar sufrimiento a los profesionales, no se reflexiona sobre esta. En clínica médica la muerte genera mayor sufrimiento debido al tiempo de convivencia entre profesionales y pacientes. En primeros auxilios, la muerte es más cotidiana y hace parte de la rutina por los infinitos procedimientos que se realizan, no permitiendo espacios para elaboraciones individuales o colectivas al respecto. La salud mental de los profesionales queda sujeta a las exigencias del trabajo, no permitiéndoles considerar al enfermo en su integralidad, como sujeto en la vida y en la muerte. Además, no se puede decir que la muerte se vuelve natural para los profesionales, si estos no se permiten abrir espacios para pensar en ella, sin tantas estrategias defensivas.

Palabras Claves: Muerte. Actitud Frente a la Muerte. Cuidados Paliativos. Atención Integral de Salud. Salud Mental.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Apresentação dos capítulos e subcapítulos.....	80
Quadro 2 -	Caracterização dos participantes na pesquisa, segundo especificidade e número de trabalhadores.....	84
Quadro 3 -	Número de atestados segundo os tipos de adoecimentos no ano de 2016	165
Quadro 4 -	Referência aos principais sentimentos e sintomas e ao cuidado com a saúde mental pelos profissionais do pronto socorro.....	169
Quadro 5 -	Recortes de falas significativas sobre o trabalho no Pronto Socorro.....	171

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	14
2	CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	18
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
3.1	O lugar e a imagem da morte através do tempo	25
3.1.1	Morte Domada.....	26
3.1.2	Morte Interdita.....	31
3.1.3	Morte Reumanizada: cuidados paliativos.....	36
3.1.4	Morte Escancarada	40
3.2	O trabalho do profissional da saúde na instituição hospitalar: o cuidado na morte e no morrer	42
3.2.1	A bioética na morte: eutanásia, ortotanásia e distanásia	49
3.2.2	Sobre a morte e o morrer: O vínculo na relação entre profissional da saúde e paciente.....	54
3.3	Saúde do trabalhador e saúde mental	58
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	68
4.1	Caracterização e delineamento do estudo.....	69
4.2	Cenário do estudo.....	69
4.3	Participantes do Estudo.....	71
4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão.....	71
4.5	Instrumentos de Coleta de Dados	72
4.6	Procedimentos de coleta de dados	75
4.7	Procedimentos de análise e interpretação dos dados	76
4.8	Considerações e aspectos éticos	82
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	84
5.1	Tecendo os significados da morte para os profissionais	85
5.2	Ver a morte de pacientes em um pronto socorro	94
5.2.1	O tempo e o lugar da morte no espaço de pronto socorro.....	106

5.3	Viver o processo de morrer de pacientes em uma unidade de clínica médica.....	114
5.3.1	O vínculo prolongado da clínica médica	124
5.3.2	Medidas de conforto e distanásia: dois lados da mesma moeda	132
5.4	Sobre os ombros de gigantes: a morte interdita.....	143
5.5	A percepção da finitude no processo de ser dos profissionais.....	155
5.6	A saúde mental dos profissionais da saúde: uma trama de sentidos.....	163
5.6.1	O cuidado ao cuidador: desafios e possibilidades	172
6	CONCLUSÃO	185
7	REFERÊNCIAS	194
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	214
	APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade	217
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	218

1 APRESENTAÇÃO

O tema da morte é importante justamente por tocar em nossos limites mais extremos e também em nossa maior possibilidade de abertura. A morte coloca limites à nossa razão, consciência e capacidade de apreensão e percepção – enfim, à nossa perspectiva de vida. Por outro lado, justamente por ser impenetrável, permite-nos total liberdade à imaginação, que pode fluir à vontade e acolher as mais diferentes ideias e imagens a seu respeito (KOVÁCS, 2010, p. 114).

E se a morte entrasse em greve? Se àquela figura de preto tão odiada simplesmente resolvesse não mais visitar os moribundos e não mais aparecer? É isso que propõe José Saramago (2005) no livro *As intermitências da morte*. A figura da morte, magra e ossuda, personagem principal do livro, de repente suspende suas atividades. A imortalidade embandeira a nação. O sofrimento e a sujeição tão indesejados frente à morte deixam de existir; agora todos são imortais. Nesse romance o autor expõe os vínculos da morte com o Estado, as religiões e o cotidiano. Mas logo, não morrer mostra-se um problema. Os hospitais ficam lotados, os idosos não conseguem “descansar”. E o medo ao coração dos homens teria que voltar. A greve teria que acabar. É ao falar da morte que o autor retrata o cotidiano da vida. E há como falar de uma sem falar da outra? Vida e morte apresentam-se no mesmo palco da humanidade. E, quando se aproxima o fim dessa grande peça, elas se colocam juntas até o momento final.

Irvin Yalon (2008) no livro *De frente para o sol* mostra o temor da morte, as angústias, a solidão e como, através de suas experiências clínicas e pessoais, é possível superá-los. O autor sugere que a morte possui um longo alcance e um impacto que geralmente é oculto. Ademais, ele coloca que, é muito difícil viver todo o tempo atento à morte. É como olhar fixamente para o sol, há um limite suportável. Mas, apesar da concretude da morte destruir, é justamente ela capaz de salvar. Nesse sentido, Ricardo Azevedo (2003), em seu livro infanto-juvenil: *Contos de enganar a morte*, expõe que a morte deve ser vista como uma referência concreta e fundamental para a construção do significado da vida. E que se construa esse significado desde a mais tenra idade, pois a morte é para todos e as perdas são inevitáveis. A morte está colocada na literatura, nos romances e contos, mas também está no que é mais real a todos. Uma realidade negada, escondida e silenciada.

Parte do título da tese: ‘Morte e vida em cena’, traz a ideia de que no ambiente hospitalar quando se fala das mortes dos pacientes, tem que ser falado das vidas envoltas nesse acontecimento. Por ser a morte um acontecimento social, quando morre um paciente,

morrem as relações que este tinha com outros; sejam familiares, relações de trabalho, com os profissionais da saúde que prestaram os cuidados, etc. A vida continua para estes, entrando em cena através da perda que tiveram.

A metáfora apresentada: *‘(vi)ver o cuidado na morte e no morrer de pacientes’*, introduz o tema incluindo a vida na hora da morte e vice-versa. Viver e ver a morte e o processo de morrer de pessoas cotidianamente é, sem dúvida, um momento difícil, repleto de dificuldades, medos e desafios na sua confrontação. Esta tarefa pertence aos profissionais da saúde que atuam na área hospitalar. A impossibilidade de “olhar fixamente para a morte”, os limites pessoais que cada um possui e o tabu social da morte, pode ser o cerne para que esses profissionais se distanciem de seus pacientes, racionalizem seus sentimentos e não reflitam sobre esse trabalho difícil, porém, real da profissão. Construir o significado desse trabalho significa colocar a morte em evidência. Entretanto, muito mais do que falar de algo considerado mórbido, é destacar esse trabalho silenciado por seu tabu e pelas angústias que provoca, dando voz aos profissionais e preservando sua saúde mental. Para além de falar sobre morte, a intenção é significar a vida. Vidas envolvidas no processo de morte de outras pessoas. *‘Descortinando o interdito’* e apresentando esse grande palco no qual a vida encontra a morte.

Assim, com estas inquietações e outras necessidades de ordem pessoal e profissional nasceu a presente pesquisa. Questões sustentadas perdas vividas mas, principalmente, por uma delas apresentar intenso significado. A morte do avô trouxe aprendizados e questionamentos, principalmente dentro dos conceitos de ‘boa morte’. Na opção de contar ou não contar o diagnóstico de câncer ao paciente, o médico responsável juntamente com a família optou por escondê-lo. O conluio estava formado e o paciente seria, a partir daí, tratado como um incapaz; como acontece com a maioria das pessoas que portam uma doença grave ou terminal. A justificativa de não contar trazia consigo o fato de que o paciente só estava reagindo tão bem ao tratamento visto não saber da real gravidade do caso. Esconder a gravidade da doença apenas retira do paciente a possibilidade de despedida dos seus entes queridos e de resolução de problemas pendentes que possam existir. Entretanto, dentro da perspectiva de se obter uma boa morte, apesar de ter acontecido em ambiente hospitalar, esta ocorreu junto aos familiares, de forma tranquila e livre de dor. Algum tempo após a perda, foi encontrado um laudo médico com o diagnóstico de câncer, escondido entre os documentos pessoais do avô, realizado muito antes da família sequer imaginar algo sobre a doença. Ou seja, o paciente sabia antes de todos e, preferiu aceitar o conluio da família e dos

profissionais, fingindo não saber de nada. Viveu e morreu ensinando. Trouxe à neta e pesquisadora um leque de possibilidades para auxiliar na compreensão de fenômenos que envolvem o processo de morte e de morrer, possibilitando refletir, se questionar e se aproximar, de maneira humanizada, dos pacientes e familiares que vivenciam esta trajetória.

Por outro lado, profissionalmente, a pesquisa dá continuidade aos estudos feitos durante a realização do mestrado. Temática que emerge da inquietude frente ao sofrimento do profissional da saúde em relação ao seu contato quase que diário com situações de fim de vida e morte, dentro da instituição hospitalar. Durante a pesquisa de mestrado da autora¹, foram realizadas entrevistas com médicos e familiares em torno do tema '*comunicação de más notícias*'. Por vários momentos as entrevistas se constituíam legítimos desabafos desses profissionais. Foram entrevistas longas, nas quais a pesquisadora mal conseguia pontuar algumas referências, a fim de seguir o roteiro proposto. Os participantes apresentaram intenso sofrimento referente ao assunto, principalmente, quando as más notícias versavam sobre a morte de pacientes. Nesse sentido, ficava exposta a fragilidade dos profissionais frente a morte e o morrer.

Ao trabalhar com o tema, surgiram mais questionamentos do que respostas. Perceber o sofrimento dos familiares de pacientes frente a um diagnóstico desfavorável é esperado. Da mesma forma, já se sabe que há sofrimento dos profissionais frente à morte e ao processo de morrer. Mas o que fazer com esses resultados? Como nomear o sofrimento dos profissionais da saúde? Quais os sentimentos dos profissionais da saúde que realizam o cuidado aos pacientes que se encontram em final de vida? Qual o lugar da morte no cotidiano hospitalar? Esses, entre outros questionamentos, trouxeram à tona a necessidade da continuidade da pesquisa voltada aos profissionais da saúde.

O contato com a morte é uma tarefa cotidiana desses profissionais que pode gerar intenso sofrimento e, por conseguinte, prejuízos à saúde mental desses trabalhadores. Por isso, acentua-se a necessidade de uma maior visibilidade do trabalho em torno da morte e do morrer de pacientes. Evidenciam-se, através de concepções teóricas e práticas, meios de reflexão dos elementos que envolvem o cuidado de pacientes em processo de morte e morrer, bem como a demanda de um olhar diferenciado ao trabalhador que vivencia essas situações quase que cotidianamente.

¹MONTEIRO, D. T. Por detrás da fala: A comunicação de más notícias na perspectiva de médicos e familiares. Orientador: Alberto Manuel Quintana. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação e, Psicologia, RS, 2013.

Para contemplar o estudo, a escrita foi organizada em capítulos. O primeiro capítulo traz a Caracterização do Problema de Pesquisa, abordando aspectos teóricos como: o cotidiano do profissional da saúde, os processos de morte e morrer e a saúde mental dos profissionais. No capítulo seguinte, apresenta-se a Revisão Bibliográfica, composta pelos temas: lugar da morte no decorrer do tempo; o trabalho dos profissionais da saúde no cuidado de pacientes em processo de morte e morrer; saúde do trabalhador e saúde mental. Esses capítulos iniciais possuem o intuito de fundamentar as análises posteriores sobre o tema da pesquisa. Seguem os Procedimentos Metodológicos, onde se discute aspectos importantes da construção da pesquisa e das técnicas utilizadas para a coleta e análise dos dados.

No capítulo posterior, apresenta-se os Resultados e Discussão sobre a pesquisa. Este se encontra subdividido em seis capítulos que foram considerados de extrema relevância na análise dos dados, são eles: *Tecendo os significados da morte para os profissionais*; *Ver a morte de pacientes em um pronto socorro*; *Viver o processo de morrer de pacientes em uma unidade de clínica médica*; *Sobre os ombros de gigantes: a morte interdita*; *A percepção da finitude no processo de ser dos profissionais*; *A saúde mental dos profissionais da saúde: uma trama de sentidos*. Acredita-se que essa construção, teórica e prática, proporciona um entendimento importante sobre o objeto de pesquisa.

O último capítulo, Conclusão, traz as considerações oriundas de todo o processo de pesquisa, na qual se retoma as questões sobre o presente estudo. Na sequência, apresenta-se as Referências, os Apêndices e o Anexo que complementam o estudo.

2 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Nosso desejo é convidar os leitores – e mais precisamente aqueles que, por sua vida ou profissão, estão em contato com o sofrimento e a morte – para essa criação de sentido, para essa criatividade espiritual no cotidiano dos tratamentos médicos. Para que deixemos a esclerose repetitiva das respostas preconcebidas e dos ritos esvaziados de seu conteúdo. E ousemos inspirar-nos na riqueza e na profundidade de nossa natureza humana para tornarmo-nos plenamente humanos e restituirmos à nossa humanidade sua verdadeira dimensão (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

O cotidiano do profissional da saúde é permeado por um conjunto de angústias e obstáculos (CAMPOS, 2011). Por um lado, esse tem como possibilidade aliviar a dor, salvar vidas, entre outros fatores, considerando o trabalho como fonte de prazer e favorecendo o equilíbrio psíquico. No entanto, por outro lado, esses profissionais se deparam, constantemente, com sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e morte, entre outros fatores inerentes ao cotidiano hospitalar, o que pode resultar no sofrimento desses trabalhadores (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Destarte, os contextos de trabalho podem atuar como fonte de saúde ou de adoecimento, tanto em relação à saúde geral quanto à saúde mental (SELIGMANN-SILVA, 2011). O sofrimento irá emergir quando se esgotam as possibilidades de adaptação ou ajustamento à organização do trabalho em concordância com o desejo do sujeito (DEJOURS; ALDBOUCHELI, 1994). Nesse sentido, Dejours (1994a) salienta que o sofrimento implica em um estado de luta do sujeito contra as forças ligadas à organização do trabalho que o levam na direção da doença mental. Logo, para tornar um trabalho fatigante em equilibrante, faz-se necessária a flexibilidade da organização (DEJOURS, 1992), caso contrário, o trabalho implicará sofrimento.

O sofrimento parte de um contexto determinado, constituído pelas relações estabelecidas no espaço de trabalho e pela interiorização dos processos de dominação. Com o tempo, os trabalhadores podem perder a esperança e estagnar as possibilidades de ação. Ainda, o sofrimento gerado repercute na saúde física e psíquica do trabalhador (WERLANG; MENDES, 2013). Nesse sentido, todos os trabalhadores podem estar expostos a agravos à sua saúde física e mental, gerados por condições em que o trabalho é realizado, incluindo sua organização. O trabalho satisfatório origina prazer, alegria e saúde. Porém, se for desprovido

de significação, não reconhecido ou fonte de ameaças à integridade física e/ou psíquica, pode gerar sofrimento (GLINA; ROCHA, 2010).

É certo que o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se revela através da qualidade de suas aspirações, desejos, motivações e necessidades psicológicas que fazem parte da sua história. Isso atribui a cada sujeito, características únicas e pessoais (DEJOURS, 1994a). Assim, o trabalhador deve ser percebido em sua integralidade, pois sua experiência não pode estar desvinculada de seu trabalho (MENDES, 2003). Dessa forma, o processo saúde-doença não pode ser analisado excluindo-se o contexto em que ele acontece; assim como não se pode dele excluir o sujeito que sofre. O que é subjetivo está intrinsecamente associado ao trabalho, haja vista que na sociedade capitalista, o trabalho é pertinente à manutenção da vida e significação de si (NARDI, 2004).

No ambiente hospitalar, os trabalhadores estão em contato com a realidade da doença e suas consequências, vivenciando conflitos próprios em relação à impotência frente à finitude da vida (CAMPOS, 2011). Eles ficam em contato direto com a vida e a morte e o sofrimento causado nessas situações é denso e carregado de simbolismos; pois, tanto para os profissionais da saúde, quanto para o hospital, a morte é, antes de tudo, um fracasso. O funcionamento hospitalar, regido por normas e procedimentos estabelecidos, permite pouca possibilidade de diálogo entre os atores envolvidos no processo do morrer, bem como a expressão de suas emoções. Por meio do desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e prolongamento da vida, a medicina produziu um novo modo de morrer no hospital que é medicamente monitorizado, controlado, inconsciente, silencioso e escondido (MENEZES, 2004). O hospital é, então, o lugar que pode devolver às pessoas a saúde perdida. Isso é realizado através de procedimentos avançados, alta tecnologia, trabalho das equipes de saúde, acesso a medicamentos, entre outros. Esse espaço enfrenta e confronta o fenômeno da doença e da morte e distancia os familiares no que se refere à vivência plena do processo de morte, formando um quadro de dissimulação e de intransponibilidade (MENDES, 2003).

Por isso, é necessário que a morte deixe de mobilizar recursos e energias. Todavia, isso não significa que os profissionais da saúde, em sua rotina de trabalho, sejam insensíveis ao sofrimento e à morte (MENEZES, 2004). O que acontece é que a maior parte dos hospitais são lugares onde se exerce uma competência técnica cada vez mais exigente, em que, geralmente, não podem ser abordadas questões relativas à vida íntima dos profissionais da saúde e de seus pacientes (HENNEZEL; LELOUP, 1999). Como resultado, a morte é pouco

abordada, tanto na sociedade, em geral, quanto no diálogo entre profissionais da saúde e pacientes. Desse modo, a atitude do trabalhador frente à morte depende de sua própria cultura e do seu preparo profissional (MORITZ, 2005).

No processo de morte e morrer, são instituídas zonas de silenciamento sobre os limites dos tratamentos, seus efeitos adversos, a fragilidade da vida e a vulnerabilidade dos profissionais da saúde. Esses, provocados em suas competências e isolados em suas responsabilidades individuais, vivem os limites com sentimentos de fracasso e impotência pessoal, sustentados a partir do âmbito privado de cada um (PENELLO; MAGALHÃES, 2010). O silenciamento da morte no hospital pode ser resultado da angústia suscitada nos profissionais da saúde. Vivenciar a morte do outro como evento cotidiano não apenas causa estresse como também revela pensamentos da possibilidade da própria morte. Presenciar o sofrimento de outrem não é apenas ser contagiado pelo estado emocional deste, mas imaginar como ficarão seus parentes, seus filhos e seus amigos quando souberem. Ou seja, no contato da iminência da finitude, uma grande dificuldade que o profissional enfrenta é a de ouvir as reações de quem recebe a notícia, sem se deixar impactar e paralisar, pois traz à consciência os pensamentos da própria morte (LAGO; CODO, 2010; OLIVEIRA; SANTOS; MASTROPIETRO, 2010). Tal situação contribui para que os profissionais da saúde se distanciem dos pacientes e familiares, de modo a não entrar em contato com a morte, fato que agrava a situação de dor. Tem-se, então, que o processo de morte e de morrer suscita diversos sentimentos tanto no paciente, quanto naqueles que o circundam. Assim, desempenhar as funções assistenciais em meio a esse contexto consiste em uma tarefa difícil, mas necessária para os profissionais envolvidos.

Pode-se considerar que há entre os profissionais da saúde um risco de ser invadido por uma ansiedade intensa e incontrolada, atenuada ou estimulada pelo próprio processo tecnológico do trabalho no hospital. Com isso, a equipe desenvolve mecanismos de defesas estruturados socialmente que tendem a virar aspectos da realidade externa, na qual novos e antigos trabalhadores da instituição devem entrar em acordo. A insalubridade do trabalho hospitalar e a constante exposição a fatores que causam doenças ou sofrimento derivam da natureza particular deste trabalho e sua respectiva organização. Essa exposição pode ter por consequência sintomas psíquicos e orgânicos (PITTA, 2003). Assim sendo, as condições de trabalho possuem repercussões diretas sobre a saúde do trabalhador, pois o expõem a riscos de adoecer e morrer. O estresse pela sobrecarga de trabalho, menor ingestão de alimentos, diminuição de repouso, instabilidade de horários, exposição a riscos físicos, químicos,

biológicos e sociais, entre outros, ocasionam um maior desgaste da força de trabalho (MENDES, 2003).

O sofrimento do trabalhador possui uma relação íntima com a forma de organização do trabalho. Deve-se considerar, através da perspectiva dejouriana, que a organização do trabalho direciona-se à vontade de outro; ela é a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, recortando o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho (DEJOURS, 1994a). O trabalho, então, conforme a situação, poderá tanto fortalecer a saúde mental quanto deixá-la vulnerável, podendo originar distúrbios que se expressarão individual e coletivamente (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Deve-se pensar a saúde do trabalhador desde sua organização na sociedade e no trabalho, compreendendo-se essa realidade sob a perspectiva de sujeitos coletivos (MENDES; WÜNSCH, 2007). A organização do trabalho intervém na construção da identidade do trabalhador e esta também é formada pela organização social. Assim, quando se observam os efeitos do trabalho na vida dos trabalhadores, são analisadas situações objetivas que determinam o contexto socioeconômico e cultural, do qual são provenientes suas práticas. Tais práticas, por sua vez, são articuladas ao funcionamento subjetivo singular de cada indivíduo, à dimensão subjetiva específica através da qual a experiência do trabalho fica marcada na vida de cada trabalhador (MENDES, 2003).

É certo que os profissionais da saúde apresentam desconforto no decurso do seu trabalho e essa impotência profissional demonstra o desamparo e incerteza destes, evidenciando a necessidade de um trabalho em rede (FURTOS, 2007). Com isso, evidencia-se a importância da saúde mental desses trabalhadores. Não se trata aqui de um modo “absolutamente saudável”, mas sim, pela assertiva de Furtos (2004), de uma saúde mental suficientemente boa, no sentido de ser definida pela capacidade de viver e sofrer em um ambiente dado e transformável sem destrutividade, porém não sem protesto. Dessa forma, conquistando um trabalho diferenciado em torno da morte que permita uma maior capacidade de viver em relação a esta e consigo mesmo; podendo investir e criar no ambiente hospitalar; mesmo produções atípicas e não-normativas. Isso significa incluir a capacidade de sofrer e a noção de um ambiente conversível, ou seja, que possua sempre a possibilidade de construção (FURTOS, 2007).

Tem-se, então, que a realidade do trabalho deve ser compreendida não apenas como técnica, através de dados objetivos e instrumentais, mas igualmente pelo seu aspecto social, relações de cooperação e compreensão, e por sua subjetividade. Tal realidade abrange

mobilização, investimento pessoal, singularidade, cognição, imaginação e criatividade, fatores indispensáveis na efetivação do trabalho (OLIVEIRA, 2009).

Analisando essa relação entre homem e trabalho, Dejours (1992) aponta a importância de o trabalhador ser escutado com o intuito de se compreender como esse vivencia e significa seu trabalho. O sofrimento pode conduzir a diferentes situações como: anulação de ações espontâneas, estagnação da criatividade, apatia, alienação e adoecimento psíquico e físico. Em ação contrária, o sofrimento também pode gerar estratégias criativas de enfrentamento do problema, ocasionando a manutenção da saúde mental do trabalhador. Através da linguagem o trabalhador poderá expressar como vive, como sofre, como constrói e se constrói no e com o trabalho e como se relaciona dentro desse (SZNELWAR, 2008). Daí a importância de perceber o trabalhador desde sua composição mais íntima, suas inter-relações e organização; colocando em evidência seu comportamento para alcançar seu significado (MENDES, 2003).

Nas argumentações tecidas, entende-se que o profissional da saúde vivencia intenso sofrimento, frequentemente experienciado de forma individual e permeado pelo silêncio, no que se refere às suas vivências frente à morte e ao morrer de pacientes. Para aprimorar os conhecimentos sobre esse tema, torna-se necessário conhecer, primeiramente, quais os significados atribuídos à morte e ao morrer por esses profissionais. Entende-se ser esse olhar essencial para possibilitar a riqueza e o potencial explicativo da realidade desses profissionais, pois “o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (TURATO, 2005, p. 509). Portanto, deve-se, em primeira instância, conhecer e interpretar os significados que os trabalhadores atribuem à morte e ao morrer, já que possuem função estruturante na vida psicológica e sociocultural das pessoas. Elas se organizam a partir do que os sentimentos, ideias, assuntos, vivências, fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, entre outros, representam; seja individual ou coletivamente. Esses significados passam a ser compartilhados culturalmente, e organizam o grupo social em torno dessas representações (TURATO, 2000). Logo, o lugar que a morte toma para os profissionais no seu trabalho está relacionado aos significados construídos culturalmente e apenas os conhecendo é que se poderá traçar uma perspectiva ampliada e aprofundada sobre esse tema. Ademais:

a importância de focar o tema da morte está ligada ao fato de que ao falar desta, estamos falando de vida e, ao falar de vida, a qualidade da mesma acaba sendo revista. Esta vem decaindo, em parte, pelo lugar ao qual a morte foi relegada no século XX: do interdito, do vergonhoso, do oculto – uma inimiga a ser vencida a qualquer custo. Quanto mais se nega a morte, mais esta parece fazer-se presente [...] (KOVÁCS, 2005, p. 487).

Percebe-se, frente às questões supracitadas, que os desafios frente ao processo de morte e morrer são muitos, incluindo-se os avanços tecnológicos, a integração entre as diferentes categorias profissionais, os pacientes e seus familiares, além de diferentes valores e julgamentos morais entre os atores sociais (MENEZES, 2009). Assim, ao dar voz às narrativas dos profissionais da saúde, nesta pesquisa, pretende-se possibilitar que possam tomar um lugar de protagonismo em suas práticas, indo ao encontro dos pressupostos preconizados pela política de humanização em saúde.

Tendo em vista o que foi descrito, e entendendo a morte como parte integrante da vida, este estudo consiste em compreender quais são as percepções, os significados, os sentimentos e dificuldades atribuídos pelos profissionais da saúde sobre o cuidado no processo de morte e morrer de pacientes. Para tanto, parte-se de alguns questionamentos que irão conduzir a pesquisa: Quais os significados sobre a morte e o morrer atribuídos pelos profissionais da saúde? Quais os sentimentos dos profissionais da saúde que realizam o cuidado aos pacientes que se encontram em final de vida? Qual o lugar da morte no cotidiano hospitalar? Há sofrimento frente ao trabalho com pacientes em fim de vida? E (se sim) como se expressa o sofrimento dos trabalhadores da saúde frente ao cuidado desses pacientes? Como se manifesta a saúde mental dos profissionais da saúde frente a vivência cotidiana nas situações de terminalidade?

Com base no exposto, o presente estudo tem como objeto de estudo, objetivo geral e objetivo específico respectivamente:

Objeto de Estudo:

- O cuidado de pacientes em processo de morte e morrer, realizado pelos profissionais da saúde.

Objetivo Geral

- Descortinar o interdito sobre a morte e o morrer, as percepções, os significados, os sentimentos e dificuldades atribuídos pelos profissionais da saúde sobre o cuidado de pacientes em processo de morte e morrer.

Objetivos Específicos

- Identificar os significados conferidos para a morte;

- Conhecer as vivências dos profissionais da saúde no cuidado de pacientes em processo de morte e morrer;
- Conhecer os sentimentos atribuídos pelos profissionais da saúde quando da piora ou morte de um paciente;
- Conhecer as interfaces do trabalho no contexto hospitalar e o lidar com a morte e o morrer de pacientes pelos profissionais da saúde;
- Apontar possíveis efeitos na saúde mental dos profissionais que realizam o cuidado de pacientes no fim de vida.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo apresenta uma revisão bibliográfica composta pelos temas: lugar da morte no decorrer do tempo; o trabalho dos profissionais da saúde no cuidado de pacientes em processo de morte; saúde do trabalhador e saúde mental. As considerações e reflexões tecidas darão suporte para a análise dos dados coletados.

3.1 O lugar e a imagem da morte através do tempo

Acho que para recuperar um pouco da sabedoria de viver seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da Morte. Mas, para isso, seria preciso abrir espaços em nossas vidas para ouvir a sua voz (ALVES, 1991, p. 65).

A morte é algo importante de ser pensada; em torno dela se revelam tensões, rupturas e evoluções. Por meio de sua descontinuidade na história humana, a morte envolve os processos fundamentais da reprodução social (CHIFFOLEAU, 1996). Ela é mais que a simples destruição do estado físico e biológico. Significa a perda do ser em relação ao outro, ou seja, é a destruição de um ser social em interação. Por isso, o primeiro vazio da morte é um vazio interacional, pois atinge uma globalidade do social. O desaparecimento de um indivíduo da organização social coloca em crise todo o sistema. Isso porque a morte de alguém não se configura em um evento isolado, ela representa tantos eventos quantas relações possuía essa pessoa. As relações formam o tecido social que fica em risco de se romper ou se rompe definitivamente com a morte (RODRIGUES, 2006).

A morte foi retratada nos mais antigos documentos humanos. As manifestações de pensamento desde os homens das cavernas são sobre a morte. Sepulturas encontradas por arqueólogos datam de oitenta a trinta mil anos antes de Cristo. Quarenta e cinco séculos antes de Cristo já existia, no Egito, um deus da morte. A consciência da morte e a necessidade de se enterrar os mortos influenciaram o pensamento humano, causando diferentes interpretações sobre o sentido da vida. Portanto, torna-se importante uma retrospectiva histórica para que se possa entender mais sobre como a morte é tratada/falada hoje (CHIAVENATO, 1998). É preciso compreender o curso da morte, enquanto proximidade e afastamento da vida social, pois é condição importante para o entendimento do próprio fim, a própria individualidade e dos tempos contemporâneos (WERLANG; MENDES, 2012).

3.1.1 Morte Domada

No início da história humana, a morte era frequente e não escandalizava. Foi preciso de 45 mil a 100 mil anos para individualizar a morte. Essa individualização pode ser o fato mais importante para o conceito atual de morte, pois através dela diversos acontecimentos se unem: o progresso da ciência e o recuo da Igreja em defender suas crenças (CHIAVENATO, 1998). Na idade média, a morte era domada, como chamava Ariès (2003). Sabia-se que iria morrer, ao contrário a morte seria terrível, como a morte súbita ou causada pela peste. O aviso da morte próxima era algo prático e simples, ocorria através dos signos naturais ou por uma convicção íntima. As pessoas sabiam de sua morte, poderia haver revolta, mas não a recusa deste destino. Cristãos ou não, o modo de morrer era igualmente simples (ARIÈS, 2003).

De acordo com Chiavenato (1998), o temor da morte existe desde os tempos remotos e muito se deve às religiões: o que há de persistente entre as religiões primitivas e as modernas é o medo da morte. Ao acreditar que a vida e a morte são dons divinos, teme-se, conscientemente ou não, a morte como manifestação de Deus ou dos deuses. É importante ressaltar que a morte, na idade média, não era um fim, mas uma passagem (CHIFFOLEAU, 1996). Não havia como ser assegurada uma morte sem dor, visto que antigamente as possibilidades de aliviar o sofrimento eram menores. Portanto, morrer nessa época poderia significar tormento e dor. A morte, nesse período, era menos oculta, mais presente, mais familiar, mas não quer dizer que fosse mais pacífica (ELIAS, 2001).

Com a morte próxima, o moribundo tomava suas providências. No cristianismo, devia esperar a morte no leito, deitado de costas para que seu rosto estivesse voltado para o céu. As mãos deveriam estar estendidas em atitude de oração. A partir do século XII, as estátuas sobre os túmulos eram representadas com as mãos cruzadas sobre o peito; atitude do arcebispo Turpin, em Roncevaux, antes de morrer. No judaísmo, o moribundo se virava em direção a parede para esperar a morte (ARIÈS, 2003). Para aqueles que acreditam em Deus, a morte vem a ser uma passagem para outro estágio. Apenas para o ateísmo a morte é um fim, destrói o ser. Para os ateus não existe a morte, o que existe é a vida e o fim da vida (CHIAVENATO, 1998).

Para os religiosos, no cerimonial do moribundo, o primeiro ato era um lamento da vida: “uma evocação, triste mas muito discreta, dos seres e das coisas amadas, uma súplica reduzida a algumas imagens” (ARIÈS, 2003, p. 32); uma emoção que fazia parte do ritual. Após o lamento, era hora do perdão das numerosas pessoas que rodeavam o moribundo. Um

perdão perante Deus e, da mesma forma, o moribundo recomendava Deus aos sobreviventes. Um momento para esquecer tudo e pensar somente em Deus. Posteriormente, era dada pelo padre a absolvição sacramental. A extrema-unção era destinada apenas aos clérigos e monges. Após, restava apenas esperar a morte. Uma cerimônia simples sem caráter dramático ou emoções excessivas. A morte era, para cada um, a confirmação do destino, na qual a personalidade do moribundo não era apagada, apenas adormecia (ARIÈS, 2003).

Essa cerimônia era organizada pelo próprio moribundo. Ele sabia todos seus passos. Também era pública: todos participavam, conhecidos ou não. Ao avistar o cortejo do padre em direção à casa do moribundo, as pessoas, na rua, inclusive crianças, acompanhavam-no e entravam no quarto do moribundo livremente (ARIÈS, 2003). Vários intercessores rodeavam o moribundo, mesmo que sem consanguinidade, como se a presença da família e dos vizinhos não fosse suficiente para completar o rito de separação. A imagem dos figurantes no cortejo era como se fosse o último passeio em família. Os funerais eram verdadeiros espetáculos (CHIFFOLEAU, 1996). A presença de outras pessoas reconfortava o moribundo, mas havia casos em que os herdeiros, em volta do leito, zombavam do doente. A Idade Média foi um período instável, no qual a violência era comum e a guerra era, muitas vezes, a regra em detrimento da paz. As pessoas eram capazes, tanto de gentilezas quanto de crueldade bárbara, alegria pelo tormento dos outros e indiferença em relação aos seus sofrimentos (ELIAS, 2001).

O ritual de passagem no quarto do moribundo continuou por séculos. Porém, tornou-se mais dramático na medida em que além do cerimonial, começa-se a interpretar o Juízo Final. Esse era particular a cada indivíduo (ARIÈS, 2003). Em suma, a vida na sociedade medieval era mais curta, os perigos eram menos controláveis, a morte, na maioria das vezes, era mais dolente e o medo da punição era maior. Entretanto, a participação das pessoas na morte de alguém era muito mais comum (ELIAS, 2001).

No decorrer do tempo, a morte e a biografia pessoal de cada um tornou-se mais próxima. A morte era o momento em que o homem tomava consciência de si mesmo. A partir dos séculos XIV e XV, acreditava-se que o moribundo revia sua vida antes de morrer e, assim, dar-se-ia a conclusão de seu juízo (ARIÈS, 2003). Trata-se da individualização da morte, com o moribundo cumprindo diferentes rituais, que poderiam modificar seu destino (CHIAVENATO, 1998). Tanto ricos quanto pobres tinham medo da punição depois da morte e angústias frente à salvação da alma. Como garantia, os príncipes mantinham igrejas e mosteiros financeiramente, e os pobres rezavam e se arrependiam (ELIAS, 2001).

Ao fim da idade média, o ritual da morte tomou um caráter mais dramático, com emoções antes inexistentes. O homem sabia que era “um morto em suspensão condicional” (ARIÈS, 2003, p. 58), tendo uma grande paixão pela vida, incluindo-se, nessa, as coisas, os homens, os cavalos e os cachorros. E, “no espelho de sua própria morte, cada homem redescobria o segredo de sua individualidade” (ARIÈS, 2003, p. 63). É importante ressaltar como a organização da morte encontra-se entrelaçada na garantia de ordem e da hierarquia social. Essa rede de traços coordenados retrata o clima social de uma época. Logo, pode-se considerar que “a morte é o reflexo da visão do mundo” (VOVELLE, 1996, p. 25). A atitude dos homens diante da morte é relevante para seu comportamento social (OEXLE, 1996).

Entre os séculos XIV a XVI, a morte referida nos testamentos trazia a ideia da morte no leito. O temor à morte física e a decomposição eram ausentes nos testamentos e na mentalidade comum. O testamento em si não era apenas a passagem dos bens, e sim um meio de afirmação de convicções e dos pensamentos mais profundos (ARIÈS, 2003). A sua função era mais religiosa, cumprindo os últimos desejos do moribundo, do que propriamente de dividir bens (CHIAVENATO, 1998). Ainda no século XIV, grandes crises de mortandade, principalmente, ocasionadas pela peste, modificaram a maneira de se pensar sobre a morte e o morto. As obrigações com os moribundos foram extintas, mesmo por parentes próximos. Apenas os servos da peste levariam o morto até a sepultura. A morte recebeu grande indiferença (OEXLE, 1996). A peste matava em grandes ondas, não havia controle da epidemia. As pessoas temiam a morte ao seu redor e os pregadores e os frades mendicantes reforçavam o medo (ELIAS, 2001).

Mesmo possuindo familiaridade com a morte, os mortos eram temidos e mantidos longe dos vivos. Realizavam-se cultos funerários, honrando as sepulturas com o objetivo de manter os mortos a distância, impedindo-os de perturbar os vivos (ARIÈS, 2003). O culto aos mortos era sustentado pelo próprio medo do morto (OEXLE, 1996). Por isso os cemitérios eram situados fora da cidade, na periferia. No entanto, chegou um momento no qual não se distinguia mais os bairros periféricos e a cidade. Os mortos acabaram misturados com os habitantes das periferias que se desenvolveram em torno das abadias (ARIÈS, 2003).

Enterrar os mortos é, aparentemente, a relação mais íntima com a morte (CHIAVENATO, 1998). A construção funerária era mais importante que o local onde era colocado o corpo. Os mais pobres eram colocados em grandes fossas comuns, sem caixão. Já os mais ricos eram enterrados no interior da igreja, diretamente na terra, sob lajes no chão. Não havia a ideia moderna de se enterrar individualmente, em um jazigo próprio (ARIÈS,

2003). Na época da peste, nas classes médias e inferiores, os corpos eram deixados nas ruas. Grandes buracos eram abertos para que os corpos fossem jogados como mercadorias (OEXLE, 1996).

A partir do século XIII, reaparecem sobre os túmulos as imagens de santos ou similares, ausentes desde o século V. Imagens de personagens importantes, como os clérigos, são esculpidas como retratos realistas em cima dos túmulos. Mas eram as placas nas paredes da igreja, entre os séculos XVI a XVIII, que constituíam a forma mais difundida de monumentos funerários. O que importava era a identificação do morto e não o conhecimento do local exato onde se encontrava o corpo. As placas traziam, na maioria das vezes, inscrições testamentais, as quais continham os termos de doação e os compromissos do padre e da paróquia. Os ossos de todos eram levados, posteriormente, para os carneiros. Nos séculos XVI e XVII, pouco importava o destino dos ossos, desde que eles ficassem perto dos santos ou da igreja, a quem era confiado os corpos (ARIÈS, 2003).

Os cemitérios, em torno da igreja, eram locais públicos. Também eram locais de asilo e refúgio, onde eram construídas casas e tendas de mercadorias. Consistiam como lugares de encontro comunitário onde se realizavam feiras e atividades sociais. Os vivos estavam tão familiarizados com os mortos quanto com sua própria morte (ARIÈS, 2003; CHIAVENATO, 1998). O canto e a dança, em torno das sepulturas, são expressões de que os vivos conectam os mortos em sua sociedade, deixando-os fazer parte de suas vidas (OEXLE, 1996).

Porém, no fim do século XVII, começavam os sinais de intolerância de se co-habitar junto aos cemitérios. As sepulturas eram deixadas abertas para exalar o cheiro fétido e espantar as pessoas. Reprovava-se a atitude da igreja em não cuidar dos corpos, apropriando-se do dinheiro das missas e deixando-os à exibição, violando a dignidade dos mortos (ARIÈS, 2003). Nessa época, o episcopado na França exigiu a proibição dos sepultamentos nas igrejas e a transferência dos cemitérios para longe das cidades. A presença dos mortos, no vínculo social com os vivos, foi suprimida por considerações sanitárias. Nesse momento, a concepção do morto enquanto pessoa foi substituída pela ideia de morto como corpo, cuja presença é inconveniente e necessita ser afastada (OEXLE, 1996). No fim do século XVIII, os cemitérios e sepulturas deveriam ser retirados das cidades. Já era de conhecimento médico que os vapores que exalavam das sepulturas propagavam a peste e outras doenças. Em cidades mais populosas, eram frequentes as febres malignas e pútridas e doenças periódicas, representando grande perigo para a saúde pública (ARIÈS, 2003).

Por acreditarem que as emanções dos mortos transmitiam doenças, eram acesas fogueiras, pois o calor do ar removeria o ar estagnado (CHIAVENATO, 1998). Há então as transferências dos cemitérios e regulamentações das sepulturas. O progresso da medicina e higiene tornou os cemitérios insalubres e intoleráveis às manifestações que neles aconteciam até então. Porém, a transferência dos cemitérios para fora das cidades também continha outro significado: salvá-los da corrupção, vícios e misérias das cidades, devolvendo-os à natureza, às inocências e pureza; permitindo, assim, o culto aos mortos em um lugar de recolhimento e pensamento para estes (ARIÈS, 2003).

Do século XVI ao XVIII, a morte obtém um sentido erótico. Na arte e na literatura a morte era associada ao amor. Ela torna-se, assim como o sexo, uma violação ao homem, é uma ruptura que carrega o homem a um mundo irracional e cruel. A noção de ruptura aparece através das fantasias eróticas. Ela deixa de ser desejada e passará a ser admirada por sua beleza. Foi uma grande mudança, ainda que no mundo imaginário, na relação entre o homem e a morte. Já em meados do século XVII até o século XIX, vida e morte tornaram-se confundíveis, ou seja, surge o medo de ser enterrado vivo e da morte aparente; esta entendida por um estado de grande insensibilidade, sendo indistinguível da vida (ARIÈS, 2003).

Entre os séculos XVII a XVIII, sob a ação da Reforma católica, a crença era a de que uma boa morte cobria todos os erros. Mesmo assim, ainda se reconhecia a importância do moribundo frente a sua morte. Mas, ao findar o século XVIII, a morte ganha um novo sentido. Ela torna-se mais dramatizada e exaltada. Se gasta menos tempo com sua própria morte e a morte romântica torna-se a morte do outro. O luto durava certo tempo e permitia a família do morto uma manifestação de dor nem sempre condizente com a realidade. Mas assim como os outros ritos, o tempo de luto era respeitado e a manifestação de dor possuía um limite fixado pelas conveniências (ARIÈS, 2003).

Um dos traços do romantismo inclui a ideia de complacência na hora da morte. O testamento que anteriormente continha os pensamentos do moribundo, os afazeres do clérigo, da igreja e da família após sua morte; passa a destacar apenas a distribuição dos bens, sendo, então, laicizado neste século. Logo, mudou-se o estilo e o tom dos testamentos, bem como sua função. Essa mudança relaciona-se ao sentimento da família. Desde esse século, o moribundo deixa de estar só frente ao seu destino. A família, antes mantida afastada, passa a fazer parte da cena e acompanham o moribundo até seu último instante. Não eram mais precisas cláusulas legais escritas no testamento para que as vontades do moribundo fossem respeitadas, bastava apenas que elas fossem ditas aos familiares (excluindo-se aqui a partilha dos bens que

se mantém nos testamentos até hoje). A afeição familiar triunfou sobre a desconfiança tradicional que antes existia na escrita dos testamentos. No entanto, o sentimento familiar que surge diz respeito, mais especificamente, a uma solidariedade coletiva do que propriamente à expressão de uma afetividade moderna. É importante ressaltar que antes o moribundo exercia soberania de sua própria vida e morte. Quando ele começa a dividir sua vida com a família, esse comportamento também se reflete na hora de sua morte (ARIÈS, 2003).

Os túmulos passam a testemunhar a presença dos mortos, não mais se aceitando o desaparecimento do corpo do ente querido e obtendo a possibilidade de visitá-lo, apegando-se aos restos. Nesse momento, opta-se por se conservar os mortos em casa, enterrando-os nos pátios. Assim, a sepultura tornou-se uma propriedade. A recordação, nessa mudança, atribui ao morto certa imortalidade. A partir do século XIX, a morte passa a comover. Toma um caráter exaltado vindo do positivismo, mas adotado pelo cristianismo com veemência. Continuam-se os ritos das cerimônias, porém a morte é agitada pela emoção que surge com a intolerância da separação. Quem está à volta do moribundo procura ocultar a gravidade do seu estado. A verdade é escondida. O limite de dor durante o luto não foi mais respeitado, acontecendo com uma ostentação além do usual. Após sete séculos de moderação, a dor tornou-se espontânea, resultado de uma maior dificuldade de aceitar a morte do outro (ARIÈS, 2003).

3.1.2 Morte Interdita

A partir do século XIX, a atenção dada à beleza física do morto revela o medo da morte. Um medo profundo expressado pelo interdito através do silêncio. A morte começa a camuflar-se, trazendo ao moribundo, aos que o cercam e à sociedade, perturbação e emoção demasiadamente fortes. Também se evita a simples presença da morte para não interferir na vida. Os ritos anteriores começam a perder seu caráter dramático e a morte começa a ser escamoteada. O culto aos mortos, tanto das igrejas cristãs quanto do materialismo ateu, torna-se uma lembrança ligada ao corpo, à aparência corporal (ARIÈS, 2003). Na sociedade norte-americana, por exemplo, há cursos de nível universitário para embelezar os mortos. Os profissionais especializados preparam o morto, vestindo-o e o maquiando, aplicando, por vezes, um sorriso impróprio no rosto. Eles também criam o cenário para o funeral; dando a ilusão de que o morto é somente mais um convidado, que não morreu ou que apenas “vai partir” (CHIAVENATO, 1998). Neste século, foram alternadas a crença no progresso e a

crença nas vitórias da ciência. A explicação idealista, a partir do progresso da razão, foi associada à explicação materialista, do triunfo da vida sobre a morte (VOVELLE, 1996). Tem-se, então que, quanto mais se avança na ciência, mais se teme e se nega a realidade da morte (KÜBLER-ROSS, 2008).

Há uma grande recusa da morte no século XX e ela muda de lugar. A morte substitui o sexo como principal interdito. A literatura, a poesia e a filosofia sempre abordaram o discurso da morte, porém, os cientistas, bem como as pessoas comuns, calaram-se diante dela, como se a morte não existisse (ARIÈS, 2003). Em contra partida, Menezes (2009) afirma que, neste século, as ciências humanas e, principalmente, as ciências sociais obtiveram grande incremento de produção sobre o processo de morrer, ao dar ênfase às mudanças de atitudes e representações frente à morte e ao morrer, bem como a reflexão sobre a fragilidade dos vínculos sociais, ocultamento e exclusão dos doentes. Existe uma relutância dos adultos frente à familiarização das crianças sobre os fatos da morte. Este escamoteamento da morte às crianças faz parte do sintoma de recalçamento nos planos individual e social. A dificuldade está em como se fala às crianças sobre a morte (ELIAS, 2001). Elas costumam ser mandadas para casas de parentes, afastadas da situação, pois se considera que seria demais para elas. Inventam-se mentiras de que a pessoa que morreu foi fazer uma viagem ou outras histórias (KÜBLER-ROSS, 2008).

Com a industrialização e urbanização, os doentes começaram a morrer no hospital (CHIAVENATO, 1998; ROTHMAN, 2014), longe das famílias e separados em leitos para pacientes terminais. Muitas vezes ligados a aparelhos e mantidos em vida vegetativa até o momento em que os médicos decidem desligar os equipamentos (CHIAVENATO, 1998). Em 1949, apenas 40% dos americanos com mais de 65 anos de idade morreram no hospital. Porém, ao longo das próximas décadas, com o hospital cada vez mais monopolizado na prestação de cuidados e com aumento da sua reputação para a cura, a tendência para óbitos hospitalares acelerou-se. No final de 1970 e início de 1980, mais da metade das mortes nos Estados Unidos ocorreram em hospitais, enquanto a proporção de mortes domiciliares caiu para 15%. É certo que, dentro de um hospital, a morte e o morrer são cada vez mais incluídos de rotina intensiva de cuidados através da introdução das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (ROTHMAN, 2014).

Assim sendo, a morte abandonou o meio familiar e passou a ser ocultada, considerada como um tabu incontestável e inaceitável; impensada e desprovida de sentido. Dessa forma, ela transformou-se em algo não natural e não familiar (HENNEZEL, 2006). Há uma

degradação da morte com os indivíduos e novas formações sociais que permitem a morte entrar no contexto médico-hospitalar; transferindo-a do sagrado para a ciência e tecnologia (WERLANG; MENDES, 2012).

Conseqüentemente, o hospital passa a ser o lugar no qual se oferece os cuidados que não podem ser oferecidos em casa. Morre-se no hospital porque os médicos não conseguem curar. Com o progresso da medicina, sabe-se cada vez menos quando uma doença grave é mortal. A morte é, nesse momento, um fenômeno técnico ocasionado pela parada dos cuidados; declarada pelos médicos e pela equipe hospitalar: “a morte foi dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração [...]” (ARIÈS, 2003, p. 86). Morrer tornou-se solitário, desumano e mecânico (KÜBLER-ROSS, 2008). A morte é tratada através dos progressos técnicos da medicina, havendo redução nas taxas de mortalidade, principalmente infantil e neonatal, e prolongando a expectativa de vida. Porém, ao mesmo tempo, através do controle social da saúde e da doença, produziu-se um afastamento da morte das consciências individuais (MENEZES, 2009).

A equipe hospitalar torna-se dona do novo domínio da morte, pois a família é tão alienada quanto o moribundo. O morrer precisa acontecer de modo aceitável. E a emoção dos familiares deve ocorrer às escondidas. A morte deve aparecer o mínimo possível, principalmente às crianças. A expressão demasiada da dor é tida como perturbação mental ou má-educação e hesita-se em desabafar. O luto é solitário e envergonhado (ARIÈS, 2003). A mudança do local de morrer implicou nos sentimentos sobre a morte. O luto foi se esvaziando, submetendo-se a novos costumes ditados pela sociedade industrializada. Quem perde um ente querido deixa de emitir sinais de dor, não recorrendo a conforto sentimental. Vive-se a dor isoladamente; o fim do luto ostensivo contribui no aumento de sentimentos de angústia e isolamento. Não se trata de insensibilidade, mas sim de imposições da sociedade industrial que se sobrepõem aos sentimentos, causando desconforto e preconceitos se esses forem demonstrados (CHIAVENATO, 1998).

A morte esvaziou-se de sentido. O interdito sobre ela paralisa, bloqueia as reações tanto do círculo familiar quanto do círculo médico:

[...] não há mais resquícios, nem da noção que cada um tem ou deve ter de que seu fim está próximo, nem do caráter de solenidade pública que tinha o momento da morte. O que devia ser conhecido é, a partir de então, dissimulado. O que devia ser solene, escamoteado (ARIÈS, 2003, p. 235).

A atitude atual é negar a dor e o sofrimento como fim da vida de um ente querido. Assim, um padrão aceitável de morte é instituído entre os doentes, a família e os profissionais da saúde (PITTA, 2003). O que importa é que a morte aconteça de uma maneira aceitável ou tolerável aos sobreviventes. A sociedade inteira se comporta como uma unidade hospitalar. Da mesma forma que o moribundo deve superar seus sentimentos e se comportar adequadamente frente à equipe médica, a família igualmente deve esconder seu sofrimento (ARIÈS, 2003).

Destarte, no curso da civilização, as atitudes das pessoas frente à morte e a própria forma de morrer sofreram mudanças. Antigamente, morrer era um evento público. Era difícil as pessoas estarem sozinhas em vida, pois elas estavam constantemente juntas; aspecto facilitado pelas moradias da época. Assim, nascimento e morte, bem como outros aspectos da vida, eram eventos públicos e sociáveis, enquanto que na sociedade atual esses acontecimentos são muito mais privativos (ELIAS, 2001). As representações coletivas em torno da morte se alteraram a partir de uma evolução lenta. As atitudes frente à morte apresentam uma reflexão à história das mentalidades. As modificações das atitudes acontecem por crises de sensibilidade coletivas, que originam os momentos de mobilidade. Tais crises não afetam somente a representação da morte, tudo é afetado: da família aos sistemas de valores recebidos, a atitude diante da vida, o casamento e o sagrado (VOVELLE, 1996). Além disso, a atitude frente à morte e à imagem da morte na sociedade atual também podem ser entendidas através da segurança relativa, previsibilidade da vida individual e à expectativa de vida correspondentemente maior. Com a vida mais longa, pensar na morte ou se preparar para ela fica adiado e, por isso, é mais fácil esquecer a morte no curso da vida (ELIAS, 2001). Afastar-se da morte favorece o tabu, pois não se discute a morte em si, aumentando a incompreensão sobre esta (CHIAVENATO, 1998).

Esconde-se do doente sua situação. As pessoas lúcidas também são enganadas por meio de falsas esperanças, perdendo a oportunidade de se preparar para a morte (CHIAVENATO, 1998). Essa nova regra moral mantém o moribundo na ignorância de sua morte. Esse costume está relacionado aos progressos do sentimento familiar e ao monopólio da família. A família não mais suporta ter que informar o doente sobre sua morte próxima e este vive seus últimos momentos, alheio ao que lhe ocorre, tornando-se infantilizado por sua família. É privado ao doente o conhecimento de sua morte, sua preparação e organização. Porém, com frequência, o doente pode ter consciência da sua situação, mas se porta como se

nada soubesse, a fim de poupar a família. Falar sobre morte e admiti-la nas relações sociais é gerar uma circunstância excepcional, excessiva e dramática (ARIÈS, 2003).

A atitude frente à morte modificou-se tanto no âmbito familiar em relação ao moribundo, quanto com a variabilidade da duração do processo de morrer. Antes, a morte próxima tinha certa regularidade, porém, os progressos da medicina a prolongou. A sociedade adia pelo maior tempo possível a vida dos doentes, no entanto não os ajuda a morrer. A espera pela hora da morte tira a dignidade do moribundo, conectado por diversos aparelhos no hospital; fere a sensibilidade da família, já esgotada pela espera e desmoraliza médicos e enfermeiros que não puderam curá-lo, mesmo com o avanço da medicina (ARIÈS, 2003). O paciente não é visto como pessoa, e sim como objeto de atuação do médico, sendo passivo, submisso e silencioso. Os doentes dificilmente são consultados sobre seus desejos e, ao invés de repouso e tranquilidade, recebem aparelhos, transfusões, picadas, introdução de tubos e cateteres e exames invasivos. Há extrema preocupação com os órgãos e se esquece da pessoa (KÓVACS, 2010a).

Uma representação desse tipo de morte, um tanto perversa e asséptica pela medicina está no livro “A morte de Ivan Ilitch”, escrito em 1886 por Tolstói (2007). O livro descreve uma morte vazia, ainda que tenha acontecido em casa, é repleta de dor e solidão. A vida de Ivan Ilitch está dividida entre o sentido da existência e o avanço da ciência. Uma morte marcada pelos sofrimentos físicos e, principalmente, morais, quando se tomava a consciência de que a vida não foi como devia ter sido. A morte agora é só. E o que mais atormentava Ivan Ilitch era a mentira, mantida por todos, de que ele estava apenas doente e não morrendo: bastava apenas seguir as ordens médicas que ele iria melhorar.

Em suma, nunca foi fácil morrer, porém, antigamente, as pessoas rodeavam o moribundo e ouviam suas comunicações até seu último suspiro. Hoje, nos hospitais, o doente não é mais escutado, e sim observado como um caso clínico. Isolado, sempre que possível, e tratado como uma criança irresponsável, deixando sua palavra sem sentido ou autoridade (ARIÈS, 2003). É através da tentativa de negação da morte que se procura proteger a pessoa em estado terminal. Na verdade, protege-se a si próprio da forte perturbação que causaria uma conversa em relação à morte. Com efeito, o moribundo finge que não sabe que vai morrer. A recusa da morte não permite sua antecipação e ao privar o doente de sua morte lhe é tirado o direito de viver seus últimos momentos (HENNEZEL, 2006). Aparece a cremação como forma de fazer desaparecer e esquecer o que pode restar do corpo. Ele exclui o culto aos cemitérios e à peregrinação aos túmulos. No entanto, a fuga da morte não tem ligação quanto

à indiferença ou à insensibilidade em relação aos mortos. Ao contrário, o recalque da dor apenas aumenta o trauma da perda (ARIÈS, 2003).

A morte virou um tabu, um interdito social em que a ordem do discurso está intensamente alicerçada. A construção social sobre a morte alinha o discurso e, por isso, a manutenção do interdito agrava a dificuldade em lidar com a morte. O problema social da morte é de difícil resolução. A sociedade não se identifica com os moribundos. Muitas vezes, a partida de alguém começa muito tempo antes do adoecer e morrer. A fragilidade das pessoas que envelhecem é suficiente para isolá-las do mundo. Há um afastamento dos idosos e dos moribundos do social, suas relações esfriam, distanciam-se, há perda do que lhes dava segurança e sentido. Essa decadência é igualmente difícil para quem é deixado sozinho. (ELIAS, 2001). A velhice é a fase do desenvolvimento humano que mais possui estigmas e atributos negativos (KOVÁCS, 2010a).

Ao longo do tempo a sociedade desenvolveu medos, angústias, teorias e preconceitos sobre a morte. Tais conceitos e usos reproduzem na sociedade e conjecturam suas necessidades políticas. A cultura se reproduz como decorrência de uma base socioeconômica e a morte reflete na cultura (CHIAVENATO, 1998). A convenção social dá às pessoas algumas expressões estereotipadas ou formas padronizadas de comportamento frente à morte para tornar mais plausível o enfrentamento das emoções nessas situações; porém, parecem superficiais e vazios, constringendo as pessoas com seu uso e soando pouco sinceras aos jovens. No entanto, não existem novos rituais que expressem os reais sentimentos para tornar esse momento mais fácil (ELIAS, 2001).

O medo de morrer alcança a todos, independente da idade, sexo, nível socioeconômico e crença religiosa (KOVÁCS, 2010a), nem mesmo se fala sobre ela. Diferentes eufemismos são utilizados, como: “*ele se foi*”, ou “*ele já não está mais aqui*” (CHIAVENATO, 1998, p. 112, grifo do original). Parece que há medo até mesmo em pronunciar a palavra “morte”, o que, segundo Chiavenato (1998), indica a crença da imortalidade do homem.

3.1.3 Morte Reumanizada: cuidados paliativos

Para cuidar é preciso se deixar tocar, abrir as antenas da sensibilidade para captar os sinais emitidos por aqueles sob seus cuidados (KOVÁCS, 2014, p. 102).

Lentamente cresce o discurso de direito a uma morte digna, com autonomia individual, evidenciando um cenário de mudanças sociais significativas em torno das representações sobre a morte e o morrer (KOVÁCS, 2003). A morte com dignidade gera discussões importantes nos dias atuais. A “qualidade de vida no processo de morrer não deveria significar incompatibilidade, mas sim complementaridade com a manutenção da vida” (KOVÁCS, 2014a, p. 101).

O movimento dos cuidados paliativos está relacionado à busca da rehumanização do processo de morrer (KOVÁCS, 2003). O projeto Hospice, fundado por Dame Cicely Saunders em 1967, propõe um modelo de cuidados ao fim da vida. Busca-se diminuir a dor e demais sintomas dos doentes e permite maior autonomia e independência dos mesmos. A proposta aproxima o doente às decisões que serão tomadas (MENEZES, 2009; ROTHMAN, 2014). O nome *hospice* está ligado à ideia de um lar, de hospitalidade para viajantes e de lugar de descanso; revelando uma nova forma de cuidar (KOVÁCS, 2010a).

Apresenta-se um novo caminho para a questão do que fazer quando “não há nada mais a fazer” pelo paciente, pois a cura da doença não é mais possível. Revelando a importância da dor física, mas sem esquecer o isolamento social, o sofrimento psíquico e espiritual causado pela doença. Palição, originária da palavra “pallium”, significa cobrir, aliviar; como um manto de afeto que protege (KOVÁCS, 2003). Logo, os cuidados paliativos resgatam a morte com dignidade, um dos objetivos dos profissionais paliativistas (KOVÁCS, 2014a). Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS – em 1990 e revista em 2002 ([s.p.]):

cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA ([20--]), os princípios dos cuidados paliativos são:

- fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas.
- reafirmar vida e a morte como processos naturais.
- integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
- não apressar ou adiar a morte.

- oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.

- oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte.

- usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

E os pontos fundamentais no tratamento são (INCA, [20--]):

- a unidade de tratamento compreende o paciente e sua família.

- os sintomas do paciente devem ser avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz através de consultas frequentes e intervenções ativas.

- as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser feitos com base em princípios éticos.

- os cuidados paliativos devem ser fornecidos por uma equipe interdisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma.

- a comunicação adequada entre equipe de saúde e familiares e pacientes é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte.

Sendo assim, os cuidados paliativos apontam à “visibilidade e aceitação social do morrer, a partir da construção de novas concepções para a vida e, sobretudo, novas significações para a morte” (MENEZES, 2009, p. 232). A proposta fundamental é oferecer conforto, calor e proteção aos pacientes, favorecendo uma sensação de segurança; dentro de uma inter-relação entre os cuidados ativos e paliativos. Os cuidados paliativos abrangem tanto os cuidados de pacientes no fim da vida, quanto daqueles com doenças incuráveis, buscando maior qualidade de vida em todas as etapas do processo de recuperação (KOVÁCS, 2003). O alívio do sofrimento através dos cuidados paliativos independe da crença religiosa e exalta a dignidade humana no fim da vida. É uma forma de abrandar a transição entre a vida material e a morte. Mas, é inerente ao trabalho do profissional procurar conhecer e compreender a opinião dos pacientes e dos familiares quanto às crenças religiosas (XAVIER; MIZIARA; MIZIARA, 2014).

Os cuidados acontecem através de uma equipe multidisciplinar, que deve possuir preparo para lidar com medos, angústias e sofrimentos do paciente e de sua família frente à

realidade da finitude humana. A dor, o sofrimento e a espiritualidade são tratados no intuito de atender o ser humano em sua globalidade na fase final de sua vida (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007). A equipe de trabalho deve se constituir como equipe afinada, sintonizada e harmônica, buscando o cuidado integral da pessoa através da escuta e acolhimento das histórias e sentimentos, utilizando os sentidos, o olhar e o toque (KOVÁCS, 2014a). Os cuidados podem ocorrer em todas as instituições ou domicílio (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005). O trabalho realizado é harmônico e convergente, sendo o foco da atenção o doente, visto como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e autônomo nas decisões a respeito de seu tratamento. A atenção é individualizada ao doente e à sua família, buscando controlar os sintomas e prevenir o sofrimento (MACIEL, 2008).

Em contra partida, os futuros profissionais da saúde aprendem no curso de graduação a investigar, diagnosticar, prolongar a vida e curar. E, quando se deparam com um paciente terminal, eles consideram que existe pouca coisa a fazer e sentem grande angústia frente à morte inevitável do seu paciente (SANTOS, 2009). Aprendem a prolongar a vida, mas recebem insuficiente treinamento ou esclarecimento sobre o que é vida (KÜBLER-ROSS, 2008). Isso leva muitos profissionais a perderem o discernimento e continuarem tentando medidas obstinadas quando a morte já venceu a batalha (KOVÁCS, 2010), se é que se pode considerar a prática dos profissionais e o fim da vida como uma verdadeira guerra.

Todavia, pacientes “fora de possibilidades de cura” (grifo do original) recebem assistência inadequada, focada na tentativa de cura, através de métodos invasivos e de alta tecnologia (MATSUMOTO, 2012, p. 23). Na medicina fora de possibilidades de cura, o tratamento visa ao controle da evolução da doença. Mas, quando a doença progride, o tratamento curativo perde o poder de controle desta e os cuidados paliativos devem surgir como uma necessidade nesta fase em que a incurabilidade se torna uma realidade (MACIEL, 2008). Os cuidados paliativos vão de encontro à “tecnolatria” frente ao tratamento e mortalidade humana, buscando um equilíbrio essencial entre o conhecimento científico e o humanismo, no intuito de resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz (MATSUMOTO, 2012). Assim, a morte não deve ser vista como fracasso ou erro médico, e sim como decorrência da vida; e, principalmente, de que a vida continua até o momento da morte. Cabe ao profissional buscar a melhor qualidade de vida possível, a partir das demandas do paciente, proporcionando uma morte com dignidade (KOVÁCS, 2003).

Larry Librach, pioneiro na implantação dos cuidados paliativos no Canadá, referia como “boa morte”, justamente a que ocorre em casa, juntos aos familiares e longe do

ambiente asséptico do hospital. No documentário “The final voice” – A palavra final, no qual ele foi entrevistado duas semanas antes de sua morte em 2013, ele dizia que: “Precisamos reconhecer que todos nós iremos morrer, e que o morrer é tão importante quanto o nascer. Precisamos assegurar que as pessoas receberão cuidados em ambos extremos da vida, e também no período entre estes dois momentos” (THE FINAL VOICE, 2013).

No século XXI, com os cuidados paliativos, o paciente, aos poucos, começa a sair do hospital para ficar ao lado de seus entes queridos. O percurso desde o século XX vai de uma negação e da tecnificação da morte à reumanização do processo de morrer com a ascensão dos cuidados paliativos (SILVA, 2014), embora ainda se oculte a morte, interditando-a no contexto hospitalar em prol de um poder ilusório ao profissional da saúde, que acredita que pode combatê-la (KOVÁCS, 2010a). Todavia, acredita-se que

a tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo (CASSEL, 1991, [s.p.]).

Logo, os cuidados paliativos envolvem o entendimento de que a morte faz parte da vida e que não há o porquê prolongar o sofrimento. Através da abordagem multiprofissional foca-se nas necessidades dos pacientes e seus familiares no intuito de melhorar a qualidade de vida e influenciar de forma positiva o curso da doença (MANSO et al., 2017). Assim, subsidiando a assistência aos pacientes, aliviando o sofrimento resultante de terapias excessivas e promovendo a otimização de recursos materiais e humanos (SOUZA; LACERDA; LIRA, 2017).

3.1.4 Morte Escancarada

A morte escancarada, termo introduzido por Maria Júlia Kovács, diz respeito à morte que invade, penetra na vida das pessoas a qualquer momento. Por essa característica, é difícil a proteção e controle de suas consequências. Atualmente ocorre um aumento significativo desse retrato da morte, principalmente em grandes cidades. É alto o número de acidentes e homicídios vitimando jovens. Esse fator também torna a morte escancarada uma morte invertida (KOVÁCS, 2003).

Entre mortes escancaradas encontram-se as tragédias naturais e artificiais e as guerras. Quando indignas cita-se ainda: assassinato, suicídio e acidentes. São mortes coletivas,

anônimas e com corpos mutilados, que invadem a vida das pessoas, inesperadamente e com violência, o que dificulta o processo de despedida e o luto. Criam, dessa forma, situações de vulnerabilidade sem proteção ou cuidado (KOVÁCS, 2003, 2014a).

A morte escancarada pode ser vista nos veículos de comunicações, especialmente a televisão; através dos noticiários, novelas, filmes e programas de auditório. Há uma banalização da morte, inundando domicílios com imagens de mortes a qualquer hora e assistida por todos, inclusive as crianças. Torna-se escancarada devido às cenas chocantes e repetitivas à exaustão; acompanhadas de depoimentos no mesmo momento da tragédia. Após esse tipo de reportagem, são veiculadas notícias sobre amenidades ou segue para a propaganda, causando banalização, mostrando-se superficial e sem espaço para reflexão. Ao noticiar dessa forma, causa-se uma ideia de que a violência é natural. As mortes apresentadas são anônimas, sem rosto ou identidade, os corpos são cobertos ou não. Imagens que apenas transmitem a morte do outro (KOVÁCS, 2003, 2014a).

A morte de pessoas importantes traz cenas detalhadas e impressionantes. Há mortes de povos e de pessoas doentes. Essas imagens transmitidas através da televisão despertam diferentes sentimentos, porém, como dito anteriormente, não permitem tempo de reflexão e elaboração. O que se aponta com isso é o fato de que, mesmo a morte ocorrendo, a vida continua obscurecendo o significado da morte e transmitindo um caráter de impessoalidade (KOVÁCS, 2003).

A autora ainda aponta que quando são transmitidas essas mortes escancaradas na televisão a audiência costuma aumentar, como se houvesse certa fascinação perante a morte, uma espécie de consumo. Tal contradição dá-se através do inconsciente convicto da imortalidade ao mesmo tempo em que se precisa da morte para a constituição da existência (KOVÁCS, 2003). As notícias do número de pessoas que morrem em uma guerra ou em acidentes apenas confirmam a crença inconsciente da imortalidade; aceitando-se a morte do outro, porém não concebendo a própria morte e negando essa realidade (KÜBLER-ROSS, 2008). Acrescenta-se que a medicina possui a mesma contradição, pois prolonga a vida a todo custo, todavia também deveria ter como objetivo ajudar o paciente a morrer bem (KOVÁCS, 2003), através da assistência preconizada pelos cuidados paliativos.

3.2 O trabalho do profissional da saúde na instituição hospitalar: o cuidado na morte e no morrer

Num verdadeiro ato de cuidar, existe sempre uma intimidade única e original. É algo que vai muito além de técnicas, habilidades ou treinamento. Trata-se de algo que envolve todo o ser cuidado, numa relação criativa com quem é cuidado. Caracteriza-se pela leveza, pela originalidade e é facilmente reconhecida por sua atratividade (O'CONNOR, 2014, p. 199).

Ao longo de sua história, o hospital tem desempenhado diferentes funções que dificultaram o entendimento do processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas institucionais relacionadas às demais práticas sociais em uma determinada sociedade. A divisão do trabalho no hospital apresenta-se como reprodução da evolução e divisão do trabalho do modo de produção capitalista, porém mantendo as características caritativo-assistenciais apresentadas ao longo de sua história. E, no decorrer do tempo, sua peculiaridade de ofício foi se transformando em processo tecnológico de trabalho (PITTA, 2003). Assim, o hospital, enquanto instituição eficiente, comprometido com o processo de cura, não despende tempo nem lugar dentro de sua rotina para conviver com as necessidades dos doentes. Por esse motivo, pacientes em processo de morte representam uma ameaça à função dos profissionais, que possuem perspectivas e uma rotina de trabalho a cumprir; gerando sentimentos de impropriedade incompatíveis com o trabalho a ser realizado (ANGERAMI-CAMON, 2006).

Na organização hospitalar, a morte ainda não possui seu lugar. Fala-se que o paciente foi a óbito, expurgou, mas nunca que o paciente morreu. Porém, ela está lá, silenciada, o que pode aumentar a angústia dos profissionais da saúde, que vivenciam a morte no seu cotidiano. Trata-se de um sofrimento escondido: “É aí que o sofrimento social brota, dessa situação paradoxal, resultante de uma autonomia obrigada sem suportes socialmente disponíveis” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 753). Deve-se considerar que o processo de produção em saúde é realizado por pessoas que apresentam necessidades e fragilidades. Logo, condições de trabalho insatisfatórias, de desrespeito às aspirações dos profissionais, de visão tecnicista e burocrática, desqualificam o cuidado, o cuidador e a humanização de suas práticas (FONTANA, 2010).

O profissional da saúde vive um cotidiano permeado por um conjunto de angústias e obstáculos (CAMPOS, 2011). Essas vivências podem tanto ocorrer no sentido de aliviar a dor dos pacientes e salvar vidas, dentre outros fatores, considerando o trabalho como fonte de

prazer e favorecendo o equilíbrio psíquico; quanto apresentar rotineiramente sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e morte, dentre outros fatores próprios do trabalho hospitalar, o que podem resultar em sofrimento para o profissional (MARTINS; ROBAZZI; BOBORFF, 2010). Ademais, condições insatisfatórias aumentam o descompasso entre o humano e o desumano. Dentre os fatores do trabalho hospitalar, a dificuldade no acesso e resolutividade no sistema de saúde contribuem para ambientes desumanos e de difícil solução imediata. Não há leitos ou profissionais suficientes para a demanda, as necessidades dos pacientes e dos profissionais nem sempre são satisfeitas e os materiais e equipamentos são insuficientes para a complexidade do sistema. Além disso, relações verticais e autoritárias de gestão desumanizam o processo de cuidar e interferem negativamente na saúde do trabalhador (FONTANA, 2010).

Os profissionais da saúde têm alta predisposição para o sofrimento psíquico, considerando as ações desempenhadas (MONTEIRO et al., 2013). Geralmente, a equipe está sobrecarregada por diferentes fatores: complexidade das tarefas realizadas, número insuficiente de profissionais disponíveis, mudanças nas escalas de plantão, grande número de pacientes nas unidades, entre outros (KOVÁCS, 2010b). Ainda, a própria natureza do trabalho provoca grande ansiedade nos profissionais, que pode ser atenuada ou estimulada pelo processo tecnológico existente na instituição (PITTA, 2003). A equipe se percebe mais atuante quando observa efeitos favoráveis de suas ações. Já o manejo com pacientes que apresentam múltiplos sintomas, no qual o prognóstico não é favorável, torna-se difícil e conflitos sobre o que fazer – manter os procedimentos ou interrompê-los – surgem nestas situações (KOVÁCS, 2010b).

O estudo de Bordignon et al. (2015) expõe que os profissionais da saúde consideram como fontes de satisfação no trabalho: a melhora do paciente, sua recuperação, cura ou controle da doença; a possibilidade de ajudar o outro ou ainda ser e sentir-se importante para este. O trabalho em equipe foi citado como satisfatório desde que a equipe se apresente estruturada, comprometida e que os colegas auxiliem uns aos outros. Se for associada à indiferença, à falta de compreensão e de comprometimento com o cuidado, a equipe será motivo de insatisfação. Entre outros motivos de insatisfação foram citados a sobrecarga laboral; aspectos relacionados ao sentimento de impotência, insucesso do tratamento ou desistência do paciente ao tratamento; a rotatividade dos profissionais e, conseqüentemente, o despreparo de alguns trabalhadores. A morte do paciente, igualmente, surgiu como insatisfatória. O manejo da morte e do processo de morrer, principalmente de pacientes

jovens, é um desafio para os profissionais de saúde, que não se sentem preparados para enfrentar este momento.

Corroborando com esta ideia, em uma pesquisa realizada por Kessler e Krug (2012) com treze profissionais da saúde de uma instituição hospitalar no Rio Grande do Sul, destacaram-se como aspectos causadores de desgaste profissional: a falta de equipamento e de recursos humanos e o sofrimento e a morte do paciente. Já, a satisfação foi relacionada à possibilidade de amenizar o sofrimento do paciente e à melhora em seu quadro de saúde. Ou seja, mesmo convivendo com situações de sofrimento e morte, os profissionais possuem momentos gratificantes e que trazem satisfação. O bom relacionamento da equipe de trabalho também foi ressaltado como gerador de prazer na atividade laboral.

O profissional da saúde lida, em seu cotidiano, com situações de sofrimento e dor, sendo a morte uma constante. As dificuldades para lidar com problemas durante a convivência diária com pacientes, familiares e colegas contribui para suscitar situações de estresse, emergindo sentimentos traduzidos por onipotência, frustração e revolta. A constatação é de que trabalhar como cuidador na área da saúde é ter presente no cotidiano a dor e a morte (KOVÁCS, 2010b). Por isso a importância da demanda de um cuidado ao cuidador. Até porque, a maneira como os profissionais percebem a morte e o cuidado no processo de morrer interfere no modo de estabelecer um tratamento e os tipos de cuidado, o que influencia na percepção e aceite dos familiares em relação à doença e ao tratamento (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013).

O cuidado exige um ato efetivo, no qual a pessoa cuidadora beneficia o outro vulnerável de algum modo (DALL'AGNOL, 2014). Fenomenologicamente, o cuidado é um modo de ser, de existir dos sujeitos (PEGORARO, 2014). Na área da saúde, o termo cuidado é utilizado para descrever todas as ações dos profissionais da saúde direcionadas à recuperação, preservação ou reabilitação da saúde de outrem. O cuidado em saúde acontece em uma situação assistencial concreta e exige a relação entre, pelo menos, um profissional da saúde e um paciente, o que torna o cuidado personalizado (ALMEIDA; RIBEIRO JÚNIOR, 2014). Cuidar é sempre possível, mesmo quando não há cura para a doença. São doentes incuráveis, porém que não deixam de ser cuidáveis. Assim, cuidar é mais do que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação e ternura com o outro; sabendo unir a competência técnico-científica com o humanismo (PESSINI; BERTACHINI, 2014a). Ademais,

cuidados de saúde, sob o paradigma do cuidar (*caring*), aceitam o declínio e a morte como parte da condição do ser humano, uma vez que todos sofreremos de uma condição que não pode ser “curada”, isto é, somos criaturas mortais. [...] A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. Nesse sentido cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas sim parte integral do estilo e projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão íntegra (PESSINI, 1996, p. 35).

No hospital, a prioridade é salvar o paciente, logo, quando ocorre a morte ou a doença é incurável, o trabalho realizado pela equipe de saúde pode ser considerado frustrante, sem motivação ou significado. Uma das razões que aumenta ainda mais o estresse é quando os procedimentos realizados com pacientes fora de possibilidades de cura não são compartilhados com toda a equipe, o que agrava a percepção de frustração (KOVÁCS, 2010b). Os profissionais da saúde estão comprometidos na tarefa de cuidar dos sintomas, realizando exames e intervenções que podem ser invasivos e dolorosos. Por esse motivo, pacientes e familiares podem apresentar sentimentos ambivalentes, demonstrando aos cuidadores tanto agradecimento pelo cuidado quanto raiva pelo sofrimento. Essa demanda de sobrecarga afetiva pode ocasionar sentimentos entre os profissionais de que o trabalho não está sendo reconhecido e, não tendo tempo para elaborar e compartilhar seus sentimentos, acreditam que são merecedores deles levando-os, ao adoecimento laboral (KOVÁCS, 2010b). As exigências psicológicas feitas pelo paciente e sua família vão além dos cuidados físicos e o hospital torna-se o lugar no qual deve conter e administrar os problemas emocionais provocados pelo doente e sua doença e toda a rede de relações sociais vinculadas a eles (PITTA, 2003).

O hospital é considerado um ambiente insalubre, árduo e de risco ocupacional aos seus trabalhadores, pois possui aspectos como: contato com materiais de alta periculosidade, grande volume de trabalho e presença de situações afetuosas e extremas, que ocasionam maior tensão. A própria organização do trabalho exige regime de turnos e plantões, o que permite duplos empregos e longas jornadas de trabalho (MONTEIRO et al., 2013). Nas unidades críticas, como por exemplo, as unidades de terapia intensiva, o cotidiano dos profissionais da saúde é marcado por casos de emergência, tempo prolongado de hospitalização e risco de morte. O sofrimento do profissional surge também por causa do sofrimento do paciente, quando a possibilidade de proporcionar alívio é limitada. Então, há satisfação frente ao alívio do sofrimento; no entanto, há igualmente, o sofrimento originado pelas condições e limites pessoais, pelo ambiente de trabalho e/ou pela patologia presente no paciente (BAASCH; LANER, 2011).

Um estudo realizado por Silva e Menezes (2015) com profissionais intensivistas demonstrou que a morte inesperada é capaz de provocar sofrimento nos profissionais. No caso de pacientes jovens, o desconforto é pelo fato da equipe considerar que eles ainda teriam muita coisa para viver. Os resultados também mostraram que, em casos de internação prolongada, os profissionais podem desenvolver um processo de identificação com o paciente, que pode provocar preocupações com o momento da alta para enfermagem e/ou para casa e se este terá ou não os cuidados necessários (SILVA; MENEZES, 2015).

O profissional da saúde está em contato direto com o sofrimento e vive conflitos sobre como se posicionar frente à dor que, por vezes, não consegue aliviar. Esse convívio com a dor, a perda e a morte remete ao profissional suas vivências, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas (KOVÁCS, 2010b). A morte demarca os limites do saber e da ação dos profissionais, desencadeando vivências emocionais negativas ligadas à frustração narcísica, ameaçadora da realização profissional. A morte é vista como fracasso, derrota, vergonha, ruptura biográfica, entre outros significados negativos (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Mesmo os currículos da área de saúde deixam uma lacuna na formação teórica e prática, possibilitando que a morte seja interpretada como fracasso. Muitas vezes durante seu processo formativo, o profissional de saúde não possui informação e treinamento suficientes para acompanhar a morte e o processo de morrer. Quando o doente se aproxima da morte, os profissionais se sentem despreparados para cuidar do sofrimento do paciente e de sua família (BORGES; MENDES, 2012). O estudante é preparado para curar e salvar vidas, dificultando a proximidade humana com a finitude. Existem limitações nos cursos de graduação que não contemplam que os profissionais da saúde são seres humanos constituídos de dimensões físicas e psicológicas (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013).

Nos resultados de um estudo realizado por Borges e Mendes (2012) com diferentes profissionais da saúde sobre as representações desses frente à morte e ao processo de morrer, foi ressaltado, no discurso dos entrevistados, que uma situação de morte, em geral, é interpretada como um teste à competência do profissional, fato causador de sofrimento. Os autores trazem que o modelo biomédico ensina a tratar da doença e não a cuidar das pessoas, por isso não permite que o aluno compreenda que o ser humano está geneticamente programado para morrer. Em contrapartida, a morte, em determinadas situações, apresenta-se como a única chance de proporcionar alívio ao sofrimento do paciente. Dessa forma, mesmo a morte fazendo parte do cotidiano do profissional, observa-se que esses apresentam

dificuldades em prestar os cuidados ao paciente e interagir com seus familiares; refletindo na qualidade de atenção prestada a eles (MOTA et al., 2011; BORGES; MENDES, 2012).

Nos hospitais, há um silêncio sobre a morte que coincide com o fato de percebê-la como fracasso dos profissionais da saúde. Estes criam vínculos com alguns pacientes e quando a morte acontece precisam lidar com a sensação de fracasso e impotência e iniciam um processo de luto que não é reconhecido ou autorizado (KOVÁCS, 2010b). A morte vista como adversária faz com que os profissionais se sintam derrotados (KOVÁCS, 2011). Na guerra imaginária entre a vida e a morte, o paciente torna-se o símbolo do fracasso, o que traz desconforto nos profissionais que buscam devolver-lhe a saúde (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). A equipe, diante dessas situações difíceis, pode desenvolver diferentes mecanismos de defesas que os auxiliam a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza. Pitta (2003) diferencia cinco tipos de mecanismos:

- 1) *fragmentação da relação médico-paciente*: o profissional parcela suas tarefas frente ao paciente para ficar menos tempo em contato com este, a fim de diminuir a angústia propiciada por um relacionamento mais íntimo/próximo.
- 2) *despersonalização e negação*: o profissional não demanda um registro afetivo diferenciado ao paciente, trata todos os pacientes como iguais. Há uma ética implícita de que não há doentes ou doenças que se individualizem e personifiquem. A relação de poder no cuidado é indiferente a todos os pacientes.
- 3) *distanciamento e negação*: os sentimentos são excluídos da relação, controlados; e o envolvimento e identificação são evitados.
- 4) *tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas*: A rotina e padronização de condutas funcionam para postergação e controle de decisões a serem feitas frente a grande demanda que cada paciente é capaz de produzir. Esse ritual de antecipar as escutas e respostas aos doentes, possui o papel de reduzir ansiedades e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional em realizar seu trabalho.
- 5) *redução do peso da responsabilidade*: a fragmentação das tarefas e de cuidados aos doentes mobiliza a fuga da angústia da responsabilidade e decisão. A responsabilidade se dilui entre vários, não sendo possível definir quem é responsável por quem.

Kovács (2011) ressalta ainda outros mecanismos de defesa: somatização, ocultação da dor e banalização do sofrimento. Ao excluir as emoções, os profissionais se utilizam da racionalização para o bom desempenho do trabalho. Pode-se considerar que essa é a

neutralidade tanto usada na relação profissional-paciente, que justifica a falta de relacionamento com o paciente e a proteção do profissional para com a morte do outro. Por isso, é preciso atentar que:

é possível estar muito próximo de quem sofre, em uma abertura, uma ressonância íntima e, no entanto, conservar um distanciamento certo. Este é, então, um distanciamento interior em relação aos nossos próprios afetos, um distanciamento entre eu mesma e não um distanciamento entre o eu e o outro. Esclareço melhor meu ponto de vista: não se trata tanto de uma técnica, mas de um trabalho interior. Na medida em que trabalhamos no interior de nós mesmos essa questão da perda, talvez venhamos a nos tornar mais sensatos e mais confiantes na impermanência da vida (HENNEZEL; LELOUP, 1999, p. 80).

Portanto, a relação é, muitas vezes, mediada por aparelhos e exames, mais como recurso para se afastar do paciente terminal do que como possibilidade para melhorar a qualidade de vida deste. Esse isolamento das emoções é a forma que a medicina encontrou para fazer frente a essa armadilha da profissão médica, que é estar em contato com a morte, mas, contraditoriamente, não ser preparado para lidar com ela (QUINTANA, 2009). Nesse contexto, conforme Silva e Mendes (2015), entre profissionais intensivistas as emoções não são frequentemente demonstradas. Eles evitam um contato mais próximo com o doente e seus familiares, como forma de evitar envolvimento emocional. Ou seja, a expressão de emoções é considerada uma perturbação à rotina de trabalho que pode atrapalhar a atuação técnica dos profissionais. Não demonstrar sentimentos se torna uma obrigatoriedade para os intensivistas.

Os mecanismos de defesas são meios de sobrevivência psíquica que não extinguem, mas tamponam o sofrimento, levando a escapes ou a transbordamento de emoções que interferem na relação com o paciente e podem gerar a síndrome de Burnout (KOVÁCS, 2011). A adoção de atitudes defensivas frente à morte na prática profissional confirma seu tabu social (BORGES; MENDES, 2012). Logo, a morte não é vivenciada pelos profissionais como fenômeno natural, e sim acompanhada de diferentes dificuldades que aludem que o sofrimento resultante do contato com a morte e o morrer deva ser velado e silenciado (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Situação que reflete na realidade de pacientes que vivem longos períodos sem possibilidades terapêuticas no âmbito da biomedicina, trazendo consequências não apenas na dinâmica familiar, mas igualmente nas equipes de saúde (MAGALHÃES; FRANCO, 2012).

Corroborando com este pensamento, uma pesquisa realizada por Silva, Campos e Pereira (2011) com enfermeiros indicou que estes apresentam dificuldades em compreender que o paciente sem possibilidades terapêuticas é uma pessoa com particularidades, frente a

sua condição de finalização da vida. Segundo o estudo, os enfermeiros supervalorizam os cuidados técnicos em detrimento de um cuidado envolvendo as dimensões psicossocioespirituais, o que não exclui a demonstração de respeito à pessoa que se encontra em processo de morte e morrer.

O prolongamento da vida e do tempo da doença estende o convívio entre pacientes, familiares e equipe de cuidados, o que aumenta o estresse e pode tornar penosa a atividade dos profissionais de saúde com pacientes gravemente enfermos (KOVÁCS, 2011). A finitude do paciente é apresentada como fator importante de insatisfação no trabalho desses profissionais, o que evidencia a necessidade de suporte psicológico aos trabalhadores, em seu local de trabalho, e a abordagem na formação acadêmica e educação permanente, em relação ao processo de morte e morrer (BORDIGNON et al., 2015).

Nessa guerra imaginária entre vida e morte, o paciente terminal pode tornar-se símbolo de uma derrota, o que gera desconforto no profissional que tem como intuito restituir-lhe a condição de saúde (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Sobretudo, o avanço da tecnologia médica de diagnósticos e tratamento mais sofisticados não detêm o adoecer, o envelhecer e o morrer. O prolongamento da vida não é garantia de qualidade e, por isso, não se pode justificar a ausência sobre a discussão da morte e do paradigma do cuidar na formação dos profissionais da saúde (BORGES; MENDES, 2012).

3.2.1 A bioética na morte: eutanásia, ortotanásia e distanásia

A humildade é a conseqüente característica que assume o 'posso estar equivocado' e exige a responsabilidade de aprender da experiência e do conhecimento disponível. Concluindo, o que lhes peço é que pensem a bioética como uma nova ética científica que combina humildade, responsabilidade e competência, numa perspectiva interdisciplinar e intercultural que potencializa o sentido de humanidade (POTTER, 1998, p. 346-347).

Como supracitado, o processo de morte e de morrer suscita diversos sentimentos tanto no paciente quanto naqueles que o circundam. E desempenhar as funções assistenciais em meio a este contexto consiste em uma difícil, mas necessária tarefa para os profissionais envolvidos. Vivenciar os limites da vida no envelhecimento ou na doença grave gera dúvidas e inseguranças. Estar em contato com a morte significa sentir a fragilidade da vida que, por sua vez, traz a ideia de que alguma ajuda será necessária em algum ponto, principalmente nos últimos estágios da vida (DRANE, 2014).

O bem-estar do paciente, muitas vezes, encontra-se em segundo plano frente aos tratamentos prestados para eliminar as doenças em partes físicas. São vidas prolongadas graças ao desenvolvimento de aparelhos médicos e tecnologias poderosas que trazem à tona a desumanização medicalizada no final da vida (DRANE, 2014). O prolongamento do processo de morrer mais traz sofrimento e prorroga a hora da morte do que amplia a vida (HOSSNE; PESSINI, 2014). Nesse contexto de cuidados essas situações são conflitivas para os profissionais da saúde, que devem buscar o avanço médico-científico equacionado ao aspecto humano. E ao paciente pertence o direito à autonomia de escolher entre submeter-se ou não a um tratamento (XAVIER; MIZIARA; MIZIARA, 2014). Nesses casos a morte envolverá a tomada de decisão conjunta entre paciente, sua família e o médico (DRANE, 2014).

No Código de Ética Médica a resolução: CFM nº 1.931/2009 busca o melhor relacionamento entre médico e paciente, garantindo maior autonomia à sua vontade (CREMERS, 2009). Entre os capítulos do código que clarificam esta relação, pode-se citar:

- Capítulo I: Princípios Fundamentais:

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (CREMERS, 2009, p. 14).

- Capítulo IV É vedado ao médico:

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo (CREMERS, 2009, p. 21).

- Capítulo V É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

[...]

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

[...]

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CREMERS, 2009, p. 24).

A tomada de decisão deve então ser feita pelo médico, pelo doente e sua família, devendo estes admitirem que o tratamento médico, em determinadas situações clínicas, pode ser inútil, fútil e/ou nocivo. Movidos pelo desejo de salvar e prolongar a vida, médicos, familiares e até mesmo o próprio paciente podem prolongar o processo de morte e apenas acrescentar sofrimento (HOSSNE; PESSINI, 2014). Para tanto, eticamente e legalmente a ortotanásia é aceita como conduta a ser seguida diante de pessoas em processo de morte, quando todas as possibilidades terapêuticas foram esgotadas, sendo impossível a reversão da condição clínica fatal (XAVIER; MIZIARA; MIZIARA, 2014). A ortotanásia designa a morte natural, sem abreviações ou prolongamentos indevidos (HOSSNE; PESSINI, 2014). É a morte no momento certo, não apressada como a eutanásia e nem prolongada como a distanásia; e é importante tarefa nos cuidados paliativos (KOVÁCS, 2014b).

Para se diferenciar a ortotanásia da eutanásia é importante colocar que no direito brasileiro se configura como eutanásia deixar que o doente morra, sem que sejam empregados os recursos de prolongamento vital, omitir ou suspender esses recursos. A eutanásia é delito de homicídio no ordenamento jurídico brasileiro. Antecipar ou provocar a morte é um dos aspectos da eutanásia, o que serve para distingui-la da ortotanásia (ou limitação terapêutica), na qual não se antecipa a morte, e sim se deixa de procrastiná-la indevidamente, utilizando recursos com obstinação terapêutica. A restrição de recursos artificiais não é crime se eles não representam benefício efetivo para o doente. A indicação ou contra-indicação de uma medida é decisão médica, que precisará ser discutida com o paciente e sua família, garantindo a dignidade da pessoa em final de vida (VILLAS-BÔAS, 2008).

Certas medidas podem ser mantidas a pedido do próprio paciente, que pode considerar importante viver esses momentos, mesmo com sofrimento. Quando o paciente já não tem a capacidade de decidir e quando a restrição terapêutica é comunicada à família, pode acontecer que a mesma solicite a manutenção fútil por um tempo determinado (VILLAS-BÔAS, 2008). A distanásia é sinônimo de tratamento fútil, também citada como futilidade médica (HOSSNE; PESSINI, 2014). É o afastamento da morte de forma forçada, a qualquer custo. A morte é prolongada além do período natural (XAVIER; MIZIARA; MIZIARA, 2014). Mesmo a pedido da família as medidas terapêuticas não devem ser mantidas indefinidamente,

pois isso provocaria agressão desnecessária ao paciente, o que não é dever nem objetivo médicos (VILLAS-BÔAS, 2008). Para Kovács (2014b, p. 251) há duas trajetórias para a morte:

uma em que se observa o lento apagar das funções do corpo até o óbito e outra acompanhada de delírio, confusão mental, agitação, dor intensa. A “boa morte” envolve a consciência de sua aproximação; manutenção do controle da situação; dignidade e privacidade; alívio de sintomas; escolha do local da morte; acesso a informação e esclarecimento; suporte emocional, social e espiritual; presença de pessoas significativas; direitos preservados; despedidas; não ter a vida prolongada indefinidamente. Morte difícil é aquela não aceita, com revolta e conflito entre familiares e sentimentos de abandono e solidão.

Assinalar a possibilidade do tratamento fútil não é tarefa fácil aos profissionais. Há de se reconhecer que a obstinação terapêutica instituída será maléfica ou nociva ao doente. Ou, pelo menos, não benéfica para ser considerada fútil. Ou em que momento um tratamento útil torna-se fútil ao doente (HOSSNE; PESSINI, 2014). Simplificadamente, segundo esses autores a discussão se inicia pela análise da indicação ou não do tratamento pelo profissional da saúde, baseado nos seguintes fatos:

- a. em sua experiência, sua vivência e seu conhecimento médico científico;
- b. no estado da arte e à luz da literatura médico científica;
- c. em sua análise dos aspectos éticos envolvidos;
- d. na relação do médico com o paciente específico.

Se a indicação de restrição for aceita por ambas as partes, médicos e paciente e/ou familiares, a deliberação é harmônica e orientará a decisão. Quando houver alguma divergência, outras medidas deverão ser adotadas: 1. O médico considera aceitável o que lhe é proposto e concorda com a conduta ou; 2. Dentro do referencial e da sua própria autonomia, o médico declina da condição de médico responsável pelo paciente por não concordar com a proposta, direito médico assegurado pelo Código de Ética Médica (2010) (HOSSNE; PESSINI, 2014).

Ao encontro dessas deliberações, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012), traz através da Resolução n. 1995/2012, um resgate à autonomia do paciente quando o mesmo se encontra incapacitado para expressar sua vontade. Esta resolução aborda as “diretivas antecipadas de vontade”, definidas como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CFM, 2012, p. 269). Sobretudo, cada situação clínica requer tomada de decisão. Responsabilidade que frente ao processo de morte de uma pessoa é, notadamente, um

momento difícil para o profissional, podendo gerar estresse adicional (KOVÁCS, 2014b). Até porque, ainda que obtendo os dados através da metodologia científica e precisão de testes, eles serão sempre considerados como probabilidade e não certeza absoluta. Mesmo quando resultados da meta-análise, ainda sim, se utiliza da “medicina baseada em evidências”. Ou seja, o médico não disporá de dados de valor absoluto, fato que ocorre em qualquer situação médica, tanto para procedimentos diagnósticos quanto terapêuticos (HOSSNE; PESSINI, 2014).

Independente do pedido do paciente, o que se espera é a escuta e compreensão daquilo que está sendo comunicado (KOVÁCS, 2014b). No cuidar frente à morte, a preocupação maior dos profissionais deve ser a qualidade de vida do paciente em suas várias dimensões, aceitando a morte como parte da condição humana (PESSINI, 2005). Em contrapartida, no meio médico não se pode pensar na morte. Esta não é percebida como um desfecho possível, mesmo nos casos em que esteja claro que é inevitável. A ruptura das comunicações, que se inicia desde a atitude de não falar sobre a doença, deixa o paciente isolado (QUINTANA, 2009). Com efeito, como afirma Kübler-Ross (2008, p. 36-37):

sei, por intermédio de muitos pacientes com quem tenho conversado, que os médicos que tem necessidade de negá-la encontram a mesma negação em seus pacientes, enquanto aqueles que são capazes de falar sobre a doença terminal encontrarão seus pacientes mais aptos a reconhecê-la e enfrentá-la. A necessidade de negação é diretamente proporcional à necessidade de negação por parte do próprio médico.

O médico ferido pela própria prática médica terá que usar suas experiências frente à morte para compreender seus próprios processos internos; o que poderá resultar em uma melhor compreensão do paciente (CARVALHO, 1996). Não se trata em defender a ideia de que o profissional se envolva emocionalmente com a situação paciente, o que pode dificultar seu trabalho; e sim do fato que o isolamento das emoções poderá exercer uma interferência negativa no tratamento do paciente, além de não aliviar a angústia sentida pelo profissional que vivencia situações cotidianas de morte. Mesmo que o profissional não queira, essa situação vai significar suportar as emoções emanadas de sua história no que diz respeito à morte (QUINTANA, 2009). Lidar com a morte e o morrer na prática profissional emanam aspectos relacionados com sua forma pessoal de lidar com dor e perdas. Outro problema que se apresenta é a falta de tempo para a elaboração desses sentimentos que não podem ser compartilhados, podendo causar sobrecarga afetiva que se manifestará por meio de sintomas físicos e psicológicos (KOVÁCS, 2014b). Como aponta Kübler-Ross (2008, p. 13):

o fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último, mas não menos importante, nossa própria mortalidade?

Tomar decisões face à morte torna-se, então, um desafio aos profissionais da saúde. Há um complicado percurso desde a negação e tecnificação da morte à reumanização do processo de morrer com a ascensão dos cuidados paliativos (SILVA, 2014), somado à construção cultural do tabu da morte. Os termos gregos bios (vida) e ethos (ética) representam o conhecimento biológico: a ciência dos sistemas vivos (bios), e ethos o conhecimento dos valores humanos. Esse cenário traz a visão integral do paciente e aperfeiçoa a reflexão sobre a possibilidade de mudança das diretivas frente a determinado tratamento ou circunstância (ALVES, 2014). No entanto, não permite a elaboração das emoções entre os profissionais. Suas dificuldades para lidar com problemas na convivência diária com pacientes e familiares contribuem para gerar situações de estresse de difícil resolução. Os sentimentos suscitados nessas situações podem se traduzir em impotência, frustração e revolta. A questão, entre outras, é saber se nas suas vivências cotidianas de morte, há possibilidade de elaborar sua dor e se no processo de formação são oferecidas possibilidades teóricas e experienciais para lidar com a dor, perdas e morte (KOVÁCS, 2014b). A equipe de saúde encontra-se cotidianamente em um fogo cruzado que envolve decisões, responsabilidades, dor e morte como ofício, mas denigre a elaboração dos sentimentos.

3.2.2 Sobre a morte e o morrer: O vínculo na relação entre profissional da saúde e paciente

[...] a morte é conselheira e o profissional, seu aprendiz (KOVÁCS, 2014a, p. 96).

Trabalhar como cuidador na área da saúde significa lidar com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente no cotidiano (KOVÁCS, 2014b). São trajetórias do processo da morte: aquelas que são prolongadas e/ou esperadas e as que acontecem rápidas e inesperadamente. A primeira demanda tratamento por algum tempo ao paciente que sofre com uma doença incurável e em fase terminal. Requer cuidados mais prolongados da equipe de saúde devido ao tempo de internação; e por isso torna-se possível o vínculo entre os profissionais e pacientes. Logo, entende-se que o prolongamento da vida e da doença amplia o convívio entre pacientes, familiares e equipe de cuidados, o que pode

ocasionar estresse e esgotamento para todos os envolvidos (KOVÁCS, 2014a). Pode-se falar, nesse caso, em processo de morte no hospital, por ser uma morte esperada e que demanda certo tempo de cuidado.

Já as mortes rápidas e inesperadas retratam, na maioria das vezes, as mortes súbitas; aqui se fala apenas da morte em si. Daquele paciente que já chega ao hospital à “beira da morte”, em estado crítico, no qual o tempo não permite a criação de vínculo entre o paciente e os profissionais, e o envolvimento entre estes se restringe a um ou poucos atendimentos, e geralmente ocorre no pronto socorro. Nesses casos, muitas vezes, o encontro do médico com a família do paciente é apenas para comunicar a morte deste. É uma situação que não permite a criação de vínculo entre profissionais e pacientes e/ou familiares.

O vínculo estabelecido entre os profissionais da saúde e os pacientes ou seus familiares é atravessado por afetos e subjetividades que destituem os lugares previamente estabelecidos, os saberes totalitários e as práticas intervencionistas. Além do físico e do institucional, o cuidado torna-se afetivo e produz singularidades (SILVA et al., 2015). Estabelecer um vínculo significa colocar-se no nível da outra pessoa e permitir a pessoa ser ela mesma, estimulando interações próximas e solidárias, nas quais o cuidado se revela de modo dialógico, criativo e transformador (STEIN BACKES et al., 2015). Os vínculos são mantidos através de requisitos emocionais como confiança, compreensão e compaixão e é preciso considerar que quem procura atendimento na saúde é o paciente e não uma doença, e este o faz em razão de dor e sofrimento (SOUZA; PESSINI; HOSSNE, 2012).

Para uma intervenção eficaz, é indispensável que se perceba o processo de adoecer pela ótica do próprio paciente que se encontra em uma experiência de fragilidade e ameaça à sua saúde. Não é suficiente buscar apenas novas tecnologias e excelência na formação, é preciso também o respeito dos valores subjetivos do paciente (SILVA et al., 2011). Logo, para que o cuidado prestado seja integral, o encontro com o paciente deve ser guiado pela possibilidade de compreensão do profissional frente ao sofrimento que se manifesta e o significado de suas ações e palavras. Assim, torna-se essencial considerar a singularidade no atendimento a cada caso (SCHMITH et al., 2011).

A relação entre os profissionais da saúde e os pacientes/familiares é uma forma de vínculo que se estabelece quando um paciente e sua família necessitam dos serviços de uma equipe de saúde. O paciente possui uma enfermidade e o profissional da saúde é formado para tratar e tentar resolver a situação. Com o tempo de tratamento se cria um laço maior de ordem afetivo e de reconhecimento entre ambas as partes, fazendo com que o paciente deposite

confiança no profissional (BARÓ; GONZÁLES, 2014; MEZA-RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ-BRAVO; MANCILLA-RAMÍREZ, 2013). O vínculo está além de um processo científico ou mercantil. Significa uma relação estabelecida para diagnosticar a doença do paciente e realizar as ações necessárias para a sua melhora integral (MEZA-RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ-BRAVO; MANCILLA-RAMÍREZ, 2013). No vínculo, a comunicação, verbal ou não-verbal, torna-se um processo de envolvimento, constituindo parte de um processo que é ativo, de atenção e de escuta. Logo, a comunicação é imprescindível na relação entre o cuidador e o paciente, que passam a confiar um no outro através da demonstração de empatia e de transmissão de segurança (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

A interação com a família, sendo positiva, contribui para o estabelecimento de vínculo com o paciente. Os profissionais reconhecem a importância da participação da família no cuidado com o paciente, sobretudo quando diz respeito a pacientes com doenças crônicas ou pacientes pediátricos. Dessa forma, os familiares podem tornar-se apoio, incentivo e fonte de informações sobre o paciente, o que irá auxiliar o profissional no tratamento. A dinâmica familiar do paciente, quando favorável, atua para o bem estar deste (GOMES et al., 2012), sendo importante o estabelecimento de vínculo com todos os envolvidos no processo, paciente e familiares.

Ao se aproximar da família os profissionais conseguem perceber a dinâmica familiar, suas necessidades ou conflitos. Para tanto, é preciso considerar todas as dimensões, aproximando-se do que é subjetivo e da singularidade de cada sistema familiar (MONTEIRO et al., 2015). O tipo de dinâmica familiar irá refletir na relação entre profissional e paciente, seja pela ausência ou pelo excesso da participação sobre a situação da doença, o que faz os profissionais sofrerem os seus efeitos em ambos os casos. Isto porque a família é um importante canal de comunicação, pois são os principais conhecedores da personalidade, do estilo de enfrentamento e dos desejos do paciente. Quando ausentes, irá exigir do profissional maior habilidade de escuta ao paciente para identificar esses fatores (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Os familiares possuem necessidades específicas e apresentam alto estresse, distúrbios de humor e ansiedade durante o acompanhamento de seu familiar que está doente. Por vezes, esses sentimentos persistem mesmo após a morte de seu ente querido. Algo eficaz nessas situações é a qualidade mantida no relacionamento com os profissionais (OLIVEIRA et al., 2011), que pode contribuir para desfechos mais tranquilos. A relação com a família traz um desafio a mais aos profissionais que precisam dar conta do paciente grave e atender às

demandas familiares, podendo exigir mais atenção da equipe no intuito de reestabelecer a segurança e a confiança que foram abaladas pela hospitalização. Os profissionais precisam estar preparados para desempenhar um papel complexo, que alia atribuições técnicas, éticas, legais e relacionais (MONTEIRO et al., 2015).

Um momento especial na relação se produz durante o tratamento aos pacientes que se encontram em final de vida, quando há uma enfermidade avançada, progressiva e incurável, com sintomas múltiplos e multifatoriais, com impacto emocional no paciente, na família e nos próprios membros da equipe de saúde (BARÓ; GONZÁLES, 2014). Na área da oncologia, o estabelecimento do vínculo carrega peculiaridades próprias. Isso porque o câncer é visto como uma doença traumatizante no imaginário pessoal e coletivo. Sua abordagem é especialmente difícil, pois sentimentos como angústias, medos e sofrimentos estão presentes na vida do paciente e de suas famílias (SILVA et al., 2011). O câncer é, por vezes, uma doença de rápida evolução e com progressiva fragilidade do paciente. Logo, o investimento na relação não pode restringir-se a um momento inicial de comunicação de diagnóstico e prognóstico (GEOVANINI; BRAZ, 2013). A base do vínculo estabelecido nesses casos estará na confiança que o paciente deposita no profissional para lhe recuperar a saúde. A relação que ocorre possui conotações éticas que demarcam o papel a ser assumido por ambas as partes, já que esta não se limita apenas ao vínculo profissional-doença. Para além disso, na relação encontram-se sentimentos, princípios e vivências do paciente e do profissional (MEZA-RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ-BRAVO; MANCILLA-RAMÍREZ, 2013).

Ao cuidar de pacientes em processo de morte, torna-se necessário valorizar o uso da comunicação verbal e não-verbal, assim como a escuta qualificada como instrumentos terapêuticos efetivos na promoção do cuidado. O relacionamento interpessoal com o paciente em fase terminal e com seus familiares é uma ferramenta indispensável para a promoção dos cuidados, pois lhes permite esclarecer dúvidas, além de exteriorizar suas angústias e seus medos (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). A comunicação é capaz de transpor de forma humanizada os elementos colocados entre os profissionais, o paciente e sua família (MONTEIRO et al., 2015).

Comunicar o diagnóstico e prognóstico de câncer é considerado uma tarefa difícil para os profissionais, no entanto sua boa condução auxilia na qualidade da relação com os pacientes e seus familiares. Entre os fatores que tornam a comunicação de más notícias na oncologia uma tarefa difícil, pode-se citar: a ausência de investimento para o desenvolvimento das habilidades relacionais e de comunicação durante a formação; as representações sociais e

o simbolismo da doença oncológica; as fantasias relacionadas ao diagnóstico e a dificuldade de lidar com a finitude da vida (GEOVANINI; BRAZ, 2013). É um momento delicado visto a fragilidade emocional do paciente e seus familiares, o que se torna fator limitante na construção do vínculo profissional-paciente, na satisfação do usuário, na adesão ao tratamento e na qualidade de vida. A humanização do cuidado possui relação direta com a sensibilidade frente ao sofrimento e a realidade do paciente (SILVA et al., 2011).

No decorrer de suas trajetórias de trabalho, os profissionais podem criar mecanismos de adaptação e deixam de se sensibilizar com o sofrimento e condição de saúde de seus pacientes. A partir disso, podem cuidá-los de forma rotineira, mecanizada e muito técnica, priorizando a dimensão biológica em detrimento das outras dimensões, como o próprio paciente e sua necessidade de conversar e ser escutado pelo profissional (STEIN BACKES et al., 2012). Para um trabalho humanizado o profissional necessita, além de aplicar um tratamento digno, solidário e acolhedor, de uma postura ética que permeie todas as suas atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Frente às questões éticas, que envolvem os processos de adoecimento e a finitude, os profissionais precisam buscar respostas que lhes assegure a dimensão humana associada às necessidades e ao respeito à dignidade do paciente (OLIVEIRA et al., 2011).

3.3 Saúde do trabalhador e saúde mental

O mundo do trabalho repercute diretamente na saúde de seus trabalhadores. As condições ruins de trabalho podem afetar tanto a experiência de estresse dos trabalhadores quanto a sua saúde física e psicológica. O estresse aumenta se as exigências do trabalho estão em desconforto com o conhecimento e habilidades dos trabalhadores ou com suas necessidades. Assim, carregam grande potencial de dano (GLINA, 2010). Obter meios que possibilitem reconhecer a precocidade dos agravos relacionados ao trabalho é responsabilidade de diferentes campos dos saberes – como a psicologia, o serviço social, enfermagem, medicina, engenharia de segurança do trabalho e direito do trabalho – nos quais a atenção volta-se às relações que cercam as condições de trabalho e riscos de adoecimento. Em contrapartida, ainda há poucos profissionais especializados em reconhecer ou prevenir doenças relacionadas ao trabalho, o que prejudica na relação entre os riscos ocupacionais com a doença apresentada pelo trabalhador (JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010).

A análise de cada realidade de trabalho colabora para encontrar os fatores geradores de prazer e sofrimento. Mesmo diferindo entre si, as vivências que geram prazer ou sofrimento estão relacionadas com o contexto de trabalho (organização, relações entre profissionais e condições de trabalho). Assim, o sofrimento que o profissional possui, nesse contexto, repercute negativamente no seu estado de saúde, no seu desempenho profissional e na sua vida como um todo; refletindo em aspectos sociais, econômicos e na organização do trabalho em que se insere. Nesse sentido, os aspectos psicossociais do trabalho impactam na saúde física e mental dos trabalhadores, indicando a necessidade de serem investigados (CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014).

Em relação ao trabalho e saúde mental, Dejours (1994b) infere que o trabalho não deve ser restringido apenas às questões de condições de trabalho como pressões físicas, químicas, biológicas, ou psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho. O trabalho deve ser considerado a partir de uma dimensão organizacional, a qual inclui a divisão das tarefas e as relações de produção. O trabalho é a concepção do novo e necessita da criatividade do trabalhador que o produz e da inteligência prática deste para interpretar e lidar com os problemas (MONTEIRO, 2012a).

Assim, para se pensar em trabalho-saúde mental, é importante considerar o que o especifica como relação social, a partir disso articular um modelo de funcionamento psíquico dentro da interface singular-coletivo. Abordar a relação trabalho-saúde mental não é explorar as doenças mentais e da loucura. Ao contrário, o campo de investigação a ser explorado está relacionado aos sujeitos que, apesar de ter que suportar diferentes pressões no trabalho, conseguem evitar a doença e a loucura. Deste modo, trata-se de estudar o campo psicopatológico que não está atrelado à loucura, ou seja, aquele da “normalidade”. Acentuando-se que a “normalidade” dos comportamentos não exclui o sofrimento e este não exclui o prazer (DEJOURS, 1994b).

Novos modelos de gestão exigem um novo tipo de trabalhador, no qual cada um precisa de eficiência técnica, espírito competitivo e agressividade (HELOANI; BARRETO, 2010). Falar sobre saúde do trabalhador significa compreendê-la a partir de uma divisão social e técnica do trabalho (MENDES; WÜNSCH, 2011), que inclui: “o processo de trabalho como espaço concreto de exploração [...] e a saúde do trabalhador como expressão, igualmente concreta, desta exploração” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 23). Nesse sentido, o trabalho real, mais que uma dimensão técnico-administrativa e/ou sócio-ética, é tanto subjetivo quanto intersubjetivo e, por isso, encontra-se no domínio afetivo. Conforme Dejours (2008) o

trabalho se desdobra em três universos: o universo objetivo, o universo social e o universo subjetivo.

Para que se possa compreender a saúde do trabalhador, é necessário, primeiramente, inserir o termo saúde dentro de um determinado contexto, o que irá remeter à compreensão da saúde do trabalhador. O Decreto nº 3.048, de 06/05/1999, que aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências, publicado pelo Ministério de Previdência e Assistência Social, no seu artigo número 2, afirma que a saúde é um direito de todos e dever do estado, garantida por políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1999).

Já a Organização Mundial da Saúde - OMS ([s.p.]) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não somente ausência de afecções e enfermidades". No seu preâmbulo, continua: "O gozo do melhor estado de saúde que seja possível atingir constitui um dos interesses fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, opinião política, condição econômica e social". Essa definição, por demasiado completa, coloca a saúde em uma utopia. A saúde torna-se um ideal ambicioso, complicado de ser obtido e de ser medido, pois de acordo com a definição da OMS, todos estão doentes. O bem-estar, buscado como "completo" na definição é uma experiência pessoal de satisfação positiva de vida; não é claramente definível, e sim uma expressão de natureza emocional e por isso subjetiva (SOUTO, 2009).

Tem-se, então, que um melhor conceito sobre saúde advém da ideia de que ela é consequência de um estado de equilíbrio, onde diferentes fatores que a influenciam atuam no sistema. É uma relação equilibrada, dinâmica e harmônica entre as condições biológicas e o meio físico e social, ou seja, em relação com o meio ambiente. A doença acontece quando esse equilíbrio é perturbado ocorrendo uma alteração das forças nas quais os fatores operam. Se o sistema está em equilíbrio, reina a saúde; porém, quando uma das forças se modifica, o sistema se desequilibra e ocorre a doença (SOUTO, 2009).

A saúde, enquanto produção social é resultado dos meios de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico (BRASIL, 2006). Por conseguinte, seus níveis expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 2013a). O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. No SUS, de acordo com a Lei n.º 8.080/90, as ações e serviços em saúde deixam de ser restritos e tornam-se universais. E a saúde passa a ser

entendida dentro de uma noção centrada na prevenção dos agravos e na sua promoção; passando a se relacionar com a qualidade de vida da população. O art. 3º dessa lei refere que a saúde é composta por um conjunto de bens que se referem à alimentação, trabalho, nível de renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e farmacológica, moradia, lazer, entre outros (BRASIL, 2000).

Para o Ministério da Saúde, as intervenções necessitam ampliar-se a fim de ter como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes. A atenção e o cuidado devem compreender, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que atuam sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visam ao espaço para além das unidades de saúde, melhorando, dessa forma, as condições de vida dos sujeitos e coletividades e colaborando com escolhas saudáveis onde vivem e trabalham. Além dos modos institucionalizados de controle social, o exercício da cidadania ocorre por criatividade e espírito inovador, através da mobilização e participação de grupos sociais, organizando-se em rede. Assim, garantir saúde é assegurar o acesso universal e igualitário de todos aos serviços de saúde, bem como formular políticas sociais e econômicas que contribuam na redução dos riscos de adoecer. Portanto, o processo saúde-adoecimento é consequência de diferentes aspectos, sendo relacionado a todos os setores da sociedade (BRASIL, 2006).

A saúde pode ser percebida como um conjunto de seguranças e seguros: seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro; podendo ser considerada como um sentimento de segurança na vida, uma maneira de abranger a existência com uma sensação não somente de possuidor ou portador, mas igualmente, de criador de valor e de instaurador de normas vitais. (CANGUILHEM, 2009). É um processo dinâmico que inclui a dimensão social, econômica e política. Resultado das possibilidades de satisfação das necessidades básicas materializadas em direitos sociais, representando o acesso a um conjunto de condições básicas necessárias e um mecanismo de enfrentamento das desigualdades sociais (MENDES; WÜNSCH, 2011).

Corroborando com o conceito supracitado de saúde, na Lei n. 8080, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde no SUS, tem-se que a saúde é, por conseguinte “resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade, acesso à propriedade privada da terra e dos serviços de saúde” (BRASIL, 1990, [s.p.]). Percebe-se, portanto, que a saúde não é uma condição simples, estática, isolada. Ao contrário, ela possui uma origem histórica e social. Ela é condição fundamental à produtividade do sujeito. Um capital à disposição do homem e pré-condição para o desenvolvimento econômico (SOUTO, 2009).

Sobre o trabalho, esse pode ser entendido como todo esforço que o homem, no exercício de sua capacidade física e mental, realiza para atingir seus objetivos em concordância com princípios éticos. Requer dignidade, pois é um dar de si, da pessoa que o realiza, e seus resultados anunciam a nobreza e beleza de criar, aperfeiçoar ou cooperar e coragem para lutar (SOUTO, 2009). O processo saúde-doença possui um sentido ampliado de híbrido biológico-social (MINAYO, 1993). Por isso, a importância da manutenção da saúde no trabalho. Nesse contexto, não percebendo a saúde como estável, salienta-se que:

[...] a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. [...] para o bem-estar físico é preciso a liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo [...] É, portanto, a liberdade de adaptação. [...] Bem-estar psíquico, em nosso entender, é, simplesmente, a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida. E por bem-estar social, cremos que aí também se deve entender a liberdade, é a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si (DEJOURS, 1986, p. 11).

A saúde do trabalhador é uma área de conhecimento, investigação e intervenção. O crescimento dessa área advém por duas dimensões: uma nova ordem do capital sobre o trabalho, impactada pelos novos padrões de acumulação capitalista, no qual se verifica uma reconfiguração do trabalho, sem que se compreenda seu impacto sobre a saúde; e na segunda dimensão têm-se os avanços políticos legais pertinentes ao reconhecimento de concepção ampliada de saúde, sua regulação aos direitos universais e a inclusão da saúde do trabalhador no campo da saúde coletiva e nas políticas públicas (MENDES; WÜNSCH, 2011).

A concepção sobre saúde do trabalhador ressalta tanto a relação capital e trabalho quanto o reconhecimento do trabalhador como sujeito político. Entende-se o social como determinante das condições de saúde, considerando que o adoecimento deve ser tratado e que é preciso prevenir novas doenças, dando ênfase às ações de promoção em saúde. Os programas em saúde devem incluir a proteção, a recuperação e a promoção da saúde do trabalhador de maneira integrada e dirigida a todos os trabalhadores. Estas ações devem ser realizadas no âmbito transdisciplinar e intersetorial, incluindo-se a participação dos trabalhadores (MENDES; WÜNSCH, 2011). O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) do Conselho Federal de Psicologia elaborou um documento sobre saúde do trabalhador inferindo que

longe de ser um termo apenas descritivo e sinônimo da Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador refere-se a um campo de saberes e práticas com claros

compromissos teóricos, éticos e políticos, e insere-se como uma política pública em saúde que demanda articulações intersetoriais (Saúde, Previdência Social, Educação, Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, dentre outras). A amplitude do campo teórico e prático da Saúde do Trabalhador exige a inter-relação de diversos saberes e a apreensão de múltiplos conceitos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008, p. 17).

A saúde do trabalhador implica, portanto, diferentes alternativas de intervenção que considerem as formas de determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores. Ela necessita ser pensada desde a organização do trabalho e da sociedade, compreendendo-se essa realidade sob uma perspectiva de sujeitos coletivos, conhecendo-os e reconhecendo-os historicamente. Assim, além do diagnóstico e tratamento, é necessário tanto a implementação simultânea das modificações ambientais de trabalho, quanto o desenvolvimento de diferentes ações na esfera da organização desses ambientes (MENDES; WÜNSCH, 2011).

Tem-se, conseqüentemente, que a saúde do trabalhador envolve a concepção de saúde, o processo de saúde/doença e seus determinantes sociais, a proteção social e a concepção de saúde do trabalhador. Por isso, a saúde do trabalhador precisa ser entendida a partir de um processo dinâmico, social, político e econômico. Ela envolve diferentes manifestações de agravos ligadas aos processos de trabalho e aos processos sociais e que solicita a articulação de diversos conhecimentos e intervenções capazes de incidir em condições efetivas do processo de saúde/doença e de proteção social (MENDES; WÜNSCH, 2011). A saúde do trabalhador parte do entendimento de que a saúde é um processo e não um estado; assim, o mais importante é considerar o trabalhador enquanto sujeito, como alguém com condições e instrumentos para interferir no que lhe causa sofrimento (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

Corroborando com essa ideia, Canguilhem (2009) atribui ao próprio ser vivo a responsabilidade de distinguir o ponto ao qual começa a doença. Dessa forma, o normal não possui rigidez, e sim a flexibilidade de uma norma que se modifica na sua relação com condições individuais, sendo assim: “A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente” (CANGUILHEM, 2009, p. 71). Para esse autor, o que é considerado normal em determinadas condições pode se tornar patológico em outra situação, se continuar inalterado. Quem vai avaliar essa transformação é o próprio indivíduo, pois é ele quem sofre as conseqüências no instante em que se sente incapaz de desempenhar as tarefas que a nova situação lhe confere. O indivíduo só se percebe em boa

saúde quando se sente mais do que “normal”, adaptado ao meio, às suas exigências e, além disso, normativo, capaz de seguir novas normas de vida.

A relação entre trabalho e saúde mental, é constituída enquanto campo de estudo nomeado “Saúde Mental Relacionada ao Trabalho” (SMRT). A verificação dos efeitos do trabalho na saúde mental, o aumento dos adoecimentos psíquicos ligados ao trabalho, os sintomas psíquicos secundários presentes em diferentes doenças relacionadas ao trabalho, a problemática dos afastamentos e as dificuldades apresentadas nos processos de reabilitação e retorno ao trabalho expõem a necessidade de reflexões, no aumento de políticas públicas e na procura de soluções (LANCMAN; TOLDRÁ; SANTOS, 2010). Assim, em relação à saúde mental do trabalhador, os conceitos envolvem o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. O conceito vai além da ausência de transtornos mentais, e enfatiza os vínculos essenciais entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Nesse contexto, é considerada a unicidade corpo-mente; a saúde geral e a saúde mental são indissociáveis, e o objeto dos estudos da SMRT é a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde-doença no qual a dinâmica se apresenta nos fenômenos mentais, inclusive enquanto natureza social (SELIGMANN-SILVA, 2011). Logo, a saúde mental não é ausência de sofrimento, mas possibilidade de ação. É importante lembrar que o conceito a ser utilizado neste estudo remete a uma saúde mental suficientemente boa, definida pela capacidade de viver e sofrer em um ambiente dado e transformável sem destrutividade, mas não sem protesto (FURTOS, 2004).

Os transtornos mentais e comportamentais são entendidos como condições clinicamente significativas distinguidas por alterações da maneira de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Os índices estimados de transtorno mentais na população trabalhadora ocupada são de 30% de transtornos menores e de 5% a 10% de transtornos graves (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Entre 2001 a 2013, os transtornos mentais ocuparam o terceiro lugar entre as concessões de benefícios previdenciários (BRASIL, 2013b), posição que merece alerta. Ainda,

os transtornos mentais e comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em dada fase da sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e

homens, ricos e pobres, gente de áreas urbanas e rurais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001, p. 17).

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho tiveram grande crescimento em diversos países. Uma das explicações para esse aumento sugere as novas formas de organização e de processos de trabalho, as novas exigências mentais, a intensificação e os modos de avaliação do trabalho. Nesse contexto, novas formas de trabalhar ocasionariam novas maneiras de adoecer, e o aumento dos transtornos mentais expressam essa realidade (LANCMAN; TOLDRÁ; SANTOS, 2010). Os transtornos mentais ligados ao trabalho são determinados pelos lugares, tempo e ações do trabalho. Assim, as ações implicadas no ato de trabalhar, além de atingir o corpo e causar disfunções e lesões biológicas, podem ocasionar reações e efeitos psíquicos devido às características do processo, das condições e da organização do trabalho, incluindo as relações de trabalho (JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010). No entanto, há uma dificuldade de se precisar o início e o fim do adoecimento mental, pois esse não é detectável através de exames admissionais ou comprovado por exames laborais. Os transtornos mentais e o sofrimento são constituídos de aspectos subjetivos e individuais. Por isso, o caráter subjetivo do sofrimento e dos transtornos mentais detém limites tênues e imprecisos (LANCMAN; TOLDRÁ; SANTOS, 2010).

Determinadas maneiras de organizar o trabalho – tipos de tarefas, modalidades de exigências, ritmo e intensidade – de estruturar as relações hierárquicas e dividir o trabalho legitimam em vivências específicas, podem ser vias de satisfação e prazer ou adoecimento e doença. As situações serão estressantes quando percebidas envolvendo importantes exigências de trabalho que não se encontram de acordo com as habilidades e conhecimentos dos trabalhadores ou com suas necessidades (GLINA, 2010). Portanto, identificar fontes potenciais de estresse no trabalho é elemento central para prevenir doenças e acidentes de trabalho (ARAÚJO, 2010).

Parafraseando Dejours (1994a), a história de cada trabalhador irá permitir vias de descargas preferenciais, que não serão as mesmas para todos. Ou seja, em relação ao trabalho é preciso entender se a tarefa que afeta um trabalhador proporciona uma canalização apropriada de energia psíquica. O trabalho será danoso para o aparelho psíquico quando se opõe à sua livre atividade. Todavia, se a tarefa do trabalhador permite uma descarga de energia psíquica, então o trabalho será prazeroso. Logo, se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica ele será equilibrante, mas quando se opõe a essa diminuição, tem-se um trabalho fatigante. Como exemplo, a organização do trabalho, prescrita por outro, poderá ser

uns dos componentes que se opõe à descarga de energia. Assim, quando se torna impossível rearranjar a organização do trabalho, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento inicia. A energia pulsional não encontra descarga no exercício do trabalho e se acumula no aparelho psíquico, trazendo um sentimento de desprazer e tensão. Se nenhuma modificação da organização do trabalho acontece, então a fadiga inicial desencadeia a patologia.

Esse ponto relaciona-se com a teoria da psicanálise, descrita por Freud (1920), distinguida como metapsicologia. Na metapsicologia, o curso tomado pelos eventos mentais está regulado através do princípio do prazer. Esse curso é colocado em movimento por uma tensão desagradável e que segue uma direção na qual seu resultado final coincide com a redução dessa tensão, ou seja, evita o desprazer ou produz prazer. É um ponto de vista, para Freud, econômico, topográfico e dinâmico dos processos mentais. Assim, o desprazer e o prazer estão relacionados à quantidade de excitação, de tal forma que o desprazer corresponde ao aumento da quantidade de excitação e o prazer a uma diminuição desta. Nesse princípio, Dejours (1994a) infere então que uma organização autoritária, que não oferece uma descarga à energia pulsional, eleva a carga psíquica. Ainda, é importante ressaltar que, não existe uma única organização do trabalho como solução otimizada para diminuir a carga psíquica de todos os trabalhadores.

Longas jornadas, com poucas pausas para descansar ou com refeições de curta duração e em lugares desconfortáveis, turnos noturnos, alternados ou começando muito cedo, ritmos intensos ou monótonos, controle do tempo de trabalho e pressão dos supervisores ou chefias impedem que o trabalhador controle seu tempo no trabalho, ocasionando quadros ansiosos, fadiga crônica ou distúrbios do sono. Ademais, a exigência de altos níveis de concentração nas tarefas combinadas com a pressão exercida, muitas vezes oriunda das novas tecnologias de organização de trabalho, pode provocar tensão e outros sinais de ansiedade, culminando em esgotamento profissional (JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010).

Ao se considerar o trabalho enquanto centralidade na vida do homem, a configuração social tem favorecido o sofrimento psíquico nesse ambiente. As transformações oriundas da globalização da economia e as inovações tecnológicas ocasionaram grande insegurança ao trabalhador, o que repercute em sua saúde mental (MONTEIRO, 2012b). A centralidade do trabalho é abrangida na construção da identidade, na realização de si mesmo e na saúde mental. O trabalho é causador de saúde ou de constrangimento patogênico; nunca será neutro: ou confia em favor da saúde ou, ao contrário, contribui para desestabilizá-la causando

sofrimento. A centralidade do trabalho é percebida, então, entre o singular e o coletivo, entre a subjetividade e o campo social (DEJOURS, 2008).

Dessa forma, o sofrimento gerado pelo trabalho repercute na saúde física e psíquica do trabalhador. No que compete ao trabalho hospitalar, tem-se que o sofrimento em relação aos trabalhadores da saúde pode ser pertinente ao que Werlang e Mendes (2013) se referem quando afirmam que o trabalho assalariado gera vínculos sociais; entretanto, a falta de espaço na organização da divisão do trabalho suscita trabalhadores despregados da tessitura social. Os hospitais são instituições eficientes e despersonalizadas. E, competência profissional é apenas um rótulo enganoso para delinear um cenário complexo de atributos e comportamentos essenciais aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas com doenças incuráveis (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A poesia e a arte continuam a desvendar lógicas profundas e insuspeitadas do inconsciente coletivo, da vida cotidiana e do destino humano. A ciência é apenas uma forma de expressão dessa busca, não exclusiva, não conclusiva, não definitiva (MINAYO, 1993, p. 9).

O estudo apresenta-se através de uma perspectiva hermenêutico-dialética proposta por Minayo (1993; 2008a). Tendo em vista os pressupostos dessa autora, conceitua-se a hermenêutica como uma disciplina básica utilizada para compreender textos. Em sua gênese, encontra-se a capacidade de se colocar no lugar do outro; é mediada pela linguagem e administra uma herança humanística. A noção de compreender é, então, o centro de sua elaboração. Logo, uma das ideias centrais da hermenêutica é a de que os seres humanos se entendem ou realizam um movimento interior e relacional para se colocarem em acordo. Compreender não é um movimento mecânico e tecnicamente fechado, pois o que se interpreta não pode ser entendido de uma só vez e de uma vez por todas. Na leitura da realidade, encontra-se o exercício de reflexão sobre a liberdade humana: “o ato do entendimento, mais que um desvendamento da verdade do objeto, é a revelação do que o outro coloca como verdade” (MINAYO, 2008a, p. 88).

Quanto à dialética, essa pode ser vista como um método de conhecimento. Ao articular a hermenêutica e a dialética, tem-se como possibilidade a condução de um processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade social. Dessa forma, enquanto a hermenêutica busca a compreensão, a dialética assume uma atitude crítica. Logo, a análise hermenêutico-dialética busca:

[...] apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, levando em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e, por isso, podem ter, simultaneamente, interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. [...] é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais [...] buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações (MINAYO, 2008a, p. 101).

Portanto, a hermenêutica e a dialética demonstram sua importância na produção da racionalidade em relação aos processos sociais, incluindo os processos de saúde e doença, mais precisamente especificados neste estudo, constituídos como um híbrido, ou se realizando através da cultura. Tem-se, por conseguinte, que essa abordagem pode ser trabalhada pela

dialética e hermenêutica, contribuindo na forma de pensar e investigar os fenômenos relacionados aos processos de saúde e doença (MINAYO, 2008a).

4.1 Caracterização e delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo (MINAYO, 2008b), pois proporciona o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações referentes a um fenômeno. O método qualitativo não é apenas um modelo que atende a certas demandas; ele cria um modelo de entendimento intenso de ligações entre os elementos, ou seja, ele fala de uma ordem que não é visível ao olhar comum (TURATO, 2005). Logo, esse delineamento incorpora o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas tomadas pelo seu advento e por suas transformações, como construções humanas significativas (BARDIN, 2009).

Esse método busca entender um processo a partir de como o objeto de estudo acontece e se manifesta. Nesse sentido, pode-se inferir que o método qualitativo privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. O método qualitativo permite reconhecer a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social. Para o tema proposto, é o apropriado, pois os fenômenos a serem estudados não são redutíveis a uma experiência biológica (MINAYO, 2008b).

Para Dejours (1993, p. 83) o método qualitativo possui como finalidade: “progredir a análise da relação subjetiva no trabalho, portanto, de fazer os sujeitos avançarem em suas interpretações da organização do trabalho”. Assim, proporciona o entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2008b). A partir do que foi exposto, percebe-se que o molde qualitativo é o que melhor se encaixa nos objetivos deste estudo.

4.2 Cenário do estudo

O hospital no qual foi realizada a pesquisa caracteriza-se como um hospital de ensino, geral, público, de nível terciário; atendendo somente pelo sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi realizada a partir de um prévio consentimento institucional. Dentro das quatro grandes áreas da medicina - clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, ginecologia e obstetrícia - podem ocorrer mortes decorrentes de doenças agudas, bem como mortes

imprevistas decorrentes de acidentes ou de insucessos cirúrgicos. A partir da intenção de contemplar o processo de morte e morrer nesse estudo, as unidades escolhidas foram a clínica médica e o pronto socorro.

A unidade de clínica médica ou medicina interna caracteriza-se, pelo atendimento de pacientes adultos com doenças crônicas. Há em torno de 30 leitos nesta unidade, a maioria destinados a pacientes com diagnóstico dentro da área da nefrologia e hemato-oncologia. Tanto os enfermeiros quanto os médicos possuem uma sala para a passagem de plantão ou reuniões. Sendo apenas um refeitório utilizado por todas as profissões. Também há sala de descanso. Durante a observação foi possível perceber que as internações são longas (mais de um mês), o que possibilita maior vivência dos profissionais no processo de terminalidade/morte dos pacientes, assim como construção de vínculos.

No pronto socorro (PS) o limite aproximado é de 30 leitos de urgência e emergência e em torno de 20 macas de observação. Apesar desse número, os profissionais nessa unidade trabalham sempre com superlotação, sendo matéria constante na mídia o número excessivo de pacientes internados. Nesse processo, os pacientes e seus acompanhantes ficam alocados nos corredores, em macas, excluindo-se qualquer privacidade. A comunicação dos profissionais com os pacientes e familiares/acompanhantes ocorre no próprio corredor, sendo uma situação difícil para ambos os lados. A estrutura é precária no que se refere a falta de uma sala de reuniões para uma comunicação efetiva. Entre os enfermeiros, as trocas de plantão ocorrem no próprio refeitório que é junto à sala de descanso. Os médicos possuem uma sala separada para a passagem dos casos e outras atividades, além do refeitório e sala de descanso.

A unidade de pronto socorro é dividida em quatro áreas: clínica, traumatologia, cirurgia e pediatria. A área delimitada na pesquisa foi a clínica. Durante observação inicial percebeu-se que este setor é o que recebe os pacientes que depois serão encaminhados para as especialidades de traumatologia e cirurgia ou para outras unidades do hospital.

Na busca de maior homogeneidade na pesquisa, optou-se por excluir o setor de pediatria da unidade de pronto socorro, visto que a unidade de clínica médica/medicina interna atende somente adultos. No entanto, durante a coleta de dados houve entrada de uma criança na emergência adulta, sendo esse caso especificado na análise dos dados devido à grande comoção dos profissionais durante e após o atendimento.

Dentro das escolhas das unidades contempla-se o processo de morte dos pacientes na clínica médica, devido ao tempo de tratamento e internação maior. Nesta unidade, geralmente, ocorrem mortes esperadas, após longos períodos de tratamento; como, por exemplo, nos casos

de tumores inoperáveis, doenças crônicas e falência de múltiplos órgãos (LAGO; GARROS; PIVA, 2007). O morrer de pacientes fica mais restrito na unidade de pronto socorro, pois as mortes são, na maioria das vezes, causadas por situações emergenciais, como traumas ou choque séptico (LAGO; GARROS; PIVA, 2007), o que não permite maior tempo de contato entre o profissional e o paciente, reduzindo-se a um único ou poucos atendimentos.

4.3 Participantes do Estudo

Os participantes desta pesquisa foram médicos e enfermeiros das unidades de clínica médica/medicina interna e do pronto socorro. Na clínica médica se somam 18 profissionais, sendo 8 médicos e 10 enfermeiros. Na unidade de pronto socorro tem-se um total de 40 profissionais, 13 médicos e 27 enfermeiros. Devido às características próprias do setor do pronto socorro, bem como a organização do trabalho, alguns dos profissionais convidados para entrevista, mesmo depois do aceite, não conseguiram participar. Outros negaram a participação desde o início, dando como causa a alta carga de trabalho e o pouco tempo livre.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Na unidade de clínica médica optou-se por entrevistar a totalidade dos profissionais, visto que esta era constituída por duas áreas da saúde e o número de profissionais não era muito expressivo. Os residentes foram incluídos, pois a residência realizada no setor é específica em medicina interna e eles permanecem até três anos trabalhando na área de oncologia. Além disso, não há grande rotatividade de residentes na unidade.

Optou-se, na unidade de pronto socorro, pela exclusão dos médicos residentes, visto que estes passam apenas dois meses da residência no pronto socorro, não sendo específica em emergência. Pouco tempo de experiência no setor poderia apresentar informações superficiais a respeito do tema. A partir dessas escolhas, entendeu-se que o grupo de profissionais selecionado, em um campo de coleta único, constituiu-se em uma amostragem homogênea, que trouxe rica qualidade nas informações.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados dois instrumentos na coleta de dados: a observação sistemática e a entrevista semiestruturada. A observação, parafraseando Cozby (2003), é o exame minucioso ou a mirada atenta sobre um fenômeno em sua totalidade ou apenas em parte deste; é a apreensão precisa do objeto estudado. Em relação à ciência, a observação vai além, incorporando outras informações ao sentido comum da palavra, mostrando uma dimensão mais extensa e complexa. “Observar, naturalmente, não é simplesmente olhar” (TRIVIÑOS, 2015, p. 153). Observar é destacar de um todo algo que é específico. Para se observar um fenômeno social é preciso que, inicialmente, certo evento social tenha sido abstratamente separado de seu contexto no intuito de que sua dimensão singular possa ser estudada em seus atos, atividades, significados, relações, etc. Para observar seus aspectos mais profundos é preciso individualizar ou agrupar os fenômenos dentro de uma realidade, a fim de captar sua essência inclusa em uma perspectiva específica (TRIVIÑOS, 2015).

Corroborando com essa ideia, Marconi e Lakatos (2007) inferem que a observação é uma técnica de coleta de dados com o intuito de obter informações e utiliza os sentidos para obter determinados aspectos da realidade. Não é apenas ver e ouvir, mas examinar os fatos ou fenômenos relacionados ao tema da pesquisa. É uma forma de o pesquisador identificar e conseguir provas relacionadas aos objetivos sobre os quais os sujeitos não possuem consciência, porém orientam seu comportamento. Portanto, a observação aparece não apenas como fonte de informação, mas como um constructo diferenciado sobre o processo de morte e morrer.

Foi realizada a técnica de observação sistemática. Esta utiliza instrumentos para a coleta de dados ou fenômenos observados para responder aos propósitos pré-estabelecidos. Na observação sistemática, o observador sabe o que procura e o que merece maior importância em cada situação. Não consiste em apenas ver e ouvir, mas em examinar os fatos e fenômenos que se deseja estudar. Ainda, permite um contato direto com a realidade e é ponto de partida da investigação social (MARCONI; LAKATOS, 2007). A observação sistemática se refere à observação cuidadosa de um ou mais comportamentos específicos em um ambiente particular. É o pesquisador quem define quais são os comportamentos de interesse, em qual ambiente serão observados e quais categorias serão seguidas para observá-los (COZBY, 2003). Acontece em condições controladas, todavia, não possui normas padronizadas ou rígidas, mas o observador sabe o que procura e o que faz jus a maior

importância em determinada situação (MARCONI; LAKATOS, 2007). Desse modo, foram utilizados alguns eixos norteadores a fim de orientar quais aspectos eram relevantes a serem observados. Foram eles: condutas frente ao paciente terminal, comportamento frente à morte de um paciente e frente à família deste, relação entre colegas no que se refere ao compartilhamento de sentimentos frente ao processo de morte e o morrer, *rounds* e passagens de plantão.

A observação iniciou desde a familiarização até findar todas as entrevistas individuais; sendo diretamente escrita em diário de campo. Na clínica médica, iniciou-se na primeira quinzena de julho e durou até final de agosto. No pronto socorro, a observação iniciou em agosto e estendeu-se até outubro. O tempo maior de observação nessa unidade deu-se devido a algumas intercorrências na realização das entrevistas. Em ambas unidades a observação ocorreu nos dois turnos, diurno e noturno, em diferentes horários, para que pudessem ser contempladas qualquer particularidade entre turnos. Em alguns finais de semana a pesquisadora também se fez presente.

Nas anotações em diário de campo foram registrados por escrito os eventos pertinentes em relação ao tema, bem como as manifestações (verbais, ações e atitudes) observados nos participantes. Além disso, como sugere Triviños (2015), foram registradas reflexões do investigador que surgiram frente a observação dos fenômenos. As reflexões, segundo este autor, são as primeiras buscas de significados e expressões de explicações. As reflexões podem fazer parte do produto final do estudo, sofrer reformulações ou apenas serem desconsideradas. Também podem se referir às questões metodológicas ou teóricas, a processos que necessitam ser aprofundados ou outros aspectos que precisam ser investigados. Faz parte de todo o processo de coleta e análise dos dados, ou seja, compreende descrições dos fenômenos, explicações e a compreensão da totalidade do estudo.

Quanto a entrevista semiestruturada, Minayo (2008) afirma que esta parte da elaboração de um roteiro, que difere do sentido tradicional do questionário, pois visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos no objetivo da pesquisa. A entrevista se configura como um instrumento para orientar uma conversa com uma finalidade, sendo facilitador para abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. O que é dito na entrevista oferece informações tanto sobre o pensamento da pessoa que fala, quanto sobre a realidade que é objeto de estudo (RUQUOY, 1997). Ao mesmo tempo que valoriza a presença do pesquisador, a entrevista semiestruturada possibilita diferentes perspectivas para que o

participante alcance a liberdade e a espontaneidade essenciais para enriquecer a investigação (TRIVIÑOS, 2015). Ademais:

[...] o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição “*sine qua non*” do êxito da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008b, p. 124, grifo do original).

O roteiro possui apenas questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que proporcionam amplo escopo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que emergem no decorrer das informações prestadas pelo participante. Este, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do tema da pesquisa, começa a participar na elaboração do conteúdo desta. As questões do roteiro são resultadas da teoria que alimenta a ação do investigador, bem como de toda a informação coletada a respeito do fenômeno social em pauta (TRIVIÑOS, 2015). Logo, no roteiro, constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto. É um guia e não pode prever todas as situações e condições do trabalho em campo; como um lembrete para o pesquisador utilizá-lo com o intuito de monitorar a entrevista a partir de alguns pontos abordados (GASKELL, 2008).

A seguir, são apresentados os principais pontos que foram utilizados nas entrevistas com os profissionais da saúde: Condições de vida (família, convívio atual, moradia); Trajetória profissional e repercussões na saúde; Atividades cotidianas na instituição hospitalar, conhecimento do processo de trabalho, controle sobre o trabalho, natureza e conteúdo das tarefas; Organização do trabalho (horários, ritmos, exigências físicas e mentais); Comunicação e relacionamentos interpessoais; Significados atribuídos frente à morte e ao morrer; Vivências no processo de morte e morrer; Relação com o paciente terminal; Relação com a família do paciente terminal; Dificuldades e facilidades no trabalho frente à morte e ao morrer; Saúde mental, percepção do trabalhador entre seu trabalho e algum possível sintoma psíquico.

As entrevistas foram agendadas previamente e ocorreram no hospital em diferentes salas, preservando a privacidade dos entrevistados. O local e horário das entrevistas foram definidos conforme a preferência do entrevistado. Utilizou-se gravador em áudio durante as entrevistas, pois este possibilita contar com todo o material fornecido pelo participante (TRIVIÑOS, 2015). Vale ressaltar que a utilização deste recurso foi sujeita à permissão prévia

dos participantes. Todas as informações gravadas foram transcritas para a melhor visualização e formação de categorias na análise dos dados.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

Para que os dados pudessem ser coletados, primeiramente o projeto de tese foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após foi realizada a apresentação da pesquisa para os chefes das unidades da clínica médica e do pronto socorro para a aprovação setorial. Em seguida o projeto foi encaminhado ao Gabinete de Estudos e Projetos da instituição na qual foi realizada a coleta. Após todos os trâmites serem contemplados e o projeto receber parecer favorável, iniciou-se a coleta dos dados.

A coleta de dados iniciou primeiramente na unidade de clínica médica, na qual era possível entrevistar a totalidade dos profissionais, pois entre médicos e enfermeiros somavam-se dezoito profissionais – oito médicos e dez enfermeiros. Como o pronto socorro possui um número muito mais expressivo de profissionais, optou-se por entrevistar o mesmo número de participantes entre ambas unidades, com o intuito de se constituir uma amostra homogênea. Assim, mediante o término das entrevistas na clínica médica, com dezessete profissionais (um enfermeiro não quis participar da pesquisa), iniciou-se a coleta no pronto socorro, igualmente com oito médicos e nove enfermeiros. Os participantes, nesta unidade, foram convidados aleatoriamente, nos diferentes turnos de trabalho (diurno e noturno). Totalizou-se 34 entrevistas nas duas unidades e três meses e meio de observação.

Primeiramente, o pesquisador se fez presente em campo o tempo necessário para sua familiarização. Esta durou cerca de duas semanas. Entende-se que é necessária a imersão do pesquisador em campo, com o intuito de impregnar-se, a partir da observação, dos elementos que constituem o cenário da pesquisa. É um momento tanto de familiarização do pesquisador com o campo, como de descoberta de estratégias de apresentação da pesquisa para os possíveis participantes (GONZÁLEZ-REY, 2010).

Sob essa perspectiva, abordar a morte com os trabalhadores envolvidos nessa tarefa requer essencialmente a criação de vínculo com eles, para que possam se sentir seguros e desejosos de participar do processo, o que foi possível na unidade clínica médica. Esta unidade possui salas específicas para os médicos e enfermeiros, além do refeitório. Assim, era possível maior aproximação da pesquisadora, e conversas mais informais o que auxiliou na

criação do vínculo. Além disso, o número menor de profissionais e a estrutura física da própria unidade permitiam o contato com todos os profissionais, inclusive de outras áreas. Fato importante para conhecer a demanda e necessidades do local. Durante a coleta, os participantes, implicados no tema, pediram que fosse ministrado um minicurso, que foi possível realizar com o auxílio da instituição e da própria organização do trabalho; auxiliando na observação da demanda, no contato com os profissionais e, conseqüentemente, na criação de vínculo. Na clínica médica, inicialmente as entrevistas eram realizadas na sala de materiais, mas devido às interferências e barulho, optou-se pela sala de descanso para a realização das mesmas.

A coleta no pronto socorro foi mais difícil tendo em vista a estrutura física da unidade, o número de profissionais e a demanda de pacientes. Apesar de haver o refeitório e sala de descanso para os profissionais, a alta carga de trabalho demandou maior tempo de coleta. Algumas entrevistas, mesmo que agendadas previamente, eram desmarcadas devido a chegada de pacientes. As entrevistas foram realizadas em salas de atendimento clínico quando desocupadas, em sala de descanso, no refeitório e até no pátio ao fundo do refeitório dos enfermeiros; sempre buscando um lugar que permitisse a privacidade dos participantes. A relação com a pesquisadora, na maioria das vezes, consistiu-se na apresentação da pesquisa e entrevista. Não sendo possível um vínculo maior, como aconteceu na clínica médica, pois mesmo durante o tempo de observação, os profissionais sempre estavam realizando algum atendimento ou procedimento, dificultando uma maior proximidade.

4.7 Procedimentos de análise e interpretação dos dados

Para a análise dos dados, primeiramente, as narrativas das entrevistas foram transcritas para que pudessem ser percebidas as falas mais significativas, seja por sua repetição, por sua carga emocional, ou pelo grau de congruência ou contradição das narrativas. A partir das observações e das entrevistas se formaram as categorias referentes ao tema da pesquisa para a análise de dados. Como combinação de técnicas, observação e entrevista, se procedeu triangulação das informações como parte do processo de confiabilidade dos dados, objetivando, portanto, alcançar a magnitude na descrição, na explicação e compreensão do objeto em estudo. Na triangulação parte-se do pressuposto de que não é possível conceber a existência isolada de um fenômeno social (TRIVIÑOS, 2015).

O método da triangulação, como sugere Denzin (1970), indica a combinação de diferentes metodologias para estudar um mesmo fenômeno; assim, superando visões parciais e apresentando um quadro mais completo. Contempla, então, a combinação de duas ou mais fontes de dados, pesquisadores, metodologias, perspectivas teóricas ou métodos de análise no mesmo estudo. No entanto, deve-se levar em consideração que a precisão de um método vem a partir de sua aplicação sistemática, mas “raramente a inacurácia de uma abordagem dos dados complementa as acurácias de outra” (FIELDING; FIELDING, 1986, p. 35). Portanto, a triangulação será utilizada nesse estudo como forma de proporcionar ao pesquisador o melhor de cada método escolhido.

A análise dos dados é um modo de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores. Já a interpretação é uma atividade intelectual na qual o pesquisador busca um significado maior às respostas, vinculando-as a outros conhecimentos. Interpretar significa expor o verdadeiro significado do material coletado, em relação aos objetivos propostos e ao tema da pesquisa. A interpretação, além de esclarecer o significado do material, realiza inferências maiores dos dados discutidos. É a eficácia da análise e interpretação dos dados que determinarão a confiabilidade da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A análise teve como eixo norteador a análise de conteúdo, com foco na análise categorial, que se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A escolha deste método de análise pode ser explicada por seu enfoque na qualificação das vivências do sujeito, assim como suas percepções sobre o objeto e seus fenômenos (BARDIN, 2009). Dessa forma, as informações das duas fontes foram integradas por meio da referida técnica de análise.

Na análise de conteúdo, para que se possam extrair tendências claras e chegar a uma conclusão, é necessário realizar um estudo minucioso do conteúdo do material obtido, das palavras e frases que o compõem. A partir de então, atribuir-lhes sentido, captar as intenções, comparar, avaliar, reconhecer o essencial e eleger o mais importante em torno do tema principal. Incide em desmontar a estrutura e os elementos do material com o intuito de clarificar suas distintas características e extrair seus significados (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A análise de conteúdo envolve técnicas de pesquisa que permitem sistematicamente realizar a descrição das mensagens e das atitudes relacionadas ao contexto do enunciado e

inferir sobre os dados coletados. Há a necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, o enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e o desvendar das relações que se estabelecem para além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Para Laville e Dionne (1999), consiste em um conjunto de vias possíveis à revelação de sentido de um conteúdo. Logo, o pesquisador precisa efetuar um recorte dos conteúdos, transformando-os em elementos possíveis de serem ordenados dentro de categorias. A finalidade é de agrupar os elementos em torno de seus significados e às intenções da pesquisa. Os elementos recortados irão constituir-se em unidades de análise. Ou seja, cada elemento recordado deve ser completo em si mesmo, no plano de sentido.

Cabe aqui ressaltar que a análise de conteúdo não deve ser meramente descritiva, é preciso avançar esse estágio, passando para outro mais intuitivo, no qual se realizam inferências, permitindo discussões a partir dos dados trabalhados. Pode-se considerar que os dados são achados mudos, cabendo ao pesquisador fazer a interpretação e discussão desses resultados (TURATO, 2003). Essa técnica é realizada a partir de registros, permitindo, assim, inferências. Isso significa produzir conhecimentos subjacentes à determinada mensagem e, também, ancorá-la a um conjunto de referenciais teóricos (CAMPOS; TURATO, 2009). Tratar o material é codificá-lo, o que corresponde a uma transformação efetuada de acordo com regras precisas dos dados brutos coletados. Esta transformação permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão capaz de esclarecer acerca das características pertinentes ao conteúdo do texto. A codificação é o que vai permitir a classificação e a agregação do conteúdo para a escolha das categorias (BARDIN, 2009).

O processo de categorização implica um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões, mantém certo ordenamento e é embasada por conhecimentos teóricos. Assim, torna os achados mais palatáveis e plausíveis para a compreensão do fenômeno (CAMPOS; TURATO, 2009). A categorização é a operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, realizada por diferenciação e reagrupamento segundo critérios previamente definidos. As categorias reúnem um grupo de elementos agrupados em razão de características comuns. A análise de conteúdo assenta na crença de que a categorização (passagem dos dados brutos à organizados) não permite desvios do material, e sim reconhece achados invisíveis a nível dos dados bruto (BARDIN, 2009).

Turato (2003) propõe dois critérios para que se faça a categorização dos dados: o critério da repetição, no qual se distingue, põe-se em destaque as colocações reincidentes,

considerando todas as emergentes do discurso do entrevistado; e o critério da relevância, colocando-se em destaque um ponto falado sem que tenha necessariamente apresentado repetição no conjunto dos dados coletados, porém é considerado rico em conteúdo. Nesse processo, o pesquisador parte de um número de unidades agrupando-as por sua significação aproximada, obtendo um primeiro conjunto de categorias que serão remanejadas no decorrer da análise, até que se chegue a um grupo de categorias final, considerando melhor a especificidade de cada uma (LAVILLE; DIONNE, 1999).

O processo de categorização partiu de uma pré-análise realizada a partir da leitura flutuante de todas as entrevistas; previamente transcritas e mantido o áudio para informação paralinguística. Essa é uma forma de assimilar todas as informações coletadas e percebê-las quanto ao critério de repetição e relevância e inferir sobre as possíveis categorias. A leitura flutuante permite analisar e conhecer as informações coletadas, deixando-se invadir pelas impressões e orientações destas. Aos poucos a leitura torna-se mais precisa através das hipóteses emergentes, da projeção das teorias adaptadas sobre o material e da aplicação das técnicas utilizadas (BARDIN, 2009).

A seguir, as falas foram divididas levando-se em consideração as colocações mais repetitivas e emergentes dos discursos dos entrevistados. A essa segunda fase, Triviños (2015) pontua como *descrição analítica*; que inicia desde a pré-análise, com a leitura flutuante e organização do material e segue, neste momento, com o aprofundamento orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos das informações que constituem o corpus do estudo. Aqui a análise avança na busca de sínteses coincidentes e divergentes de ideias ou que não estejam ligadas a nenhuma teoria específica.

Para a divisão das categorias, como proposto por Bardin (2009), foram consideradas as seguintes qualidades: 1) A exclusão mútua: cada elemento não pode existir em mais de uma divisão categoria, ou seja, um elemento não pode ter dois ou mais aspectos suscetíveis de serem aplicados em mais de uma categoria. 2) A homogeneidade: na qual um princípio de classificação de ordenar sua organização. 3) A pertinência: a categoria está adaptada ao material de análise escolhido e pertencente ao quadro teórico definido. O sistema de categorias precisa refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou satisfazer às características das mensagens. 4) A objetividade e a fidelidade: as diferentes partes de um mesmo material devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a diferentes análises. 5) A produtividade: um conjunto de categorias é produtivo se oferece resultados férteis em índices de inferências, hipóteses novas e dados exatos.

Dentro do tema proposto, falas relevantes também foram destacadas mesmo não havendo repetições. Dessa forma, os achados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, para então realizar-se as inferências e adiantar as interpretações conforme os objetivos previstos e às descobertas inesperadas (BARDIN, 2009). Essa fase de *interpretação referencial* une a reflexão e a intuição com embasamento nos materiais empíricos; estabelecendo relações e aprofundando as conexões das ideias. Isso possibilita propostas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais. A atenção dada ao material não é exclusiva no seu conteúdo manifesto, havendo um aprofundamento da análise para desvendar seu conteúdo latente possibilitando, dinamicamente, a abertura de outras características dos fenômenos sociais (TRIVIÑOS, 2015).

A partir daí foram estabelecidas algumas categorias, que apresentaram maior sentido na construção do discurso das entrevistas e do tema proposto, que foram apresentadas na escrita em forma de capítulos. O quadro abaixo apresenta a organização dos capítulos e seus respectivos subcapítulos. Os objetivos específicos foram expostos para melhor compreensão da escolha dos temas abordados nos resultados.

Quadro 1 - Apresentação dos capítulos e subcapítulos

(continua)

TÍTULO: Morte e vida em cena: descortinando o interdito sobre (vi)ver o cuidado na morte e no morrer de pacientes		
OBJETIVO GERAL: Descortinar o interdito sobre a morte e o morrer, as percepções, os significados, os sentimentos e dificuldades atribuídos pelos profissionais da saúde sobre o cuidado de pacientes em processo de morte e morrer.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CAPÍTULO	SUBCAPÍTULO
Identificar os significados conferidos para a morte;	TECENDO OS SIGNIFICADOS DA MORTE PARA OS PROFISSIONAIS	
Conhecer as vivências dos profissionais da saúde no cuidado de pacientes em processo de morte e morrer;	VER A MORTE DE PACIENTES EM UM PRONTO SOCORRO	O TEMPO E O LUGAR DA MORTE NO ESPAÇO DE PRONTO SOCORRO
Conhecer os sentimentos atribuídos pelos profissionais da saúde quando da piora ou morte de um paciente;		
Conhecer as interfaces do trabalho no contexto hospitalar e o lidar com a		

morte e o morrer de pacientes pelos profissionais da saúde		
Conhecer as vivências dos profissionais da saúde no cuidado de pacientes em processo de morte e morrer;	VIVER O PROCESSO DE MORRER DE PACIENTES EM UMA CLÍNICA MÉDICA	O VÍNCULO PROLONGADO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PACIENTES/FAMILIARES NA CLÍNICA MÉDICA
Conhecer os sentimentos atribuídos pelos profissionais da saúde quando da piora ou morte de um paciente;		
Conhecer as interfaces do trabalho no contexto hospitalar e o lidar com a morte e o morrer de pacientes pelos profissionais da saúde		MEDIDAS DE CONFORTO E DISTANÁSIA: DOIS LADOS DA MESMA MOEDA
Conhecer as vivências dos profissionais da saúde no cuidado de pacientes em processo de morte e morrer;	SOBRE OS OMBROS DE GIGANTES: A MORTE INTERDITA	
Conhecer os sentimentos atribuídos pelos profissionais da saúde quando da piora ou morte de um paciente;		
Conhecer as interfaces do trabalho no contexto hospitalar e o lidar com a morte e o morrer de pacientes pelos profissionais da saúde		
Conhecer as interfaces do trabalho no contexto hospitalar e o lidar com a morte e o morrer de pacientes pelos profissionais da saúde	A PERCEPÇÃO DA FINITUDE NO PROCESSO DE SER DOS PROFISSIONAIS	
Apontar possíveis efeitos na saúde mental dos profissionais que realizam o cuidado de pacientes no fim de vida.	A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA TRAMA DE SENTIDOS	O CUIDADO AO CUIDADOR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

*Fonte: Construção da autora.

4.8 Considerações e aspectos éticos

Foram seguidas as recomendações éticas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que prescreve a ética nas pesquisas com seres humanos. Entende-se ainda que, por se tratar do âmbito da psicologia, devem-se levar em consideração os aspectos éticos exigidos do profissional psicólogo pelo Conselho Federal de Psicologia. Esse rigor ético do conselho de classe vem a complementar o entendimento da resolução 510/2016. Para tanto, realizou-se a pesquisa em conformidade com a Resolução 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000), pois esta define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Dessa forma, os entrevistados tiveram participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, instruída com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantido que sua identidade pessoal permanecerá no anonimato, não devendo ser mencionado seu nome ou qualquer outro dado que possibilite o reconhecimento.

Também foi garantido o direito do participante se retirar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal ou profissional. Mediante esse aspecto, antes das observações e entrevistas, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), explicando a pesquisa e solicitando autorização para a divulgação de suas falas. Nesse termo, está descrito um breve resumo do trabalho e foi assinado duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador. As atividades de campo apenas ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 52749816.2.0000.5334 (Anexo A).

Foi considerada a possibilidade dos participantes sentirem-se desconfortáveis ao falar mais intimamente sobre a morte. Assim, caso a pesquisa mobilizasse no participante conteúdos geradores de angústia, o pesquisador sugeriria um serviço de apoio para que pudesse conversar, visando minimizar o foco de sofrimento. Isto foi necessário para uma entrevistada, não tanto pela mobilização na entrevista, mas pelo intenso sofrimento demonstrado decorrente dos processos de trabalho. Não existiram benefícios diretos aos entrevistados; porém, entende-se que os participantes forneceram dados relevantes para a efetivação do presente estudo, colaborando para uma nova construção do conhecimento, além de terem um espaço de escuta privilegiado junto a pesquisadora.

O sigilo dos participantes foi e será mantido nas futuras publicações através da utilização de siglas para a identificação das falas, seguidas da sigla da unidade em que

trabalha (CM para clínica médica e PS para pronto socorro). Por exemplo: M1, CM; M2, CM; quando o participante for médico da clínica médica. E1, CM; E2, CM; E3, CM; quando for enfermeiro da clínica médica. Igualmente se o profissional for do pronto socorro: M9, PS; E10, PS; e assim sucessivamente. Dessa forma, conforme detalhado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no Termo de Confidencialidade (Apêndice B), ficará assegurado a todos os participantes o sigilo com relação à sua identidade, garantindo, portanto, a privacidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente torna-se necessário caracterizar os participantes da pesquisa. Na clínica médica participaram dezessete profissionais. Entre os médicos, somaram-se 5 homens e 3 mulheres com idades entre 27 e 54 anos. Dentre estes há um médico especialista em oncologia com maior tempo de trabalho no setor e responsável pelos outros sete médicos residentes em medicina interna, que realizam a prática por três anos dentro da unidade e no ambulatório de oncologia. Entre os médicos residentes, três estavam no primeiro ano de residência, três no segundo ano e um no terceiro ano. Apesar da diferença no tempo de formação, não houve discrepâncias nas respostas. Quanto aos profissionais da enfermagem, apenas um é do sexo masculino, e a maioria foi contratada há dois anos. Um profissional da área da enfermagem não quis participar. Entre os entrevistados sete trabalham no turno diurno e três no noturno. As idades dos profissionais variaram entre 25 e 55 anos

No pronto socorro, com relação aos médicos, foram entrevistados sete homens e uma mulher, que trabalham nos diferentes turnos em escala de plantão. Com idades entre 27 e 52 anos. E entre os enfermeiros participaram sete mulheres e dois homens. Com idades entre 33 a 42 anos, e apenas dois trabalham no turno noturno. Para clarificar a caracterização dos participantes segue o quadro representativo.

Quadro 2 - Caracterização dos participantes na pesquisa, segundo especificidade e número de trabalhadores

PRIMEIRA UNIDADE PESQUISADA				
CLÍNICA MÉDICA (CM)	Homens	Enfermeiros	Médicos	Média de Idade
	6	1	5	35,66
	Mulheres	Enfermeiras	Médicas	Média de Idade
	11	8	3	35
Total	17	9	8	
SEGUNDA UNIDADE PESQUISADA				
PRONTO SOCORRO (PS)	Homens	Enfermeiros	Médicos	Média de Idade
	9	2	7	41,66
	Mulheres	Enfermeiras	Médicas	Média de Idade
	8	7	1	37,5
Total	17	9	8	

*Fonte: Construção da autora.

Dentre os resultados obtidos através da análise dos dados, apresenta-se, a seguir, os capítulos construídos por temas de relevância que remetem ao objeto de estudo.

5.1 Tecendo os significados da morte para os profissionais

A gente se prepara para tanta coisa, né? E a gente não se prepara para a morte que é a única coisa que a gente sabe que é certo na nossa vida, né? (E11, PS).

A experiência da morte como algo real torna-se, numa perspectiva objetiva da existência, como algo que não pode ser dito, pois não se estabelece no campo da linguagem. Encontra-se em uma dimensão projetiva, de um vir a ser, na busca de sentido para a finitude que pode ser respondida através da crença, da metafísica e da transcendência em si (SILVA et al., 2013). A morte é um evento que não pode ser definitivamente descrito, projetado, nomeado e depende da percepção de cada um. A ideia de que uma pessoa tem sobre a morte é como um rótulo dado a partir do que é conhecido e vivido. Apesar de ser um evento inexorável, falar sobre a morte causa desconforto devido à visão que as pessoas possuem e os sentimentos que emergem. Porém, evitar falar sobre a morte não impede a sua chegada e dificulta a sua naturalização (BARBOSA; MASSARONI; LIMA, 2016).

Durante a pergunta feita aos participantes do estudo sobre o significado da morte, sempre houve um desconforto antes de responder, um tempo para pensar e até uma surpresa com a pergunta. Na entrevista semiestruturada, proposta na coleta de dados, a única pergunta fechada era: O que significa a morte para você? Esta pergunta surgia, para os participantes, como algo alheio à vida pessoal e profissional. Em nenhuma dessas duas esferas os profissionais tinham refletido, enquanto uma resposta concreta, sobre o significado da morte. Seja possuindo uma crença ou não, eles precisaram de certo tempo para pensar e formular esse significado.

Percebeu-se na pesquisa que por mais que os profissionais lidem com a morte no seu dia-a-dia, eles não costumam refletir sobre esse evento, deixando passar como algo próprio da profissão. A morte só é pensada no meio hospitalar quando se trata de uma morte trágica ou interdita (com crianças ou jovens), mesmo assim, o pensar sobre acontece muito mais a nível individual do que coletivo. Os profissionais podem manifestar diferentes sentimentos frente a morte de um paciente, e demonstram esses sentimentos de formas diversas: uns ficam em silêncio, outros se isolam, choram, buscam justificativas para a morte na finitude humana, no destino de todo o ser humano. Surgem questionamentos sobre o término da vida e podem ser

utilizados diferentes mecanismos de defesa, como a negação e a racionalização para enfrentar a terminalidade do paciente sob seus cuidados (MOTA et al., 2011).

Os sentimentos relacionados ao desconhecido, que o limite da vida gera, coloca o sujeito frente ao vazio da existência e o faz buscar significados para o sofrimento e a morte. Estes podem ser subjetivados através da racionalização, conhecimentos técnico-científicos, a fé e o pensamento mágico e religioso (SILVA et al. 2013). Através da religião as pessoas buscam um significado e um alívio para o sofrimento (GERONASSO; COELHO, 2012). A maioria dos profissionais entrevistados, seja na clínica médica, seja no pronto socorro, possui uma crença dentro de diferentes religiões como: católica, espírita, adventista, evangélica entre outras. Apenas três de todos os entrevistados significam a morte enquanto um fim, dois médicos da clínica médica e um médico do pronto socorro, compreendendo-a dentro de uma visão especificamente biológica, como o desligamento das atividades metabólicas. Nas falas a seguir apresenta-se a morte enquanto passagem:

Pra mim, é passagem. Não é o fim. É a passagem pra algo melhor. Por isso que eu não, muitas vezes, com alguns pacientes, ah, alguns já 'tá' na hora dele da passagem pra uma vida melhor, eu não penso que é o fim. Se eu pensasse que é o fim, eu poderia pensar que, eu acho que daí mexeria mais. É uma passagem, assim como tu vai passar, eu vou passar (M7, CM).

A morte para mim ela significa, o final de um ciclo, e que eu por uma questão filosófica e de religião, eu acredito para mim que é uma passagem para uma outra vida, é uma sequência que tu termina um ciclo do teu corpo, tua vida encerra um ciclo nesse plano aqui, e que a gente segue em um tunelzinho de luz lá pelo outro lado e dependendo da tua evolução, tu vai para um lugar menos ou mais favorável [...] dependendo da tua evolução espiritual (M12, PS).

Pra mim, pra minha crença? Morte pra mim é, eu vou pra, pra eternidade, aqui é só um, uma passagem mesmo, eu vou pro céu, ou pra eternidade, pra outro lugar, aqui é só uma passagem mesmo (E5, CM).

As três crenças religiosas diferentes – católica, espírita e evangélica, apresentadas nas falas, demonstram a morte enquanto uma continuidade. A visão da morte como descanso ou início de uma vida melhor pode colaborar para a aceitação da finitude. A morte pode ser refletida e significada dentro de um prisma religioso no qual a crença da continuidade da existência por meio de uma passagem para outro lugar decorre de uma cultura radicada nas antigas civilizações. Pensar a morte e o morrer dentro de um princípio religioso pode influenciar a maneira em como os profissionais lidam com o final da vida, colaborando para suportar melhor as dificuldades pertinentes no processo de morte (MEDEIROS; BONFADA, 2012), o que fica claro nas falas a seguir:

Olha, antes de trabalhar aqui, eu achava que a morte era o fim, que morreu, morreu. Quando eu trabalhava lá no pronto socorro a gente via muito isso também né, chegava um acidentado, chegava um com um AVC, chegava com tiro, com ferimento por arma branca e depois morria, só que como a gente não conhecia, morreu, acabou. Então, pra mim era “acabou”, sabe, morreu, morreu. Acabou. E aí agora, trabalhando aqui, eu acho que a morte não é o fim, sabe, eu acho que é o fim daquele ciclo que eles tiveram que passar por isso, mas que eles vão seguir em outros planos, seja se recuperando, em outros processos evolutivos, enfim, e essas experiências de morte e de saber que não é o fim, às vezes dá pra ver aqui, dá pra sentir aqui que não é o fim, que pra eles não é o fim, sabe. Porque senão, se eu achasse que eles morriam e aquilo morreu e, foi uma coisa trágica, mais uma pessoa em cinquenta mil, [...], isso são dados estatísticos e tinha que acontecer com aquela pessoa, acho que tu acaba te tornando uma pessoa muito, muito mecânica, sabe. E aquilo não ia ter um processo resolutivo dentro de mim, sabe. Tipo morreu, acabou. Dentro de mim, eu ia continuar talvez me questionando “tá mas porque, porque?”, sabe (E8, CM).

Bom a morte agora para mim, virou um significado um pouco mais diferente, principalmente antes eu era...sempre fui católico, só que muitas questões do catolicismo não correspondiam, não traziam uma resposta adequada, porque tanto sofrimento, porque tantas doenças, porque elas vieram assim, a gente compreende quando é alguma coisa que foi adquirida está no livre arbítrio da pessoa que procurou tal situação, mas em alguns momentos, os pacientes uma doença genética, como é que tu vai pensar que foi determinado que essa pessoa iria adquirir essa doença aí, então na realidade, eu comecei a encarar uma morte um pouco diferente, depois que eu mudei a minha, assim digamos a minha filosofia religiosa, daí eu comecei a estudar mais a parte a doutrina espírita, né? Daí nessa parte eu comecei a procurar respostas que eu não tinha no catolicismo, então comecei a compreender melhor algumas coisas a partir daí pelo menos, serviu como um certo alento, pelo menos tem algum tipo de explicação que posso justificar isso, que a gente que muitas vezes não entende, como o paciente pode ter cinco...seis...sete doenças, porque não eu, por exemplo, porque alguns são mais privilegiados que são tão mais saudáveis e outros, né? Que às vezes nem procuram a doença, mas a doença acabou chegando até ele (M10, PS).

A enfermeira ressalta o quanto modificou seu significado sobre a morte devido ao seu trabalho com pacientes terminais; suas vivências frente a morte de pacientes acabaram modificando a percepção desta enquanto um fim, o que foi importante para sua compreensão nessas situações e conseqüentemente diminuição do seu sofrimento. O médico, na segunda fala, buscou outra crença que desse conta de suas necessidades para compreender a morte e a doença de pacientes, buscando respostas mais acolhedoras às suas dúvidas. Outra profissional também relatou estar construindo um novo significado para a morte. A formação em medicina, como ela ressaltou, termina com as possíveis crenças que os alunos possam ter, por ser uma formação ainda muito positivista e ligada apenas ao biológico no ato de curar as pessoas. Foi no decorrer do seu trabalho na oncologia que essa médica começou a construir novos significados acreditando que poderia existir algo após a morte.

Ainda há, tanto no mundo acadêmico quanto no profissional, uma negação da natureza complexa da espiritualidade e o seu papel na vida das pessoas. Na formação em saúde há frequente separação entre o material e o transcendental, o que acaba dicotomizando o ser

humano. A morte, quando abordada durante a formação, é reduzida a algo apenas biológico. As perturbações e mudanças no processo de morrer são pouco abordadas no contexto acadêmico, e profissionais menos experientes buscam aprender com seus colegas, construindo diferentes saberes (SILVA et al., 2015). O desconhecimento sobre a importância da espiritualidade na formação e na atuação na área da saúde, da educação, da política e da cidadania produz um olhar reducionista e por isso inapropriado para abordar o sujeito em sua complexidade. Torna-se necessário contemplar as esferas física, social, emocional e espiritual como dimensões tangíveis a cada indivíduo, no intuito de proporcionar um cuidado ao outro e respeitar sua integralidade (MANCHOLA et al., 2016).

A construção de uma visão diferente realizada pela médica, incluindo a crença antes destituída pela formação na medicina, pode estar relacionada ao fato de que a percepção do sofrimento do outro no final da vida, em como as pessoas vivem seus últimos momentos, colabora para o surgimento de uma crença. Não especificamente uma religião, mas a necessidade de se acreditar em algo além de um fim. Outro profissional, enfermeiro, também sem uma crença específica, expôs que após o atendimento a uma criança em situação de final de vida, buscou um centro espírita para poder aceitar melhor o porquê de uma morte tão prematura, como revela a fala:

Fui me deparando mais e mais e mais com esse tipo de situação e essa mesma enfermeira na época disse assim pra mim: tu precisa trabalhar isso um pouco contigo assim neste primeiro momento e... e ela era espírita e eu assim, nunca fui muito ligado a questão de religião e até hoje eu não sou muito ligado na questão de religião e ela me convidou um dia pra eu ir assistir umas palestras do centro espírita e eu fui, acho que me ajudou bastante na época assim, pra eu tentar começar a compreender algumas coisas [...] Foi o primeiro choque e depois até pela questão assim de me entender porque que aquela criança de 9 anos estava... isso o espiritismo me ajudou muito na época de entender a questão do porquê que aquela criança está passando por aquilo, porquê daquelas situações assim né, desse tipo de coisa, assim... eu não sei se eu acredito ou não, mas isso me ajudou a me organizar um pouco. Eu acho que isso me ajudou pessoalmente, me ajudou (E6, CM).

Mesmo que não se tenha uma religião específica, a crença em algo que explique a morte auxilia na aceitação do processo por parte dos profissionais. Pensar que existe algo após a morte diminui a angústia frente ao sofrimento da perda, principalmente quando se trata de crianças, na qual a morte é um interdito social. Ademais, uma proximidade tão grande do profissional tendo a morte como rotina, faz com que eles precisem significar esse acontecimento como meio de diminuir a angústia nessas situações. Perceber a morte enquanto uma passagem pode ser a forma encontrada por eles para suportar a finitude da vida. Tem que

ser considerado que a morte do outro reflete na morte de si. Ou seja, vivenciar a morte de outra pessoa faz emergir a percepção da própria finitude. Logo, construir um novo significado da morte no processo de trabalho pode auxiliar os profissionais a suportar melhor suas dificuldades frente a finitude da vida.

Os três profissionais que concebem a morte enquanto fim, como exposto anteriormente, são médicos. Foi possível perceber durante a observação e por comentários dos colegas de trabalho que estes profissionais mantêm uma postura de maior distanciamento frente ao paciente terminal. Os atendimentos prestados foram mais voltados às questões biológicas do tratamento, havendo um perceptível distanciamento de um desses médicos quando o paciente entra em medidas de conforto. Os atendimentos posteriores a essa medida são conferidos aos outros médicos residentes. Existe um afastamento do profissional em relação ao paciente em processo de morte, o que ocasiona a perda de oportunidades de compartilhamento e de uma comunicação de fato efetiva no atendimento.

A morte intervém na transcendência e por isso as pessoas buscam respostas para os mistérios que cingem a vida na perspectiva da morte, enquanto outros percebem a morte apenas como a cessação das funções vitais (SILVA et al., 2013). Pode-se pensar, a partir disso, o quanto a morte gera sofrimento em ambos os casos: quando se precisa buscar uma crença para explicá-la ou quando não se acredita em algo além da morte, mas é necessário um distanciamento do sofrimento do outro nessa etapa. Em contra partida, mesmo havendo sofrimento, quando há a crença há uma explicação de algo incompreendido o que ajuda na aceitação. Acreditar em algo foi denominado pelos profissionais como um conforto nessas situações.

As práticas realizadas pelos profissionais da saúde no momento de atender um paciente em processo de morte podem estar relacionadas não apenas ao contexto e às circunstâncias nas quais os acontecimentos se desenvolvem, e sim estar igualmente afetadas por fatores externos como as normativas institucionais, crenças religiosas e o ambiente social (PERDIGON; STRASSER, 2015). A dimensão religiosa permite manter a esperança na cura e, ao mesmo tempo, quando esta não é mais possível, pode haver a aceitação da morte. Essa perspectiva, mesmo sem uma crença definida, pode incentivar os membros da família a usar a dimensão religiosa quando o paciente se encontra fora de possibilidade de cura (MENOSSI; ZORZO; LIMA, 2012).

A fé ajuda o sistema familiar a enfrentar a situação de doença. A família sofre junto com o doente, e é na família que o doente encontra refúgio e sustentação em todos os

momentos, principalmente nos momentos de crise (GERONASSO; COELHO, 2012). Apesar de existir a dimensão religiosa ou apenas a crença entre os profissionais, na maioria das vezes esta não faz parte das conversas nos atendimentos. Apenas seis dos profissionais entrevistados relataram conversar sobre a dimensão religiosa com os pacientes, destes, dois são do pronto socorro. Neste setor é ainda menor o número de profissionais que incluem a religião na comunicação, justificado por eles pela falta de tempo e inexistência do vínculo. Já na clínica médica a crença faz parte das conversas informais durante os atendimentos para quatro profissionais, sendo três médicos, enquanto realizam algum procedimento. Na maioria das vezes quando já possuem um vínculo com o paciente e este demonstrou acreditar em algo, como se percebe na fala:

Se você tem um relacionamento com o paciente há muitos anos, se isso é uma questão que já passou pela relação médico-paciente, é alguma coisa que o paciente manifesta ou quer saber, esse é o problema de ser compartilhado nessas horas, mas aí é uma coisa que já foi construída antes, né, é uma liberdade não na hora, pra ver né, o paciente internou pra ti, tu viu ele três dias e ele faleceu, não tem porque tocar nesse tipo de assunto, né. Via de regra é muito técnico mesmo, “olha, tua chance...” [...] É técnico. Eu acho que não tá no papel do médico entrar nessas questões, assim né, é invasivo, na verdade, ao menos não entro nesse tipo de, só comunico que faleceu mesmo (M4, CM).

Mesmo não utilizando a religiosidade nas conversas com os pacientes e familiares, alguns profissionais a enfatizam como recurso para apoiar suas próprias atividades, colaborando para lidar com o sofrimento que vivenciam no trabalho (MENOSSI; ZORZO; LIMA, 2012). Seja fazendo uma oração para realizar um bom trabalho ou na crença de ajudar o paciente a “desencarnar”, como citado. Independente do fim a que se destina, a crença em algo auxilia os profissionais a encarar o cotidiano voltado à doença e morte, sendo um suporte para superar essas situações com maior controle emocional, como clarificam as falas:

Então eu sempre procuro assim, não só na hora da morte, mas durante o meu dia a dia de trabalho, no dia a dia, ter assim, sempre peço assim, oro de manhã, assim, pra ser uma pessoa de paz e transmitir tranquilidade aqui, não só aqui nesse andar, em todo o hospital, porque as pessoas só vêm pra cá porque tem um problema, senão elas não viriam (E5, CM).

Parece que o paciente tá agarrado a alguma coisa sabe, tu não sabe o que que é, aí eu faço uma oração, do lado do paciente. Teve um outro paciente uma vez que teve, que ficou ó [gestala os dedos referindo temporalidade] sabe, fica um, dois dias, sabe naquela coisa, naquele sofrimento, parece que eles não querem sair do corpo assim sabe. Eu faço uma oração, peço pra Deus que se ele já fez o que tinha que fazer aqui, que se for pra ele ir, que vá, em paz e, normalmente eles morrem. É, pra ajudar, porque eu não sei tem alguma [...] né, eu acredito muito em Deus, sou católica, eu penso muito nisso assim de que as pessoas se agarram a alguma coisa, que às vezes essas pessoas não tão preparadas pra morte né (E7, CM).

O estudo realizado por Geronasso e Coelho (2012) sobre a influência da religiosidade na qualidade de vida de pessoas com câncer aponta que após o diagnóstico da doença, os pacientes e familiares buscam maior conforto na crença para enfrentar o momento. A fé possui diferentes sentidos, como suporte e força para confrontar a dor e o sofrimento, possibilitando uma ressignificação da doença. Por esse motivo, é importante que, para além de utilizar a crença voltada ao próprio conforto no trabalho, os profissionais possam se sentir à vontade de incluir a dimensão religiosa durante as conversas com os pacientes e familiares, exaltando a importância da fé como meio de manter a esperança. Conhecer a crença do paciente e familiares pode ser um meio facilitador para o profissional na comunicação de diagnósticos difíceis e prognósticos negativos. Comunicar a proximidade da morte não é tarefa fácil ao profissional que estará comunicando algo que traz sofrimento ao outro. A fé traz um conforto também para aos pacientes e familiares que a possuem, sendo importante não negligenciá-la na comunicação. Para tanto, os profissionais, enquanto uma equipe coesa, precisam estar dispostos a realizar um trabalho para além do olhar puramente biológico e tomar frente para conhecer seus pacientes de forma integral incluindo a dimensão espiritual. Ao contrário, imperará, além do tabu da morte, o silenciamento sobre a fé. Como se observa na fala:

É quando tem o diagnóstico, daí tu pensa na morte né, tu não pensa em sair vivo. Uma coisa que eu comentei ontem com a enfermeira que tu já fez a entrevista, eu encontrei ela no, na sala de espera ali embaixo, eu comentei, eu não vejo aqui, eu não comento no meu dia a dia, sobre a minha fé, não é uma coisa que eu saia falando, mas eu observo aqui no andar, que eu não vejo as pessoas falar de fé, não vejo, eu vejo assim em alguns leitos a bíblia, um tercinho, algum símbolo, mas eu não vejo eles falarem em fé, tanto que eu me lembro, quando era lá embaixo [no setor infantil], quando eu era bolsista os pais falavam muito né, de fé, de cura, eu não vejo as pessoas falarem aqui. É, parece assim meio uma sentença, sabe? “Tá, me deram não vou falar” (E5, CM).

A maneira como os profissionais concebem a morte e o processo de morrer vai interferir nos tipos de cuidado prestados e, conseqüentemente, influenciando em como os pacientes e familiares percebem sua doença e tratamento e se aceitam ou não essa situação (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Para tanto, profissionais que possuem sua prática tradicionalmente curativa e dentro de visão apenas biológica, influenciarão seus pacientes e familiares a seguir nessa mesma lógica. Já profissionais que consideram o cuidado de forma integral, incluindo outras dimensões do ser humano, terão uma relação mais aberta para estas questões. A espiritualidade se reflete através do respeito ao próximo, da solidariedade, do estilo de liderança e no trabalho em equipe. Em primeiro lugar a espiritualidade se refere ao respeito à vida, o que significa considerar o ser humano em sua

totalidade, respeitando e investindo em suas diferentes dimensões: física, intelectual emocional, espiritual, etc. (BARCHIFONTAINE, 2014). Por isso a importância dos profissionais estarem preparados para incluir outras dimensões que são tangíveis de cada indivíduo.

Além de significar a morte como passagem ou como um fim, os profissionais, independente de terem ou não uma crença, observam a morte enquanto um descanso. Esse significado está relacionado a pacientes terminais, que realizam tratamento a algum tempo e que possuem uma idade mais avançada, como ressaltam as falas:

Que eu acho que as pessoas vêm, sofrem né, nossa, tanta pessoa que sofre e eu digo que não precisaria sofrer, aí tu fica pensando “gente, pra que né”, que tu pensa elas estão desejando a morte sabe. Então tão num sofrimento tão grande ali que eu, que elas tão desejando a morte, elas querem morrer. Então, não acho que ela seja ruim, sabe. [...] Eu sei que a gente sente falta das pessoas que a gente vai sentir falta né, mas o ruim todo é o sofrimento antes da morte né, o problema todo é o antes da morte, não a morte né, se tu for pensar a morte não é o problema, né. O problema é como isso vai acontecer (E5, CM).

A morte é um alívio. O paciente que ‘tá’ em unidade terminal, ‘tá’ ali sofrendo, que já não tem mais autonomia de suas funções, que depende do oxigênio, que depende ? de remédio pra dor, esse paciente não ‘tá’ tendo qualidade nenhuma de vida, a vida pra ele ‘tá’ sendo uma tortura, então muitas vezes a morte é um alívio não só pra ele, pro paciente doente, mas pra toda uma família que ‘tá’ vendo o paciente sofrendo, que sofre junto, que vê que o paciente não ‘tá’ melhorando, o paciente só piora, então a morte se torna um alívio, se torna uma forma de descanso, não só pro paciente, mas pro profissional de refletir o que foi feito por aquele paciente, tu ter ciência que tu tomou as medidas que tinham que ser feitas (M2, CM).

As mortes nas situações citadas são percebidas como alívio e descanso para todos os envolvidos. Geralmente essa concepção acontece na clínica médica, onde as mortes são decorrentes do câncer e de longos tratamentos. São mortes aceitas, pois os profissionais conseguem perceber o grande sofrimento do paciente e de seus familiares, tornando-se a morte uma solução para cessar a dor e o sofrimento, quando a terapêutica já não possui mais esse suporte. No entanto, quando se trata de crianças, mesmo em processo de terminalidade, a morte não é percebida como um descanso. A morte de crianças não é aceita em nenhuma situação, como revela a fala:

Eu não penso como descanso. Ah descansou, eu não vejo assim, eu não vejo. Eu trabalhei na pediatria, aquela mãe com aquelas crianças... Ah fulano descansou! Aquelas crianças, não! Não vejo assim, porque eu penso que aquela mãe que está com aquela criança naquele jeito que nasceu com anóxia, que tem a vida inteira com paralisia cerebral, sofre muito, prefere ter aquele filho assim, do que não ter [...] (E15, PS).

A morte de crianças não é aceita socialmente, pois não faz parte do curso natural da vida. No setor de pronto socorro, as mortes costumam ser menos aceitas por serem mortes não esperadas, muitas vezes causadas por acidentes ou mal súbito. Quando se trata de crianças a comoção é maior e, a crença em algo, quando existe, passa a ser questionada. No pensamento exposto pela enfermeira, é melhor ter um filho doente do que não ter mais esse filho ao lado. Isso exclui o sofrimento que a criança possa estar passando em decorrência da doença e, prevalece o desejo de se continuar próximo de um filho e o medo dessa perda precoce.

Socialmente tem-se a ideia de que os pais devem morrer antes dos filhos, o que torna a morte de crianças um tabu tão intenso no qual a recusa frente essas situações ocasiona em tentativas demasiadas de salvação, o que diminui a percepção do sofrimento infantil. Além disso, há entre os profissionais sentimentos de limitação, fracasso e insucesso, pois a morte infantil pode ser caracterizada como uma situação perturbadora, inesperada e trágica, tanto para a família quanto para o profissional, devido a essa inversão da ordem cronológica (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010).

Nas experiências frente a morte o profissional se depara com diferentes sentimentos: justiça/injustiça, querer que viva/querer que morra, sentir/não sentir, chorar/não chorar, dizer algo/calar. Esses sentimentos refletem a negação da sociedade frente ao sofrimento e a supressão do luto. Porém, a morte surge no cotidiano dos profissionais, não sendo possível ocultá-la. A equipe que lida diariamente com o sofrimento e a perda precisa se reorganizar para poder continuar seu trabalho (SILVA et al., 2015). Entende-se, então, que não é suficiente reconhecer os atributos e habilidades dos profissionais frente ao processo de morte e morrer como se este fosse apenas racional e consciente. É necessário levar-se em consideração as dificuldades individuais e coletivas, os sentimentos, as situações pessoais e interpessoais, a satisfação/insatisfação dos profissionais, e a necessidade de fortalecimento pessoal.

O profissional precisa ser visto como sujeito emergente e configurado dentro de uma trama de relações sociais, na qual a subjetividade é determinada histórica e socialmente, e onde cada um possui uma história individual e coletiva-organizacional. Frente a isso a morte precisa ser concebida de forma subjetiva e inerente às maneiras individuais inseridas nas relações sociais. Os profissionais precisam buscar alternativas para lidar com a morte de forma eficaz no seu ambiente de trabalho e adequadamente às necessidades de cada paciente e familiares e às exigências da situação (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010). Por isso a importância de se construir um significado sobre a morte, tendo para si uma visão que

auxilie nessas situações difíceis, porém rotineiras no ambiente hospitalar, prevalecendo o respeito no cuidado do outro e os valores pessoais e profissionais de cada um.

5.2 Ver a morte de pacientes em um pronto socorro

Tem coisas que a gente não consegue controlar, nós não somos invencíveis (M10, PS).

Estar dentro de um hospital significa deparar-se com situações de doença e morte. Aos profissionais da saúde cabe a tarefa de diagnosticar e tratar essas doenças, buscando a cura e o bem-estar do paciente. No decorrer da vida as pessoas se deparam com a morte, seja de familiares, amigos ou por meio midiático. No entanto, a morte no contexto hospitalar se materializa como rotina aos profissionais. Ver pacientes morrendo cotidianamente trai a tentativa inconsciente de colocar a morte em lugar de acaso e traz à tona sua inevitabilidade (BARBOSA; CARVALHO, 2016) e a mortalidade de cada um. A morte no setor de pronto-socorro é uma constante, ela deixa de ser um acontecimento fortuito, o que é inerente a unidades críticas (KOGIEN; CEDARO, 2014):

Aqui a gente vivencia muito a morte né, porque são pacientes mais críticos. Pacientes que deveriam estar em uma UTI muitas vezes e aqui ... não tem vaga e eles ficam aqui né. Então são pacientes de UTI né, que merecem cuidados mais intensivos e a gente tá ... se depara com a morte diariamente né, constantemente a gente se depara com a morte (E14, PS).

Quando chegam aqui muitos pacientes já chegam parados ou mortos ou mal e morrem. A mortalidade é muito alta, muitos pacientes que não conseguiram manejar em outros locais em outros hospitais, então vem pacientes mais graves pra cá. A mortalidade termina sendo alta porque não é uma amostra, vamos dizer assim... não é uma amostra do geral, é uma amostra dos pacientes mais graves... então a mortalidade termina sendo alta (M14, PS).

Morre, bastante...qualquer turno, essa noite morreu um, né! Já teve turno de morrer três pacientes, mas morre bastante... (E13, PS).

O hospital pesquisado é referência de atendimento de uma grande região, por esse motivo recebe constantemente pacientes em estado grave, o que torna a mortalidade no pronto socorro maior, como ressaltado nas falas. Mesmo a morte sendo acontecimento frequente no ambiente hospitalar, há dificuldade de se abordar sobre o tema. Geralmente cabe a um profissional, normalmente o médico, abordar a questão da morte com pacientes e familiares. Os médicos por sua vez sentem dificuldades nesse momento, principalmente quando são mortes inesperadas ou de crianças. Não há um trabalho em equipe, no qual um conjunto de

profissionais responsáveis pensa sobre como realizar essa tarefa; que poderia ser mais confortável se fosse considerada preocupação de todos (KOVÁCS, 2011).

Ainda, observou-se que o tema da morte não é abordado entre a equipe, o que poderia ser o cerne das discussões e de consolo. A comunicação entre a equipe de médicos e enfermeiros é precária e, entre os mesmos profissionais fica mais voltada aos procedimentos a serem realizados do que aos acontecimentos do dia-a-dia. Os profissionais da saúde podem desenvolver respostas específicas em relação às suas vivências frequentes de morte de pacientes, aceitando, elaborando ou mesmo reprimindo sentimentos, podendo vir a sofrer de fadiga ou irritabilidade, além de outros problemas que prejudicam a eficiência no trabalho e/ou interferem na vida familiar (SIMÕES; OTANI; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

Uma questão apontada pelos participantes é que para trabalhar no pronto socorro é necessário ter um perfil diferenciado. Os profissionais, os quais os colegas acreditam que não possuem perfil para a unidade, não conseguem se manter no trabalho por muito tempo, pois entram em sofrimento psíquico. Foi relatado que já aconteceu de um médico abandonar o plantão por não suportar a morte de crianças, saindo no meio do expediente muito abalado e não retornando mais para este setor. As falas a seguir refletem que a morte é cotidiana no pronto socorro:

Porque a emergência é assim, ou tu gosta ou tu odeia, não existe pessoa que goste mais ou menos, porque é muito difícil. O paciente que vai chegar ele tem muita chance de morrer, e isso pode frustrar muito uma pessoa, e é o mais comum, o paciente chegar e morrer, mas quando chega um paciente e que tu consegue fazer que ele não morra, é muito melhor. Então se tu me perguntar quantas mortes tu já viu? Eu não sei te dizer, várias... várias de eu trabalhar 6 horas, um turno de 6 horas e ter 6 óbitos, se tu calcular bem, é uma por hora, né? (E10, PS).

Que o trabalho de emergência em si, parece que está implícita a morte, né? É que nem eu tinha uma colega que ela fez obstetrícia, e ela dizia assim: Ah! Eu não nasci para ver gente morrer e nasci para ver gente nascer, né? Claro às vezes acontece a morte no nascimento, mas não é algo normal, e ela me dizia isso quando eu dizia que eu gostava de trabalhar em emergência. Ah! Então tu nasceu para ver gente morrer eu não nasci. Então parece que a morte, ela faz parte do atendimento de emergência, a gente vai lidar com isso sempre. [...] Eu acho que tem que ter um perfil tanto para lidar com essa questão da morte, quanto para atender aquela vítima que está ali, e muitas vezes tem que ter pensamento rápido, tomada de decisão rápida, agilidade de habilidades manuais mesmo, de destreza manual, então não é todo mundo, eu acredito que não é todo mundo (E13, PS).

As vivências cotidianas dos profissionais podem ocasionar certo distanciamento relação aos pacientes em processo de morte. A banalização da ideia de que o sofrimento e a morte são constitutivos da dinâmica do trabalho contribuem para uma desvalorização das marcas desenvolvidas no decorrer do tempo pelas situações-limite nas relações de cuidado

(SANTOS; MOREIRA, 2014). Isso pode estar relacionado com a utilização de mecanismos de defesa para se proteger do sofrimento que uma aproximação maior poderia causar:

Só que a gente acaba acostumando, vamos dizer assim com essa parte da morte, né? Acaba se tornando até uma alguma coisa assim, quase que normal aqui para nós aqui dentro, porque está na nossa rotina, né? A gente lida com a morte todo o dia, né? Então a gente tem que aprender a trabalhar com ela, mas claro não é a mesma coisa, por exemplo, que uma situação que fosse com um ente querido da gente um familiar, alguma coisa assim, se torna uma repercussão diferente (E16, PS).

É que pronto socorro a gente se defende muito, em pronto socorro a gente se defende bastante, e a gente consegue se defender bastante, a gente consegue se defender bastante, então teu vínculo é pequeno, teu convívio é curto, tu consegue não entrar muito assim tu entendeu, então todas as vezes que eu estou pensando em morte em situações que eu passei, olha quase nem uma me vem em pronto socorro, várias me vem de outras situações assim, muitas da captação e algumas de vínculos que eu tinha de tratamento mais prolongado. Pronto socorro pode ser muito ruim, muito triste, mas é aquilo ali, está bem encaixotadinho entendeu? E eu vou embora, deixei a família sofrendo aqui e vou embora, faço questão de ir embora de depurar aquilo e acabou eu não me grudei muito naquilo (M9, PS).

A morte no pronto socorro torna-se um acontecimento comum aos profissionais. No entanto, essa banalização da morte pode estar ligada a mecanismos de defesa, como muito bem ressaltado na segunda fala. A proteção dos profissionais contra o sofrimento e o adoecimento psíquico que a dor e a morte do outro podem causar emerge na forma de mecanismos defensivos que podem estar escondidos em diferentes roupagens. Ou seja, a banalização da morte, a falta de tempo para a reflexão e o trabalho voltado apenas à quantidade de procedimentos que precisam ser realizados, podem ser formas de defesa dos profissionais para não entrar em contato com essas situações que colocam em pauta a própria vulnerabilidade frente a morte e o morrer.

O trabalho, então, vai se articular em torno de situações objetivas, tornando a morte invisível no ambiente hospitalar. Logo, se investir em afeto e criar laços são geradores de sofrimento, o profissional vai utilizar-se de estratégias defensivas para lidar com a carga psíquica, por exemplo, distanciando o afeto do trabalho e focando-se nas atividades técnicas (MIORIN et al., 2016). É uma forma de se proteger contra as tensões e conflitos que emergem no contato com a morte e seu estigma, buscando mascará-los. Isso causa certo distanciamento emocional do doente e da sua família. Além disso, as expressões dos sentimentos dos profissionais e sua sensibilização diante da situação dos pacientes não são bem vistas pela equipe como um todo, que organiza sua rotina no intuito de maximizar a utilização de recursos técnicos, silenciando a expressão emocional dos profissionais, dos doentes e de seus familiares (MONTEIRO et al., 2016).

O distanciamento oriundo dos mecanismos de defesa pode resultar em atendimentos muito técnicos, voltados apenas à questão biológica da doença; excluindo-se a dimensão psicossocial e espiritual do paciente e impossibilitando um cuidado mais humanizado. Entende-se o quanto pode ser difícil para o profissional realizar cuidados diários a pessoas que estão morrendo. Os mecanismos de defesa são necessários para protegê-los dessa situação sem profundos prejuízos a sua saúde mental. No entanto, utilizá-los massivamente pode ter um efeito contrário ao que se espera. Considerar que o cuidado ao outro pode ocorrer sempre dentro de uma dimensão técnica, suprimindo os sentimentos que podem emergir em situações estressantes, com dilemas éticos ou em mortes prematuras, não permite que o profissional lide e elabore essas situações cotidianas de maneira mais eficaz. Ou seja, suprimir os sentimentos por muito tempo, sem nunca elaborá-los no processo de trabalho, pode ser uma fonte de prejuízo à saúde mental a longo prazo. Poderá ocasionar doenças que poderiam ser evitadas através da reflexão e compartilhamento de sentimentos com a equipe ou outro profissional apto a trabalhar com esse tema. Poder relacionar-se sem a utilização de mecanismos de defesa, utilizados maciçamente, não é desproteger os profissionais nessas situações, e sim, permitir o encontro límpido entre os atores destas circunstâncias. Colaborando, assim, em uma relação mais simétrica, na qual profissionais e pacientes/familiares serão beneficiados.

Mesmo com um maior distanciamento, quando a morte é inesperada há sofrimento entre os profissionais. O “normal” culturalmente aceito são as pessoas mais velhas morrerem primeiro, filhos perderem os pais. Quando acontece o contrário, as pessoas em volta não se sentem preparadas para este tipo de perda, sejam os familiares, sejam os próprios profissionais que lidam com o paciente que está morrendo, como se observa nas falas:

Olha eu acho que dos nossos conflitos, lidar com a morte, eu não sei eu já tenho quatorze anos formada, então eu já vi bastante gente morrer, claro que a gente tem, eu pelo menos eu, eu quando a gente vê um idoso morrer, é menos doloroso do que quando a gente vê pessoas jovens, né? Então às vezes a gente tem um baque, principalmente quando é jovem, quando é criança. A gente já chorou todo mundo abraçado aqui, já chorei abraçado com familiar, mas como a grande maioria dos pacientes que a gente pega são idosos, parece que até isso é menos doloroso, se torna um pouco menos doloroso. Mas assim, é rotina, mas claro que a gente sempre sente, né? Quatorze anos, que eu vejo gente morrer, e são quatorze anos que acaba que aquilo, às vezes é normal. Mas acontece, por exemplo, que esses dias a gente perdeu uma criança de dois anos, por um trauma, então esse dia foi bem complicado, a gente chorou muito, a gente passou um dia muito mal aqui, foi um plantão muito ruim, aí foi bem complicado (E13, PS).

Então, por exemplo, se é um paciente que a gente já sabe que vai falecer, para nós assim, é como um familiar, né? Digamos a gente já sabe que vai falecer, é uma coisa que realmente a gente já está preparado, só está esperando a hora, né? E o procedimento é tentar aliviar o sofrimento naquela dor na última hora, entrar com

medicamentos que aliviam o sofrimento dele nas últimas horas de vida, nos últimos dias de vida vamos dizer assim, tem pacientes aqui teve no leito um, nós tínhamos um paciente com um bom tempo ali, faleceu, acho que faleceu ontem ou hoje, né? E já estava um bom tempo ali, mas os médicos... ele já não era investido, porque o quadro dele era muito grave, mas ele durou dias, durou mais de semana, ele durou ali, nessa situação e veio a falecer acho que foi hoje de manhã, ele faleceu... então esse tipo de paciente, a gente já espera, para nós assim é uma coisa normal, isso acontece todos os dias... De terça para quarta, por exemplo, perdemos dois pacientes também, nessa mesma situação, né? (E16, PS).

Assim, tem uns pacientes que a gente já sabe que ele vai evoluir para óbito, então a família também dependendo muito da família, às vezes que está preparada, por exemplo, esse paciente que foi a óbito ali, a família já sabia que, é um paciente idoso, né! É um paciente que já tem toda uma história de tratamento, que ia evoluir para óbito, né? Não tinha o que fazer, então não tem aquele...é uma coisa mais tranquila da gente trabalhar isso, né? Diferente de você pegar um acidente e às vezes é um jovem, mesmo que não seja tão jovem, mas é uma perda trágica, e você vê a família desesperada (E11, PS).

Na primeira fala apresentada percebe-se uma contradição quando a enfermeira fala sobre a morte como rotina, como algo normal em seus quatorze anos de profissão, em contra partida ela fala como algo que gera sofrimento. Quando o paciente é idoso ela ressalta que é menos doloroso, mas está implícito que também existe uma dor por essa perda; levando a crer que a morte não é tão natural como relatado. Parece que os sentimentos frente aos pacientes em iminência de morte precisam ser representados dentro do que é aceito pela equipe como um todo, e também do que é aceito socialmente. Se a equipe entende a morte enquanto parte da rotina, então todos os profissionais precisam ter esse mesmo significado. Se o profissional possui uma postura diferente, ele pode ser excluído pela equipe. Isto é fácil de perceber quando a própria mídia publica fotos de profissionais da saúde apresentando algum sofrimento no seu local de trabalho. Essas fotos são retratadas como algo extraordinário, mostrando que esses profissionais também são seres humanos. Nota-se que a expectativa social está atrelada a profissionais que não demonstram sofrimento, sendo que, quando isso acontece, recebe grande exaltação, como algo muito incomum.

Durante a pesquisa, algumas perguntas foram feitas pelos profissionais nesse sentido, como por exemplo: posso chorar pelo paciente? Posso abraçar o paciente? Alguns colegas da equipe prontamente respondiam: “eu abraço e não estou nem aí”. Mas há uma dúvida de modo geral de até onde o profissional pode sofrer pelo paciente ou junto com seus familiares. A morte, mesmo quando rotina, não é percebida como algo natural. O que está em frente ao profissional é outra pessoa, em sofrimento, que diante de sua morte confronta a finitude do próprio profissional. Frente a isso, sofrer pelo paciente ou por outras situações que corroboram no ambiente hospitalar fazem retornar o humanismo retirado dessa instituição

através das ciências positivistas e conseqüentemente, da formação voltada apenas ao biológico e à cura das doenças.

Saber que o paciente vai morrer como exposto na segunda fala pelo enfermeiro é diferente de não se permitir sofrer por essa morte. Ou, pelo menos, sentir a perda do paciente e elaborar esse acontecimento da melhor forma possível para estar preparado emocionalmente para a próxima morte que virá. Há um luto entre os profissionais da saúde, porém é um luto não autorizado, já que os profissionais não podem expressar seus sentimentos (KOVÁCS, 2011). O luto dos profissionais, pela perda de seus pacientes, precisa ser permitido socialmente e entre eles próprios, como forma de reflexão sobre a vida pessoal e profissional, fortalecendo um trabalho mais humanizado para todos os envolvidos.

A terceira fala traz o fato da família não estar preparada para a morte, como acontece nos casos de acidentes automobilísticos e de suicídio. São mortes que envolvem separações abruptas e inesperadas, não permitindo um tempo de preparação para esta perda, o que pode provocar a desorganização, paralisação e impotência da família, dificultando o processo de elaboração do luto (TOME; POPIM; DELL'ACQUA, 2011). Nesses casos, o profissional precisa lidar com seus próprios sentimentos frente a perda e com os sentimentos dessa família que apresenta intenso sofrimento. São situações que exigem maiores esforços psicológicos e são consideradas estressantes para os profissionais que não sabem que atitudes tomar frente ao familiar que se comporta de maneira desesperada no ambiente hospitalar. Muitas vezes, o profissional se retira e não atende a essa demanda, que é vista como inapropriada.

Na hora assim, às vezes você se coloca no lugar do familiar, às vezes dá vontade de chorar, mas você procura sair de perto (E11, PS).

Para além de um julgamento aos profissionais é preciso compreender o quanto a morte impacta cada um. Como a enfermeira ressalta na fala, ela sente vontade de chorar quando percebe o sofrimento dos familiares. O contato com o familiar que perdeu seu ente querido traz ansiedade aos profissionais. Por esse motivo, quando a situação se mostra muito dolorosa, eles possuem dificuldades em oferecer cuidado, mesmo reconhecendo-o como necessário (TOME; POPIM; DELL'ACQUA, 2011). O processo de morte e morrer ocasionam desgaste emocional para todos os envolvidos, sejam familiares ou profissionais, interligados nessa experiência vivenciada num entrelaçamento de que a morte do outro faz menção à morte de si. O que pode desencadear comportamentos de distanciamento e evitação da pessoa que morre (SILVA et al., 2013).

Por ser um tabu, torna-se difícil a reflexão sobre a morte de pacientes, como colocado anteriormente. Em contra partida, o distanciamento nessas situações permite que o ambiente hospitalar se apresente frio e nada acolhedor, colocando a humanização como prática utópica. Atitudes assim escondem mecanismos de defesa utilizados para proteção do profissional. Cita-se aqui a construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, traduzida por essa frieza e embotamento emocional no atendimento aos pacientes ou familiares, ou ainda o uso de ironia que expressam inadequada adaptação a essas situações (LUCHESE et al., 2008).

As circunstâncias com mortes abruptas ou casos infrequentes também podem impactar os profissionais. O “fator surpresa” pode ser meio de sofrimento, pois não permite uma preparação prévia tanto em relação ao luto antecipatório quanto nos casos em que há uma piora inesperada na evolução do paciente. É um momento tão chocante aos profissionais que os mecanismos de defesa utilizados rotineiramente não dão conta de abrandar a angústia desencadeada com o acontecimento, como demonstram as falas:

Mas quando é uma coisa assim, súbita...aguda e o paciente acaba falecendo, aí acho que não tem quem não fique sensibilizado, ainda mais quando chega a hora mais difícil que é comunicar os familiares do acontecido, infelizmente às vezes a gente se coloca no próprio...poderia ser um familiar da gente que poderia estar ali (M10, PS).

Teve um caso que eu fiquei, e lembro muito e muito, porque eu sofri muito, muito com a mãe, porque eu vi, sofri porque foi embora a criatura, a pessoa deu alta num dia, deu alta num dia e voltou, e quando voltou não tinha mais o que fazer, sabe? Meu Deus o guri se formando, se formando assim com aquilo...tem alguns casos que a gente sai rasgado porque a gente não esquece (E15, PS).

Então tem algumas situações...geralmente o que abate mais a gente é quanto tem aquela surpresa, que a gente não sabe, que a gente não espera que vá, né? Quando chega um paciente muito grave já... Em princípio a gente não espera, mas a gente sabe que é grave, a gente vê que o risco de parar é grande, e de não conseguir voltar é bem grande, então a gente já tem uma noção relacionado a essa parte, então a gente já vai mais preparado, do que uma situação daquilo ali, né? Não estava nem um pouco preparado, então é difícil de aceitar, principalmente quando envolve uma criança, né? Pequena e tal, né? (E16, PS).

A situação citada, na terceira fala, versa sobre o atropelamento e morte súbita de uma criança de dois anos, ocorrida durante a coleta de dados dessa pesquisa. O acontecimento desestruturou a equipe como um todo de tal forma que a continuidade do trabalho no decorrer do dia ficou prejudicada. Por mais que profissionais que atuam em pronto socorro se sintam preparados para a dinâmica peculiar de urgência e emergência, situações atípicas e inesperadas causam sofrimento e refletem no trabalho. Continuar as atividades após esse

embate, sem um momento de reflexão ou um tempo para absorção do acontecimento apenas evidenciou com maior clareza o sofrimento dos profissionais causado pela morte da criança e pelo desespero da família. A morte infantil toca a todos de maneira singular e exige um espaço de reflexão e elaboração da perda. Não há como manter um trabalho de qualidade aos outros pacientes no momento em que a equipe apresenta intenso sofrimento. A melhor opção nesses casos é buscar estratégias que possam aliviar o sofrimento destes trabalhadores, uma possibilidade é adotar alternativa de rodízio, oferecendo tempos diferenciados para que possam se recompor, consolar-se, unir-se e ter forças para voltar ao trabalho em equipe.

Os casos de morte abruptas e inesperadas no pronto socorro foram considerados, pelos participantes, como os mais difíceis de aceitar e os sentimentos nomeados por eles nesses casos foram de profunda tristeza, incapacidade e frustração, como revelam as próximas falas. Portanto, são nessas situações que os profissionais demandam maior atenção psicológica.

Às vezes é tristeza, né! E acho que é assim quando você se sente assim incapaz, que você não consegue, além disso, né! Que você tem limitação e que você não consegue reverter àquela situação (E11, PS).

Tipo assim, tu tenta... parou o paciente, tu tenta reanimar e não consegue. Às vezes pacientes jovens. Tu te sente muitas vezes frustrado por não ter conseguido, né (E14, PS).

Muitas vezes é um sentimento de derrota né, porque a gente não conseguiu. A gente acha que aquele paciente poderia... que é um paciente com idade ainda jovem... não idade avançada. Que se chegasse mais cedo as vezes conseguiria, então acho que as vezes é o sentimento de derrota e outras vezes é o sentimento de impotência que não tem o que fazer mesmo, que a gente não tem mais nada o que fazer por ele (M14, PS).

O sentimento imediato é de tristeza, angústia... [...] E a gente vê que todos os profissionais depois ficam um pouco cabisbaixos, tristes, pensativos, reflexivos. E é muito complicado depois na hora de conversar com a família (M16, PS).

Para poucos profissionais, a morte, independente de quando acontece, é percebida como algo estranho à profissão. O tempo de serviço poderia apontar a utilização de mecanismos de defesa e conseqüentemente um distanciamento do sofrimento frente a morte; porém não foi o que se observou. Menos comum, este sentimento independe do tempo de formação e pode estar mais relacionado com os valores e crenças depositados sobre a morte. A fala a seguir é de um médico com mais de vinte anos de formação e mais de uma década no trabalho com emergência. E a cada morte há um estranhamento como referido:

Quando morre a gente sente como se fosse a primeira vez, a gente nunca se acostuma com a morte, né! É difícil a gente entender que isso é da profissão, mas ao

mesmo tempo tu se defrontas novamente com a impotência, a doença ganha na verdade, a medicina ela prolonga ou diminui o sofrimento, por mais tempo... essa é a ideia, são poucas doenças assim, que são curáveis assim, e na emergência os casos da emergência muitas vezes são na hora do rush, né? Na hora do desespero, na hora que a doença está te cobrando. Está na crista da onda, muitas vezes é assim, é o paciente que vem com insuficiência respiratória, é aquele que tem uma doença vascular e teve um AVC, então na emergência muitas vezes é aonde a doença vem dar seu sinal derradeiro assim, aí é difícil (M13, PS).

Cada profissional possui um comportamento frente à morte, alguns se envolvem enquanto outros se distanciam (TAMADA et al., 2017). Em geral, por ser preparado para a manutenção da vida, o despreparo leva o profissional a afastar-se da situação (AZEVEDO et al., 2016). Em relação aos outros sentimentos citados pelos participantes não foi comum um profissional ter esse estranhamento frente à morte de pacientes a ponto de percebê-la como uma primeira perda, não se acostumando com esta. Contudo, por mais que os profissionais lidem com a morte cotidianamente eles não conseguem familiarizar-se com ela. O confronto com a morte traz sentimentos de fracasso, culpa e impotência e cada profissional sentirá essas situações como mais ou menos dolorosas. Os sentimentos e comportamentos frente a morte dependerão de diferentes variáveis, como a idade da pessoa, algum traço do paciente que lembra alguém próximo ou a revolta pela não reversão da doença (VICENSI, 2016).

Apesar da morte fazer parte do cotidiano hospitalar, ainda é um acontecimento permeado de desconfortos, estranheza, angústias e outros diferentes sentimentos que emergem entre os profissionais (SANTANA; PESSINI; SÁ, 2017). A formação do médico reforça a atenção voltada à cura da doença e não ao cuidado do paciente, o que pode auxiliar tanto no estranhamento da morte, quando o outro é visto através da impotência sentida pelo médico, quanto aos mecanismos de distanciamento no cuidado ao paciente em fim de vida. Ademais: “[...] tudo se passa como se o médico aprendesse a discorrer sobre as doenças para esquecer o fato definitivo da morte. Esse esquecimento, porém, afasta a medicina de um aspecto essencial da natureza humana: a consciência da fragilidade, a certeza da morte” (KOIFMAN, 2001, p. 8).

Quando o médico cita que precisa compreender que a morte faz parte da profissão, nota-se que há uma dificuldade de aceitação que traz consigo o sentimento de impotência. Há um duelo entre a morte e o profissional que quer curar o paciente ao invés de cuidar deste. Aos que buscam uma atitude humanista junto ao paciente conseguem compreender que precisam buscar ajuda e conforto para si, pois a morte é inerente à profissão (TAMADA et al., 2017). Essa percepção de estranheza pode ser um caminho importante para refletir sobre a morte, talvez um primeiro passo. Mas cabe salientar que o profissional precisa buscar meios

que o auxilie na reflexão sobre a perda de pacientes, significando a morte de forma pessoal e profissional. A construção desse significado pode ajudar na reestruturação emocional do profissional e, conseqüentemente, no trabalho com pacientes em iminência de morte.

Além da formação médica ser voltada à cura das pessoas, há a representação social que reforça este estigma. A morte não é aceita pelas pessoas, não é entendida e é rejeitada pela sociedade. Não se recebe uma educação para a morte, com a ideia de que um dia se morrerá. Nem se prepara o profissional para conviver com ela (AZEVEDO et al., 2016). Ninguém vai ao médico para ser ajudado a morrer e sim para realizar um tratamento e se curar. O médico, então, toma esse lugar onipotente erroneamente, pois a medicina ainda não possui todas as respostas que conduzam a cura das doenças. A representação social vinculada a formação positivista cria esse engodo de salvação que apenas irá ser a fonte de frustração quando acontece a morte de pacientes, como abrange a fala:

Inicialmente junto à família, é aquele sentimento de pesar, porque vendo o sofrimento familiar... Mas em segundo, depois surge um sentimento de frustração, para ver que na nossa profissão a gente ainda não... [...] assim digamos, a gente não consegue resolver tudo da maneira que a gente conseguiria que gostaria que evoluísse, né? A gente sempre imagina, eu principalmente quando criança, quando eu decidi fazer medicina, eu imaginava que eu ia salvar todo mundo, e depois quando tu vê e daí tu começa se chocar com a realidade que isso não é assim, as pessoas não vão melhorar das suas doenças e depois morrer lá, só bem velhinhos com 90 ou 100 anos. Os pacientes morrem antes, em qualquer idade, e tu não consegue evitar esse desfecho. Por mais avançada que a medicina esteja, ainda a luta contra a morte está muito longe da gente conseguir superar (M10, PS).

O sofrimento na perda de pacientes é algo citado pela maioria dos profissionais. No pronto socorro, a vinculação com os pacientes, principalmente quando em morte agudas, é frágil ou inexistente. A falta de vínculo é um fator facilitador na elaboração da perda. Por não conhecer o paciente e seus familiares mais intimamente, ou não passar muito tempo com estes, a morte, quando acontece, é melhor aceita. Muitas vezes a relação entre profissionais e pacientes/familiares não passa de um atendimento, o que direciona à atitudes mais técnicas e menos afetuosas.

A relação aqui no pronto socorro é muito temporária, eles ficam umas 4 a 6 horas conosco, lá na frente sendo avaliados, fazendo exames e depois a gente define se eles vão ser transferidos para outra unidade, se eles vão internar eles internam por uma equipe, eles não ficam conosco da equipe de atendimento, então eles passam algumas horas por nós somente, a gente não cria vínculo com esses pacientes (M12, PS).

Entretanto, diferente do ideal, no pronto socorro muitos pacientes ficam internados por mais tempo devido à falta de leitos nas outras unidades hospitalares. O maior contato com pacientes internados, no hospital pesquisado, fica a cargo dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Há o médico responsável que atua em regime de plantão e os médicos residentes que passam apenas dois meses no setor, ou seja, a cada dois meses a equipe de médicos residentes é trocada, enquanto há pacientes que ficam internados por mais tempo que isso. A facilidade de acesso dos pacientes aos profissionais de enfermagem colabora com que se sintam mais próximos desses profissionais e permite a expressão das suas necessidades (SIMÕES; OTANI; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015), evidenciando maior possibilidade de se estabelecer vínculo, diferente da relação com os médicos que fica reduzida a poucos atendimentos clínicos, o que explicita a fala a seguir:

Assim, ficam, tem paciente que ficam quatro meses aqui, teve já que foi a óbito com quatro meses aqui, fica muito tempo, só que eu gosto desses pacientes entubados, e gosto do atendimento de emergência, apesar de ser o mais estressante e o mais cansativo que tem assim (E15, PS).

O tempo maior de internação colabora para uma relação mais próxima com o profissional da enfermagem mas, conseqüentemente, pode ocasionar maior sofrimento quando da piora ou morte do paciente. Uma relação mais próxima favorece a identificação e compreensão das dúvidas, anseios, medos e fatores que causam ansiedade e desconforto ao paciente, tornando a assistência mais adequada e humanizada (CARVALHO et al., 2015). Uma maior interação entre profissional e paciente vai se formando através do diálogo, (AZEVEDO et al., 2016), contudo, na maioria dos casos a relação desenvolvida é relacionada a um lado mais objetivo e/ou técnico, ou seja, voltado ao conhecimento da doença do paciente; enquanto um vínculo afetivo é evitado.

Alguns têm vínculo sim, conforme a gente tem tempo, né? Às vezes a gente não tem tempo de entender os pacientes, né? De compreender. Algumas pessoas a gente consegue. Agora, esse vínculo com os pacientes a gente procura saber mais assim, mais focar assim acerca do problema em si, do que eles têm não muito voltados pelo aspecto pessoal, né? Mas nós temos envolvimento muito grande com os pacientes, como tinha uma rotatividade muito grande esse envolvimento por gerar problemas no atendimento, né? Por que daí a gente começa gerar um vínculo afetivo, digamos assim com os pacientes, muito forte, né? Então esse apego pode se tornar um pouco difícil depois, então é melhor se tornar se apegar mais assim no foco do tratamento do paciente, no problema que ele tem para tentar melhorar aquilo ali, pela qualidade dele, né? Conseqüentemente, melhor qualidade de vida dele, para tentar dar mais serenidade deixa mais objetivo o cuidado, mais serenidade para ele sair daqui o mais rápido possível, para não ficar muito tempo no hospital também, não haver risco de infecções enfim, né? (E16, PS).

O vínculo entre profissional e paciente é atravessado por afetos e subjetividades (SILVA et al, 2015). No pronto socorro percebeu-se a evitação do estabelecimento do vínculo, mesmo que por vezes esse aconteça. Essa resposta evasiva a uma proximidade maior com o paciente é justificada pelos profissionais devido à superlotação do setor, rotatividade de pacientes e quantidade de tarefas a serem realizadas. No entanto, é preciso considerar que quando há afeto há sentimentos envolvidos, e um vínculo afetivo com pacientes com grande possibilidade de morte perturbaria o equilíbrio psíquico estabelecido pelo profissional através do uso de mecanismos de defesa, como o distanciamento e a racionalização. Além disso, quanto mais intenso o vínculo com o paciente maior o sentimento de impotência e sentimentos de fracasso, como se a morte sobrepujasse a dedicação da equipe (TAMADA et al., 2017). A não vinculação com o paciente traz alívio ao profissional que se concentra apenas nos procedimentos e se defende da vinculação afetiva (MIORIN et al., 2016). Logo, os profissionais consideram que focar apenas na doença e não no doente os protegeria de um maior sofrimento, como se pode perceber na fala anteriormente citada.

O número de pacientes hospitalizados, em processo de morte, demanda maior proximidade com o profissional, o que exige preparo técnico e emocional (AZEVEDO et al., 2016) para enfrentar esses momentos. O preparo emocional, na maioria das vezes não ocorre, por esse motivo, o distanciamento pode ser preferido em detrimento a uma relação muito próxima com o paciente. A fala a seguir expõe que existe um sentimento diferenciado quando acontece a morte de um paciente, principalmente quando este está internado há mais tempo.

Não é o mesmo plantão quando tem um óbito, parece que ficou alguma coisa, não sei te explicar o que, mas fica, né? Principalmente aquele paciente que ficou ali, um tempo, porque tu lutou por ele tanto tempo, né? E não conseguiu que ele saísse né? (E13, PS).

Não se pode negar, com as falas apresentadas, que há um desconforto perante a morte de pacientes. Alguns profissionais se distanciam enquanto outros atuam de forma mais técnica, nos dois casos, não se permitindo refletir sobre a ocorrência de morte de pacientes. O pronto socorro mostra-se um setor propício para esses comportamentos, auxiliando na negação dos profissionais frente à morte. Ademais, tanto a formação quanto a instituição hospitalar alimentam esses comportamentos em prol de uma dinâmica que visa à cura de pacientes, desencadeando sentimentos de despreparo, fracasso e sofrimento. Disso decorre um cuidado em saúde pouco humanizado aos pacientes em fim de vida, limitando o cuidado a ações técnicas, favoráveis ao esquecimento do lugar do outro (LIMA; FREIRE, 2016).

Quando a morte ocorre já está destituída de seu significado. Porém, frente à morte e ao morrer o profissional precisa cultivar formas mais humanas de oferecer dignidade ao paciente e sua família. A manutenção da integridade na relação é fortificada quando o profissional privilegia o doente sobre sua doença (TAMADA et al., 2017). Para tanto, é preciso que o profissional busque diferentes aprendizados e se permita refletir sobre a morte de seus pacientes. Essa importância é legitimada pela fala a seguir:

Eu demorei, eu demorei muitos anos, para me achar preparado, adequadamente preparado para cuidar do paliativo, hoje eu posso te dizer que eu tenho segurança em oferecer cuidado paliativo. Eu confesso que no início da minha carreira eu procurava transferir para outros colegas os pacientes, por vários motivos, porque quando a gente está começando nós temos mais dificuldade de enfrentar a morte, a perda... Daí no início eu fui fazer terapia também, fiz dois anos de terapia, e tratamento com psiquiatra, nesse tratamento eu cuidei muito dessa parte de lidar com morte, com terminalidade e obviamente ela simplesmente, ela me mandou estudar. Não existe uma receita de como lidar com a morte, a não ser estudando, observando e tendo empatia. E aí então teve essa dificuldade inicial, de enfrentamento, porque o cuidado paliativo ele te remete a terminalidade e a morte e aí tu tem que revisar desde os teus conceitos, de como morrer, o que é morte, qual o significado, e isso vem com muita leitura, muito diálogo, muitas revisões de processos internos nossos, na teoria também (M12, PS).

Se o profissional não tiver refletido sobre suas questões sobre a morte, não tiver se especializado ou buscado ajuda sobre o assunto, o atendimento frente ao paciente que chega ao pronto socorro em processo de morte dificilmente irá mudar. Serão replicados comportamentos anteriores e utilizados os mesmos mecanismos de defesa, muitas vezes de forma maciça, para maior proteção do profissional. Agora, se o profissional conseguiu, em sua formação continuada e de forma pessoal, se instrumentar e compreender suas dificuldades terá outros aparatos que possibilitam a mudança de comportamento; tornando seu atendimento mais próximo e conseqüentemente humanizado e diminuindo seu sofrimento nessas situações, como reflete o médico na citação anterior.

5.2.1 O tempo e o lugar da morte no espaço de pronto socorro

Tipo, é um ato [a morte do paciente] como se eu fosse lá passar um assunto, é triste dizer isso, mas não vou mentir né, acho que é isso (E18, PS).

O tema da morte em um setor de pronto socorro traz consigo a necessidade de contextualizar sobre a estrutura, a organização e o trabalho que é desenvolvido neste. Isto porque, na maioria das vezes, a organização do trabalho nas emergências é impregnada por situações laborais prejudiciais, ambíguas e paradoxais no que se refere à saúde física e

psíquica do trabalhador (KOGIEN; CEDARO, 2014). É de conhecimento de todos, inclusive por meio midiático, a situação encontrada nos serviços de urgência e emergência brasileiros, principalmente no que se refere a alta demanda de pacientes combinada à escassez de profissionais, como traduzem as falas a seguir:

Não tem vaga, às vezes chega ali, e o que vem de fora é mais grave, entendeu? E aí é mais grave daí tem que passar na frente por que aquilo aí precisa mais que outra pessoa, entende? Como a demanda é muito grande, né? Rotatividade e chegam pessoas de toda a região a gente abraça toda a região e fica realmente complicado (E16, PS).

É sofrido, principalmente quando a gente chega, e vê os pacientes acomodados no corredor, quando eu entrei aqui no hospital nós tínhamos o pronto socorro antigo que foi um improvisado, e eu participei da infraestrutura desse pronto socorro aqui. E até na época a gente brincou com os arquitetos que, como a gente tinha deficiência de leitos hospitalares a gente projetou o pronto socorro com os corredores bem largos na expectativa que fossem ocupados, por pacientes (M12, PS).

Os serviços de urgência e emergência deveriam ser caracterizados pela capacidade em manter a vida humana e por possuir métodos diagnósticos e terapêuticos eficazes para a redução da mortalidade, morbidade e sequelas. Em contra partida, são reconhecidos negativamente por características como: condições precárias, escassez de recursos, sobrecarga e ritmo acelerado de trabalho para os profissionais (KOGIEN; CEDARO, 2014). Essas características podem tornar o trabalho da equipe menos produtivo, humano e comprometer o desempenho dos profissionais (GARCIA et al., 2016), o que pode ser percebido na fala a seguir:

São múltiplas intercorrências, entendeu? As vezes acontece muitas intercorrências, quer dizer... Ah! Um paciente está com dor, mas não tem remédio para a dor, o paciente está nauseando, está com enjoo, mas eu não tenho um remédio para o enjoo, Ah! tem que levar um paciente na tomografia, o paciente está entubado, está respirando por ventilação mecânica, aí o enfermeiro tem que acompanhar junto com o médico, aí tem que procurar um médico que esteja disponível, para poder levar o paciente e tal, aí tem que preparar todo paciente, às vezes o paciente tem cinco ou seis bomba de infusão, fundindo um monte de medicamento, tem que preparar... tem que botar tudo em cima da cama do paciente, tem que desconectar todos os aparelhos. Levar isso tudo requer tempo, né? Tempo... não dá para pegar umas bombas e jogar em cima do paciente para levar, tem que fazer tudo com cautela, porque está lidando com uma pessoa debilitada em cima da cama, né? Então tudo isso são coisas que te envolve tempo, né? E fora isso, tu tens as tuas atividades normais, entendeu? Fora essas intercorrências que acontece, Ah! Por exemplo, pacientes que não tem prescrição, e as técnicas da enfermagem chegam para ti, e te entregam ali: - Olha enfermeiro esse paciente está sem prescrição. Tipo, te vira, entendeu? Então daí tem que ir a atrás procurar um médico, ver o que que houve, ver um problema na farmácia também, que um médico prescreveu uma prescrição com a mesma data de validade, entendeu? [...] Então tudo, são todas as coisas que te envolve tempo, né? São coisinhas que parece ser poucas, mas na cabeça de algumas pessoas parece que tu resolve aquilo em um minuto, em dez segundos. Não! Mas isso aí é tudo coisa que envolve tempo, né? Tem que procurar, tem que ligar, tem que saber, já tinha um familiar logo de início, que já estava um

paciente com dor, aí a médica pediu para avisar que era para mudar a infusão, eu não consegui falar com ela a tarde toda, entendeu? Tentei ligar umas cinco ou seis vezes para o celular dela, para os setores que ela trabalha, liguei para todos os setores e não achei, então tudo isso envolve, né? Envolve tempo, envolve as coisas, hoje ... por exemplo temos a ajuda dos acadêmicos, tinha os acadêmicos que estavam ali com nós, eles estavam ajudando ainda, fizeram algumas coisas, mas mesmo assim, a gente terminou o trabalho enforcado, a gente terminou o trabalho no limite, eu evolui aquela hora que tu veio falar comigo ali, logo depois já era 19 horas. Às 19:00 horas eu estava envolvido os meus pacientes, eu não consegui evoluir (E16, PS).

As práticas cotidianas não podem ser pensadas separadas do ambiente que as origina. A necessidade de atenção e as condições do paciente nos serviços de emergência determinam um tipo de trabalho técnico e científico que surge subordinado por uma ação rápida e urgente, que obriga os profissionais a fornecerem respostas que solucionem as situações, emergindo práticas impregnadas de representações onde se cruzam os saberes técnicos e os saberes sociais (PERDIGON; STRASSER, 2015). A quantidade de tarefas e intercorrências mantêm os trabalhadores tão ocupados que torna o tempo sobre o cuidado de si e sobre o cuidado ao outro muito escasso. A sobrecarga de trabalho, condições precárias, recursos humanos/materiais insuficientes e inadequados e a qualidade das relações interpessoais, são fatores que podem contribuir para uma baixa qualidade de vida do profissional (KOGIEN; CEDARO, 2014). Os profissionais entrevistados possuem consciência de que não conseguem realizar um atendimento adequado devido a essas condições, o que lhes causa estresse. Como se percebe a seguir:

Eu acho por a gente não conseguir atender, né? Não dá. Não prestar um bom atendimento assim, pelo excesso de paciente, pela demanda que tem, a gente fica um pouquinho frustrado, às vezes muito frustrado, porque a gente queria poder fazer mais, mas a gente também tem limites, não tem como ir, além disso, não tem... Às vezes você deixa de fazer um intervalo, deixa de se alimentar, deixa de ir ao banheiro para não perder aquele tempo. Para passar uma sonda a mais, atender um paciente, porque às vezes não é só a questão, é qualquer coisa que ele te peça, né? E você procura você acaba se envolvendo ali no teu trabalho e acaba esquecendo um pouquinho que você tem as necessidades também, que precisa desse tempo. Eu acho que no pronto socorro a demanda de trabalho é bem maior, eu vejo às vezes é bem puxado, comparado com a realidade que eu já vivi (E11, PS).

O pessoal conseguia descansar e os plantões não era esse estresse todo de hoje... Tá cada vez aumentando mais, não tem... não tem um limite assim. Ah chegou aqui estabilizou? Não, não estabilizou, tá cada vez aumentando mais a pressão pra receber os pacientes de todos os lugares, cada vez o hospital é mais lotado, cada vez tem menos capacidade de acomodar. Cada vez a capacidade de acomodar gente é menor. Não que tenha diminuído a capacidade do hospital é que a demanda aumentou muito, então daí não tem mais capacidade de aumentar gente... e como os outros hospitais fecharam leitos de SUS, então aumentou, a demanda toda é aqui. Da região toda (M14, PS).

Se o próprio cuidado é negligenciado frente à alta demanda e múltiplas intercorrências, fica difícil pensar em um cuidado humanizado voltado ao outro. Igualmente, a

reflexão sobre a morte de pacientes, convenientemente, pode ser menosprezada. A morte pode não ser o maior problema para os profissionais justamente porque não há tempo para se pensar sobre ela. Ela acontece entre tantos outros procedimentos, ficando escamoteada por eles. Ao serem perguntados sobre a maior dificuldade do pronto socorro, os profissionais responderam que são a superlotação, conseqüentemente a falta de espaço para os pacientes, e a sobrecarga de trabalho, como segue:

No nosso dia a dia [a morte] não é [o maior problema], por incrível que pareça a nossa situação aí, é maior que talvez a morte, eu não sei se é isso que tem notado, muitos talvez falassem da superlotação, né? (M11, PS).

Maiores dificuldades é isso aí, falta de espaço, falta de leito, falta de condições assim, ter que escolher, na verdade nós não somos ninguém para escolher, sabe? Quem sou eu para escolher, agora que eu tenho um leito, quem sou eu para escolher, porque eu tenho direito, porque eu não tenho direito. Eu acho que essa é a maior dificuldade, por que isso aí causa, só vai ficando insatisfeita, vai causando stress, vai causando, sabe? Desgaste na equipe, vai causando isso [...] A falta de lugar... para mim é falta de lugar, porque eu preciso ir com o paciente não sei aonde, eu preciso de oxigênio, eu tenho três aparelhos de oxigênio aí, para quarenta pacientes, eu escolho como eu vou fazer, aonde eu vou colocar esses pacientes, sabe? (E15, PS).

A morte de pacientes não apareceu como uma das maiores dificuldades. Porém, se não há nem lugar físico para acomodação dos pacientes, como haver um lugar psíquico para se refletir sobre a morte? Como vivenciá-la no pronto socorro de maneira plena, se não há completude no cuidado de si e do outro? Mesmo que traga sofrimento aos profissionais, o nível que eles relatam de estresse para dar conta de uma demanda excessiva é maior do que qualquer outro acontecimento, salvo quando relacionado a morte súbita de crianças, ocorrida geralmente por meio de acidentes. Esse tipo de morte choca a todos, como dito anteriormente, e parece trazer à tona muito das vivências anteriores do pronto socorro; transbordando emoções suprimidas frente ao trabalho de urgência e emergência, tido como um trabalho essencialmente técnico. A morte é negada por aqueles que estão unidos à ciência e à tecnologia. Ela é afastada e escondida. A morte dentro do hospital é técnica. Há pouco espaço, ou nenhum, para que se realize uma reflexão humanística, filosófica e/ou espiritual sobre o processo de morrer. O sofrimento causa medo e incomoda, e a reação dos profissionais da saúde é querer afastá-la para não sentirem-se impotentes (AZEVEDO et al., 2016).

Morrer pode ser solitário e impessoal principalmente quando o paciente é retirado do seu ambiente familiar e levado às pressas para uma emergência (KÜBLER-ROSS, 2008). Em contribuição, a alta demanda do pronto socorro esvazia o lugar da morte quando essa ocorre. Não há tempo para se pensar naquele paciente que acabou de morrer, não há tempo para

conversar com os familiares deste e não há tempo para o profissional refletir sobre a morte de mais um paciente. O termo “mais um paciente” colocado aqui como pejorativo no sentido de que o profissional precisa muito mais dar conta de uma alta demanda do que propriamente tornar o cuidado humanizado dentro do PS. Quando morre um paciente nesse setor, a importância maior está no tempo que levará para o corpo ser retirado e desocupado do leito para que ocorra de imediato a internação do próximo paciente. A banalização da morte surge como mecanismo de defesa para seu enfrentamento cotidiano e, até a assistência do corpo após a morte pode ser tratada com descaso (AZEVEDO et al., 2015), como traz a fala da enfermeira:

Não é fácil... falei esses dias para a minha mãe e para meu irmão, ele é [nome da profissão e local], minha mãe disse que meu irmão está muito estressado, eu disse estressado com o quê? Ah, porque está estressado com o cargo dele, [ironia]. Estressado, vai tu lá trabalhar, lidar, escolher quem tu vai botar um leito, tu vai aguentar dois ou três morrendo por noite, e simplesmente o que tu faz? O que a gente faz? Tira tudo e põe um lençolzinho por cima, né? Leva e manda chamar, limpa o leito e já manda chamar o próximo. E finge que não aconteceu, quero ver você lidar com isso, quero ver o que que é stress, sabe? Ninguém vê esse lado [...] e a fila anda, vai indo (E15, PS).

O tempo da morte dentro de um pronto socorro, é um tempo não vivido. Embora os pacientes morram cotidianamente nesse setor, o tempo destinado nesses acontecimentos é tão imperceptível que chega a estar escamoteado entre todos os outros procedimentos e tarefas que os profissionais precisam realizar, conforme revelam as falas:

Não, na verdade a gente nem tem muito tempo pra pensar nisso porque... tu não para assim [...] Às vezes o paciente chega, a gente nem conhece, quase todos. A gente só conhece os que são clientes contínuos, clientes que vem seguido aqui. Então a gente não tem muito essa identificação assim, de algum grau de amizade, algum conhecimento com a família, então não tem, na verdade, tu não tem muito tempo, tu não para pensar. Porque morreu um tu tem que fazer ao atestado de óbito, já estão te chamando pra outra coisa, tu já te envolve com outra coisa. Na verdade tu nem para pra pensar assim. Tu te envolve com outra coisa e esquece daquele que passou ali, não que ele não seja importante, é que tu tem outra coisa pra te envolver [...] tu não tem tempo pra te envolver com a... a digerir aquela situação ali, tu acaba te envolvendo com outra coisa porque já estão te ligando, tu não para (M14, PS).

Mas agora até pela rotina do setor que é uma correria, que tu não consegue nem discernir direito, engoli aquilo, acaba passando meio que... tipo, tu não consegue, tu não consegue sentir, sabe? Acaba passando meio que batido assim, aí tu já pensa: bah, então vou trazer aquele que tá lá na emergência, pra esse leito pra cá porque ele precisa. Aí tu começa a pensar em todas, nos outros que precisam estar ali naquele lugar que tu acaba, não, eu vou falar por mim. Que eu acabo não pensando. Ah, sabe? Até uma vez a minha mãe me disse “nossa como”, porque ela foi me contar: “ah uma vizinha fulana de tal lá morreu” e eu já não via a fulana um tempão, nem lembrava mais da existência dela. Daí eu: “é mãe, ah morreu”, e ela “ah como tu tá fria”. Daí aquilo assim ... será que eu tô tão fria assim? Mas tipo, é que a gente tá lidando com isso diariamente né, então não tem. Antigamente, ali no

início, nas primeiras vezes eu chocava, agora como eu tenho que pensar em toda a rotina, né, que aquele leito tem que vagar pra vim um outro que está precisando, eu já não consigo assim (E18, PS).

Nas falas apresentadas, a falta de tempo para refletir sobre a morte do paciente, ou até mesmo tornar esse processo mais humanizado, é justificada pela alta demanda do pronto socorro, o que é uma realidade. No entanto, percebe-se na segunda fala que a enfermeira possui a mesma atitude quando da ocorrência de morte de uma vizinha, contada por sua mãe, fora do horário de trabalho. Nesse momento em específico, havia tempo para a reflexão ou aproximação da dor da sua mãe por alguém que ela conhecia. A justificativa de falta de tempo pode ser utilizada como uma roupagem para enfrentamento de tantas mortes, um mecanismo de defesa que acaba se retirando do contexto apenas hospitalar, sendo utilizado também em outras situações para que não se pense na morte e, em consequência na finitude do outro (seja parentes ou amigos) e de si.

Além disso, os hospitais são instituições comprometidas com o processo de cura, e pacientes em processo de morte são uma ameaça a essa função. Os profissionais possuem normas e rotinas a desempenhar, protocolos e burocracias que os ocupam o suficiente para que não haja tempo de pensar sobre a morte dos pacientes que estão sob seus cuidados. Para o andamento otimizado de um pronto socorro e direcionamento do cuidado são necessários os protocolos e as normas estabelecidas. Porém, a exigência desse cumprimento valoriza um trabalho tecnicista em detrimento de uma assistência humanizada. Isso resulta no não envolvimento emocional da equipe no processo de morte e morrer dos pacientes sob seus cuidados (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Em alguns hospitais existem regras explícitas ou implícitas em relação ao não envolvimento emocional do profissional. Se não há espaço para expressar sua angústia surgirá a negação e sublimação dos sentimentos. Por isso é necessário o desenvolvimento de mecanismos defensivos para se manterem emocionalmente distantes nessas situações, ou, então, em equilíbrio, por vezes aparente, na tentativa de manejar o acontecimento da forma mais adequada possível (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011), como compreende a fala do enfermeiro:

Eu vi a criança morrendo na minha frente, e eu vi o sofrimento que o [nome do parente] teve na minha frente, foi eu que atendi eles, né? Então foi uma situação muito complicada de se lidar, né? Muito complicada, mas a gente tem que manter o foco, porque junto com ele, tinha três pacientes graves lá dentro do setor que estavam bem graves e aqui dentro tinha mais uma penca de pacientes, e fora além dos três tinha mais uns cinco ou sete pacientes que estavam no corredor ali, esperando para ser atendido. Então se a gente acaba se entregando as emoções a gente acaba perdendo o foco do que a gente está fazendo aqui, que é atender os

pacientes, então a gente tem que manter o equilíbrio pelo menos, pelo menos lutar para manter isso aí, né? O máximo possível, né? É interessante, a gente acaba aprendendo, porque lidar com a morte a gente sabe que vai lidar aqui dentro, não adianta... querendo ou não mais cedo ou mais tarde eles vão vir morrer aqui também, hoje morreu pessoas aqui, amanhã está sujeito a morrer de novo, tem mais pacientes graves aqui dentro, então a gente já vai para casa sabendo que amanhã pode morrer outro, amanhã a morte pode vir a bater na porta de alguém, que amanhã a gente vai ter que consolar um familiar de alguém, então é bem complicado, bem difícil, né? (E16, PS).

Logo, além da utilização de mecanismos defensivos pelos profissionais, a própria organização institucional colabora no distanciamento destes e desvia a atenção aos procedimentos. A necessidade de agir de forma imediata, conduzida pela lógica dos procedimentos pode ser uma característica de proteção frente a pessoa que está morrendo. A proximidade da morte traz a necessidade de um distanciamento do paciente como proteção contra o sofrimento, a partir daí a atenção é voltada ao desempenho técnico (DAL PAI; LAUTERT, 2009).

O trabalho em emergência pode ser considerado como um determinante negativo nos níveis de qualidade de vida dos profissionais. O pronto socorro costuma ter um ritmo de demanda urgente, muitas vezes frustrante e que se mostra como fonte potencial de sofrimento de desgaste emocional (KOGIEN; CEDARO, 2014). A demanda de pacientes própria do pronto socorro exige aos profissionais rapidez e técnica no atendimento e exclui o lado humano tanto do profissional, que não possui suas necessidades emocionais atendidas pela instituição hospitalar, quanto do paciente, que recebe um atendimento apenas técnico. O tempo entre o atendimento e a morte do paciente, quando muito curto, deixa o profissional exposto a uma incógnita, questionando-se sobre seu trabalho:

O problema que chega aqui irresponsável, sem muitas vezes um diagnóstico preciso, e o paciente acaba indo a óbito, antes mesmo de a gente tentar fazer alguma coisa. Que nem aconteceu recentemente, uma senhora até trazida pelo um colega que ela é moradora do prédio, daí sabiam que ele era médico, chamaram ele... Ele foi atender a paciente chamou a ambulância, vieram até rápido, uns 10 ou 15 mim... Daí ele trouxe a paciente, nós fizemos todas as medidas aqui, tendamos reanimar, mas a paciente acabou, então é uma morte súbita assim digamos, então aí as vezes, principalmente quando é paciente mais jovem, daí a gente sempre fica se questionando, né? Bah! Será que o que aconteceu, será que faltou alguma coisa? A gente sempre fica com aquela dúvida, será que a gente fez tudo o que era necessário? Mas isso a gente não tem como dizer (M10, PS).

As mortes que acontecem no pronto socorro são, na maioria das vezes, mortes diferenciadas em relação a outros setores do hospital; seja pelo seu quadro agudo, seja por

causa do local em que acontecem. A reclamação sobre a superlotação, feita por todos os profissionais entrevistados, também interfere no local (físico) da morte, como expressa a fala:

Tu gostaria que tivesse um ambiente mais adequado, tu não gostaria que tivesse um ambiente de corredor. Essa situação de corredor, o paciente as vezes vai a óbito no corredor isso aí gera um mal estar no paciente em si. No seu último momento de vida, o seu familiar percebe que ele está desassistido. Então isso é muito grave pra ele né, porque ele vê assim né: qual o meu valor? eu não tenho nenhum valor, estou em um corredor de hospital. Onde está exposto a todas as situações. Então aí nesse aspecto é muito diferente, porque a dignidade humana não é só ter um acompanhante (E17, PS).

É importante a reflexão que traz esse enfermeiro, pois ele consegue enxergar e pensar sobre o quão ruim é essa situação para o paciente e seus familiares. Durante a pesquisa, foi chocante passar por situações dentro do pronto socorro, tidas muitas vezes como precárias devido a superlotação. São pacientes com seus corpos expostos, amontoados nos corredores em macas desconfortáveis e que trazem grande risco a segurança destes. O ato de ter que pular um paciente que estava sentado no chão gerou grande constrangimento. Mesmo os profissionais que vivenciam essa realidade dia-a-dia precisam racionalizar o tempo todo para não se deixar emocionar. No entanto, utilizar essa racionalização de forma maciça, como supracitado, distancia o olhar às pequenas coisas, como cobrir um paciente exposto, dar banho no início da noite quando tem menos pessoas circulando ou separar um paciente que está em processo de morte. O costume não pode banalizar tais situações tão difíceis a quem está vivenciando.

Os profissionais vivenciam cotidianamente a morte de pacientes que estão sob seus cuidados. Nesses momentos os sentimentos e emoções possuem difícil manejo por parte da equipe. Em função disso, quando o paciente morre, por vezes é destituído de qualquer significado e de identidade, reforçando a atitude de distanciamento, realizando o cuidado ao corpo sem vida e não ao ser humano que morreu (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011). Todavia, o que há de mais humano está ali, pedindo uma ajuda, muitas vezes emocional devido a situação que está vivenciando. Quem gostaria de morrer no corredor de um pronto socorro? Essa falta de lugar físico condiz com a falta de lugar da morte no pronto socorro. Também denuncia a falta de tempo, pois “o próximo paciente está chegando”.

5.3 Viver o processo de morrer de pacientes em uma unidade de clínica médica

Eu acho que o sentimento é de compaixão. Porque tu só sofre, porque tu se importa (E7, CM).

O trabalho realizado pelos profissionais na clínica médica possibilita maior contato com os pacientes, pois são, em sua maioria, diagnosticados com câncer e em tratamento quimioterápico. Neste setor os pacientes internam para tratamento e podem ficar por tempo indeterminado, alguns estão a mais de seis meses internados. A primeira internação costuma ser sempre a mais longa, durando cerca de trinta dias, o que deixa os pacientes desmotivados. Existem pacientes no andar que estão há mais de três anos em tratamento, muitos são recidivos o que possibilita maior contato na relação profissional/paciente. Alguns se encontram em cuidados paliativos e outros em situação de terminalidade. Pacientes da hematocologia são tidos como pacientes que precisam de maior atenção, demandando um olhar mais cauteloso a todos os sinais. Ademais:

É aqui são 28 [pacientes]. Tem muito paciente girando, às vezes eles ficam muito tempo internados. E essa questão deles ficarem muito tempo internados também, cansa um pouco assim porque daqui uns dias tu já não aguenta mais, então às vezes também é... ah coitado podia ir pra casa um pouco dar um up (E6, CM).

Às vezes eles já chegam num estágio da doença muito avançada, quando é aguda, às vezes ela se instaura em dias e em uma semana eles morrem, né. Ou eles não fazem 'químio', eles morrem. Ou eles vão fazer 'químio' e a probabilidade deles morrerem é muito alta. E, geralmente, esses pacientes têm uma faixa etária muito mais jovem. Então esses pacientes sugam bem mais, então eles são mais, são mais, ãh, melindrosos assim, eles nos preocupam muito mais, sabe (E8, CM).

O grande tempo de internação cansa tanto os pacientes quanto os profissionais, que aos poucos vão se desmotivando no tratamento por não haver uma melhora significativa que possibilite a alta do paciente. Em uma unidade de pacientes com câncer, na qual a morte costuma ser lenta e muitas vezes, sofrida, o profissional oscila entre a sensação de tudo poder e a frustração de nada poder fazer frente aos imprevisíveis processos biológicos (KOVÁCS, 2010). A oncologia é uma especialidade considerada estressante porque apresenta situações de contato com a morte, necessidade de cuidados de alta complexidade e paliativos; além da atenção que precisa ser demandada a família, criando intensos desafios aos profissionais (HERCOS et al., 2014); o que se percebe na fala a seguir:

É frustrante. É frustrante, mas ao mesmo tempo tem muitos casos que tu sabe que vai acontecer isso, é só questão de tempo. A nossa área é um pouco diferente: uma

coisa é tu tratar uma pessoa tendo alto risco de cura e falhar. No nosso caso não, tu por mais que tu saiba que aquilo ali vai progredir em questão de tempo, às vezes tu faz um tratamento pra controlar, muitos dos nossos pacientes é isso, não tem cura mais, tu controla a doença, mas tu sabe que em poucos meses ou poucas semanas eles vão progredir, eles vão voltar a doença, mesmo sabendo isso, muitas vezes eles te questionam, “ah, o tratamento funcionou?”, aí tu tem que explicar, mas com certeza, é mega frustrante, é frustrante. Eu por mim eu curaria todos, salvaria todos mas a gente sabe que não é assim (M7, CM).

Os sentimentos nomeados pelos profissionais quando da piora ou morte do paciente são: frustração, impotência, tristeza e compaixão. Os dois primeiros são designados ao próprio profissional frente ao trabalho que realiza e que possui limitações. Uma situação de morte em geral é interpretada pelos profissionais como um teste a sua competência, portanto é gerador de sofrimento. Isto pode ser atribuído ao modelo biomédico, que ensina a tratar a doença e não a cuidar das pessoas (BORGES; MENDES, 2012). Se o profissional não está preparado para enfrentar a morte como uma probabilidade, ela será acompanhada da ideia de fracasso do corpo, do sistema de atenção médica, da sociedade e das relações com Deus e com os homens (PITTA, 2003). A morte para os profissionais não é um fenômeno percebido de maneira natural, e sim acompanhada de dificuldades que implicam no sofrimento surgido desse contato rotineiro com situações de terminalidade, que precisa ser velado e silenciado (SANTOS; AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013).

Os outros dois últimos sentimentos nomeados são direcionados aos pacientes, sugerindo um olhar ao outro que se encontra em sofrimento, seja paciente ou familiar. O que denota um cuidado focado no ser humano e não dentro de um ativismo mecanicista no qual o envolvimento do profissional no processo de morte acaba sendo deficitário (SILVA et al., 2013). O trabalho em oncologia permite o contato diário com os processos de morte e morrer dos pacientes. Porém, mesmo a morte e o morrer sendo presente no dia-a-dia, os profissionais da saúde ainda possuem como foco de sua atuação a preservação da vida e a cura, na qual encontra-se a gratificação pelo trabalho. Há dificuldade em aceitar a terminalidade como algo natural, sendo esta entendida como fracasso ou falha (HABEKOST CARDOSO, 2013), como evidencia a fala:

Normalmente não é muito bom assim né... a gente fica porque a gente estudou e sabe como é a evolução da doença né, dependendo do... da neoplasia do tipo de recidivo a gente sabe qual vai ser o final do paciente né, por mais que tenham tratamento que vão acabar prolongando um pouco mais a vida, a gente sabe que em algum momento a gente vai acabar perdendo ele... né... então é ruim nesse sentido né, que foi tentar um tratamento, mas que não deu certo e ele tá de novo ali [...] (M6, CM).

Mesmo sabendo das dificuldades do tratamento de um paciente com câncer os profissionais se sentem frustrados quando o prognóstico é ruim. Isto acontece em decorrência de uma formação voltada para a cura, como ressaltam vários estudos (ANDRADE; ANDRADE, 2010; CANO, 2008; KOVÁCS, 2010, 2011; LIMA; NIETSCHE, 2016; MUÑOZ-PINO, 2014; SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012), mas igualmente pode ocorrer pelo fato do profissional estar lidando com uma vida que, no momento, está “entregue” em suas mãos. Para além das limitações acadêmicas e do imaginário social, a história de vida de cada profissional é fator importante na formação da identidade do profissional e em como este vai conceber seu trabalho e a si mesmo na prática do cuidado. Cada experiência irá produzir diferentes formas de reconhecimento de si, podendo influenciar nos reconhecimentos que são buscados na atuação profissional (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Por mais que se possa negar a morte, ou ter uma formação que aponta à cura, não se pode excluir o fato de que são seres humanos cuidando de seres humanos, e o desejo sempre vai ser a melhora do paciente, nesse sentido, havendo sempre a frustração quando da piora deste. Logo, pode-se dizer que a frustração possui um teor profissional que busca a cura, mas igualmente um cunho pessoal através de um sentimento de compaixão, como falado em algumas entrevistas, do desejo de melhora de uma pessoa.

O profissional em contato com o sofrimento vive conflitos próprios de como se posicionar frente à dor, que nem sempre consegue aliviar; além de precisar elaborar perdas dos pacientes. Esse convívio com dor, perda e morte ocasiona a vivência de processos internos, fragilidades, vulnerabilidades, medos e incertezas aos profissionais que nem sempre sentem que possuem autorização para compartilhar esses sentimentos (KOVÁCS, 2014b). Na clínica médica estas vivências são intensas e, ainda mais dolorosas para o profissional quando há um vínculo duradouro e/ou quando o paciente é jovem. Os profissionais que participaram da pesquisa se sentem desamparados em seus sentimentos e, muitas vezes, não sabem como agir frente a situações específicas do processo de morrer. Trabalhar na área da saúde como cuidador denota que a dor e a morte são presenças constantes no cotidiano.

Os profissionais que enfrentam o contexto da oncologia de maneira mais individual podem possuir uma tentativa de afastamento dos pacientes, que apesar de terem como foco a manutenção de um nível de distância na relação, isso repercute nas ações de cuidado, desqualificando e limitando-as (LUZ et al., 2016), como evidencia a entrevista:

O doutor [nome do médico], por exemplo, óbvio que ele não vai chorar, e não vai ficar triste, mas ele tem algumas ferramentas, por exemplo, quando paciente ‘tá’

mal, vai pra ventilação mecânica, não tem mais o que fazer, ele já nem prescreve mais o paciente, é os residentes que carimbam a pasta, ele começa, é como se ele negasse aquilo, sabe. Ele age como se aquilo já tivesse terminado pra ele, sabe (E8, CM).

O cuidado no fim da vida dos pacientes, segundo a entrevistada, é atribuído a outros médicos. Talvez o sofrimento frente à terminalidade do paciente seja angustiante e o distanciamento é sua forma de proteção contra esse encontro com o fim de vida do outro. Porém os conflitos e dificuldades dos médicos são determinantes para os pacientes, seus familiares e para a equipe (ESSLINGER, 2004). Dessa forma, o distanciamento realizado pelo médico pode ser percebido como frieza pelos pacientes, familiares e próprios colegas do hospital. Trata-se, além de um mecanismo de defesa, de uma característica proposta pelo modelo biomédico e utilizado na prática profissional. Em contra partida, a percepção dos próprios médicos em relação à forma como os outros percebem seu posicionamento frente a morte, envolto por indiferença, se contrapõe à maneira como eles se veem ou agem. A imagem social, principalmente do paciente que atribui ao médico o poder de evitar a morte colabora na pressão e a frustração quando há impossibilidade de cura e a certeza da morte (AREDES; MODESTO, 2016). Isto fica claro, no setor pesquisado, pois, apesar deste médico ser visto como alguém distante dos pacientes, é um profissional o qual os pacientes e familiares confiam. Mesmo colegas de trabalho buscam auxílio com ele quando possuem dúvidas ou dificuldades nos procedimentos.

O distanciamento pode demonstrar que os profissionais se concentram mais em sua capacidade pessoal e responsabilidade para encontrar maneiras de lidar com a morte do paciente e assim minimizar o impacto negativo que esta pode causar em suas vidas. Este foco individualista não leva em conta que a oncologia é uma prática que envolve a exposição contínua frente a morte de pacientes, e portanto, para mitigar o impacto negativo seria importante mudanças estruturais no que se refere à formação e a prática da oncologia (GRANEK et al., 2017). Além disso, compartilhar a experiência com outros profissionais poderia ser um meio de vivenciar a morte do paciente de forma mais branda. Outra forma de distanciamento é utilizar-se da racionalização como um mecanismo de defesa no intuito de se blindar contra o sofrimento. É um mecanismo que possui tanto a função de regular as emoções, quanto uma tentativa de resolução das situações. A racionalização pode ser incentivada desde a formação na área da saúde, pois esta está voltada à ciência positivista (CANO, 2008). A fala a seguir ilustra o uso deste mecanismo:

Quando morre [suspiro], assim é difícil falar isso, mas muitas vezes a gente cria uma blindagem, eu falo que é uma blindagem, uma carapaça, muitas vezes tu tem que se blindar e, porque senão, o emocional supera o racional. Eu, sinceramente, se eu fosse trabalhar com crianças eu não teria essa blindagem, como eu só trabalho com adultos e já tendo a área, que a gente tem muitas perdas, tu sabe que os pacientes vão a óbito, é natural da especialidade, com o passar do tempo e tantos casos, tantos pacientes que a gente perde tu vai criando meio uma blindagem, é bem isso. Eu hoje, eu não levo nada pra casa. Eu venho, faço meu trabalho racionalmente e tento fazer o meu melhor, mas dificilmente eu levo coisas emocionais pra casa, eu fico, a gente cria meio que uma blindagem mesmo (M7, CM).

O médico, nesta entrevista, ressalta que ele trabalha racionalmente e se blindava, excluindo seu lado emocional. Quintana (2009) aponta que o médico pode falar racionalmente sobre a morte, o que não pode acontecer é permitir que ela toque seus sentimentos, pois dessa forma o profissional teria que aceitá-la concretamente para si, na sua própria finitude. Através desse isolamento de emoções o profissional mantém sua defesa contra a angústia que lhe causaria se permitisse o emergir de seus sentimentos frente à morte de pacientes. O enfoque central é colocado na racionalidade e na perícia técnica e não na interação e integração da razão com a emoção (ESSLINGER, 2004).

A perda de um paciente é motivo de insatisfação na oncologia. A prática cotidiana traz situações nas quais os profissionais se sentem limitados ou impotentes no seu campo de atuação (BORDIGNON et al., 2015). A contenção dos sentimentos e o convívio constante com o sofrimento, dor, perda e morte, tornam os profissionais da saúde vulneráveis ao estresse (ESSLINGER, 2004). Portanto, blindar-se, não entrando em contato com as emoções pode ser considerada pelo médico como uma ótima estratégia para não sofrer; em contrapartida, isso pode se mostrar ineficaz ao longo do tempo, fazendo emergir sinais de adoecimento psíquico.

Outra questão importante, e considerada negativa para os participantes da pesquisa, é não ficar sabendo o que acontece com os pacientes depois que eles recebem alta. Há uma expectativa de melhora do paciente, porém também existe a probabilidade de morte. Cria-se um vazio nessa relação que permanece inacabada. Como se percebe na fala a seguir:

E tem uma outra... uma coisa interessante de... que geralmente... o que que acontece? Né, a gente fica com os pacientes aqui e vai fazendo tratamento vai fazendo tratamento vai fazendo tratamento e aqueles que vão conseguindo sair do tratamento eles... mas tu não vê mais ele, tu nunca mais vê esse paciente, tu não sabe o que que aconteceu com muitos deles, tu não sabe se eles tão bem ou se eles não estão mal, e os que tão, vão morrendo... vão morrendo aqui com a gente. Então na verdade é só se deparando com os que estão morrendo os outros a gente não fica sabendo o que que aconteceu. A gente não tem, sabe, parece que nunca termina, nunca terminou aquilo ali, sabe? [...] Às vezes a gente pergunta: - Ah o que será

que houve com fulano? Bah não sei, não sei mais notícia, a gente não sabe notícia. E parece que a gente sempre vai ficando com essa imagem deles morrendo aqui com a gente. Agora essa, essa coisa do que aconteceu com os outros a gente não fica sabendo. Se morreram em outro lugar, se estão bem. E daí sempre fica essa imagem mais do paciente sempre doente, daquele paciente que está ali, sabe? Sempre essa imagem que fica, agora aqueles que terminaram, que foram a gente não fica sabendo o que que aconteceu né... a gente não fica sabendo, então acaba ficando sempre essa imagem mais da morte aqui (E6, CM).

O profissional se depara, na maioria das vezes, com a morte dos pacientes. Há probabilidade de que os pacientes que dão alta possam morrer em casa ou em outros hospitais e o profissional não vai ficar sabendo, deixando uma expectativa, que não será respondida, do que pode ter lhes acontecido e ficando no imaginário dos profissionais diferentes possibilidades. O que incide, então, é uma rotina diária de recidivas, pioras no prognóstico e morte; e não a cura ou melhora do paciente, o que gera maior sofrimento aos profissionais. Além disso, quando o paciente morre, o profissional precisa lidar, além dos seus próprios sentimentos, com os sentimentos dos familiares, o que lhe é fonte adicional de estresse, como explanam as falas a seguir:

Dos familiares eu já vi várias [situações de desespero] né, é compreensível, totalmente compreensível, porque aqui tem muito assim, às vezes as pessoas internam pra iniciar o tratamento e morrem sabe, não toleram nem a, o primeiro, a primeira etapa do tratamento e daí, por exemplo, ficou trinta dias internado e daí morre, e é difícil assim pros familiares (E5, CM).

A gente assiste a muitos horrores né, e isso, isso não é muito fácil de suportar, a gente vai treinando, vai se preparando, sai de casa de manhã e já sabe que vai ser dessa forma, daquela forma, vai ter coisas que as pessoas querem que não 'tá' certo, que falam que 'tá' errado, e eu vou citar um exemplo, assim, das situações piores que tem, é o paciente oncológico que ele não tem uma noção adequada da situação, ele não tem uma estrutura para receber a notícia da condição própria e chega uma pessoa da família, normalmente 99% das vezes e fala algumas coisas assim que, meu Deus, se ele entender o que ela 'tá' falando, ele vai se suicidar. A pior que eu ouvi e presenciei foi a filha, na frente do paciente, se virar pra mim e perguntar: "doutor, quantas semanas de vida ele tem?". O pai 'tava' sentado, do lado dela, eu 'tava' surdo né, eu não ouvi, não tinha o que dizer, não tinha o que fazer (M8, CM).

As falas evidenciam que, além da atenção ao paciente, os médicos e enfermeiros devem lidar e cuidar também com familiares destes durante a internação. O câncer pode fragilizar o sistema familiar devido ao estigma que carrega. Essa doença é vista como uma enfermidade muito temida, carregando a ideia de risco iminente de morte, além dos tratamentos agressivos. O sofrimento gerado por essa doença e seus efeitos é compartilhado pelo paciente e por sua família com a equipe de saúde (RENNÓ; CAMPOS, 2014). Os profissionais lidam com as famílias dos pacientes tanto antes como após a morte deste. Essa

relação gera sofrimentos e angústias aos profissionais, que se sentem impotentes frente as circunstâncias que fazem parte do cuidado no processo de morrer (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

Frente à dimensão de dor e perda, os profissionais, além de atuarem diretamente com o paciente, precisam estar atentos aos comportamentos dos familiares. Primeiro porque estes podem estar apresentando dificuldades no trato com o paciente, ou até mesmo não compreendendo o teor da situação. Segundo, os familiares podem prejudicar o andamento do tratamento e da relação profissional/paciente, como é citado na fala anterior. Se o paciente não quer saber sobre seu diagnóstico ou prognóstico, é desumano um médico forçá-lo a aceitar a realidade, pois ele não está pronto para ouvir. Especificar o tempo de vida também é visto como uma conduta ruim para o paciente (KÜBLER-ROSS, 2008).

Na situação trazida durante a entrevista, o médico percebe que a conduta da filha não é coerente, e nutre sentimentos negativos em relação a ela. Muitas vezes os familiares, no processo de sofrimento, podem não se dar conta de certas atitudes e acabam sendo inconvenientes frente ao paciente. O profissional precisa demandar grande atenção nesses casos em prol do bem estar do seu paciente. Uma das formas é possibilitar uma conversa em separado com a família e tentar perceber o que realmente eles estão entendendo e esperando do próprio profissional e do tratamento.

Outras situações constrangedoras com familiares frente aos pacientes foram citadas nas entrevistas e, geralmente, não é feito nada a *posteriori* para resolver ou minimizar o constrangimento. Em uma das situações o profissional fala claramente à filha do paciente que ela tinha que ter cuidado do pai antes, pois agora não tinha o que fazer. Refere-se ao fato dela não ter ido atrás do pai quando este era alcoolista. Além disso, família não foi participativa durante o tratamento do paciente e quase não comparecia ao hospital nas visitas. Há uma grande cobrança da equipe às famílias que não são participativas. A equipe, em geral, denota sentimentos como raiva pelo abandono sofrido pelo paciente e, segundo Bordignon et al. (2015) os profissionais sentem-se insatisfeitos quando ocorre descaso e não comprometimento dos familiares com o paciente em tratamento de câncer.

A relação interpessoal entre profissional e paciente é um momento importante da assistência e pode oferecer a ambos a oportunidade de uma comunicação clara, proporcionando uma relação mais humanizada (RENNÓ; CAMPOS, 2014). É necessário atentar para essa dimensão, e possibilitar abordagens de interação profissional que possibilitem diminuir a solidão e o sofrimento dos pacientes em processo de morte. O

profissional ao assistir a esse paciente, precisa assegurar uma morte digna ajudando-o a enfrentar a angústia e assumir suas possibilidades, ainda que em meio à reflexão da própria morte (SILVA et al., 2013). Para que isso de fato aconteça, o profissional deve primeiro enfrentar suas próprias angústias e compreender seus sentimentos. Angústia, esta, presente na sociedade e refletida na educação na área da saúde e nas atitudes dos profissionais frente à morte (SANTOS, 2009). Ademais, a forma como os profissionais concebem a morte e o cuidado no processo de morrer pode interferir na maneira de instituir o tratamento e os tipos de cuidado, o que acaba influenciando o modo como as pessoas percebem sua doença e o tratamento, e se aceitam ou não essa situação (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013).

A morte dos pacientes pode levar os profissionais a refletirem sobre a possibilidade de erros, ações e condutas que poderiam ter sido adotadas para um melhor cuidado (BORDIGNON et al., 2015). Refletir sobre o trabalho que foi realizado pode trazer um alívio de uma possível culpa durante os procedimentos realizados. Além disso, pensar no cuidado de si denota como realizar o cuidado com o outro, como ilustram as falas a seguir:

Não vou te dizer que é tranquilo, eu sempre penso assim “bom, eu fiz o melhor? Fiz.” Eu sempre me questiono se fiz o meu melhor, não, não fico pensando assim se era a hora dessa pessoa morrer, ou se ela merecia; essas coisas assim não, eu sei que assim, eu fiz o meu melhor, fiz o que eu pude pra ele, pra esse paciente ter a sua morte tranquila, a sua morte como deve ser, respeitando todos os princípios éticos, a qualidade de vida ao morrer, eu sempre penso se eu fiz o que era certo, o que eu pude (E5, CM).

Então é isso que a gente sente; a gente sente compaixão com a família, com o paciente, porque é a realidade. Eu sempre digo, a gente não tem que se colocar no lugar, mas tu tem que fazer as coisas com que tu gostaria que fizessem contigo. É o que tu gostaria, então tu sempre pensa, eu sempre penso: “eu gostaria de ser atendida por mim?”, eu sempre penso nisso. Se, se eu confio em mim, né. E aí esse é o sentimento que tu tem, acho que de toda a equipe de enfermagem, não só pra trabalhar na parte de ‘onco’, como pra trabalhar em toda a enfermagem. Eu tenho que ‘se’ importar com os pacientes, e tu saber que tu ‘tá’ fazendo a coisa certa, né. Tu ‘tá’ sempre prestando a mínima atenção em tudo o que tu vai fazer, porque tu quer fazer o bem pro paciente, não fazer o mal, sabe. Tu quer ir lá e fazer, porque qualquer coisa que a gente pode fazer lá, tu pode matar alguém né, tu pode, então tu tem que fazer e quando tu trabalha em ‘onco’ assim, tu tem que fazer né, o máximo que tu pode (E7, CM).

Retomar os procedimentos que foram realizados, como mostra a primeira fala, denota uma conferência da questão técnica na qual não pode haver erro, preservando a segurança do paciente. Esta está relacionada à qualidade nos serviços de saúde, sendo transversal no processo de assistência e envolvendo o estabelecimento de vínculos de confiança entre os

profissionais e pacientes. É uma forma de compreender os eventos adversos ocorridos na assistência à saúde (BAPTISTA et al., 2015).

Percebe-se nas falas que os enfermeiros abordam o cuidado com o outro além do cuidado apenas técnico; ou seja, o ofício de cuidar consegue superar, para a maioria dos enfermeiros, a tecnologia. O tempo do cuidado é que vai permitir o “*se importar com o paciente*”, como ressaltado na segunda fala, o que nem sempre é possível devido a demanda de pacientes e afazeres hospitalares. No entanto, foi muito colocado pelos profissionais que o pouco que é feito na oncologia pode ser muito para o paciente. Ou seja, os pacientes internam, muitas vezes, com poucas esperanças de melhora, e qualquer cuidado realizado pelo profissional é percebido com uma importância além do real, como se percebe na fala:

Os pacientes são relativamente bons de trabalhar, porque muitas vezes, não é que seja uma coisa boa, mas eles já chegam bem entregues, tudo que tu fizer a mais, tudo que tu fizer pra eles para que é um, é uma grande gratidão, porque eles, não sei o que que é a palavra oncologia, câncer pra eles é uma palavra forte, então eles chegam já pensando na ideia da morte mesmo, na ideia do...; então se tu fizer um pouquinho, mesmo que tu saiba que é pouca coisa, pra eles já é uma imensidão. Então, não é uma área que muitas vezes tu perdendo o paciente muitas vezes tu tem aquele, como é que eu vou te dizer, tem áreas que tu não, tu não espera muito perder um paciente, aqui a gente tem muito essa, o câncer está muitas vezes vinculado à morte, então pra eles, tudo, qualquer mínima coisa já é um baita avanço (M7, CM).

A fragilidade do paciente pode ser facilitadora no cuidado e na relação com o profissional. Nesse contexto, o cuidado não pode ser apenas técnico e sim percebendo o paciente em sua integralidade, pois este está claramente demonstrando que se encontra em sofrimento psíquico devido ao diagnóstico de câncer, que traz consigo a possibilidade da morte. Cabe ao profissional perceber que ele não pode fazer o mínimo, mesmo que este seja considerado o máximo pelo paciente, como dito na entrevista. O avanço seria justamente realizar medidas que possibilitassem um conforto maior na hora da morte. Se o paciente está “entregue”, como ressaltado, o profissional poderá estabelecer um vínculo de confiança que permita o cuidado integral e mais adequado no processo de morrer; entendendo o sofrimento e as expectativas do paciente. Pois, a humanização dos serviços em saúde implica no reconhecimento do valor da pessoa humana e um aprofundamento no valor do cuidado ligado à sensibilidade frente ao sofrimento humano. Aspira-se assim, a construção de um profissional comprometido com o paciente fragilizado pela doença e na promoção de sua saúde física, psíquica, social e espiritual (PESSINI; BERTACHINI, 2014b).

A vivência do processo de morrer de pacientes faz emergir diferentes sentimentos nos profissionais. A finitude da vida desperta sentimentos intensos e variados, em sua maior parte negativos, ocasionando desconforto emocional (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Além disso, a falta de tempo para a elaboração da perda e o não compartilhar dos sentimentos pode ocasionar uma sobrecarga que se manifestará por meio de sintomas físicos e/ou psíquicos no profissional (KOVÁCS, 214b). A compreensão e aceitação sobre a morte não é algo que vai acontecer rapidamente, como reflete a médica:

É complicado isso aí né. Mas acho que pra mim ainda é um problema, é um problema sim. Não posso dizer que ah é super tranquilo, as pessoas morrem, não, isso não. É uma frustração né, no meio da saúde. Dá impotência né. A gente tem que aprender que o cuidar ali já é o tratar. Não é só deixar a pessoa curada. Só que não é do dia pra noite. Não né. A gente é gente como todo mundo né (M1, CM).

O avanço tecnológico é um recurso altamente importante, mas não pode ser um fim em si mesmo, necessitando estar aliado à construção de relações interpessoais saudáveis. O caminho terapêutico humanizado se desenha a partir de um movimento de compreensão e interpretação de si e do outro (PESSINI; BERTACHINI, 2014b). Por isso a importância do profissional conhecer suas dificuldades e angústias frente o processo de morte e morrer. É necessário, portanto, deslocar o hospitalocentrismo e a alta especialização caracterizados pelo sistema de saúde e a formação dos profissionais e permitir o conhecer da biografia da vida, de si e do outro. Para que seja possível acolher o paciente em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, para condescender o processo de cuidado (BERTACHINI, 2014). Em suma:

Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro se torna um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria (PESSINI; BERTACHINI, 2014b, p. 442).

Como ressaltado na última fala, o cuidar nem sempre é curar o paciente. Muito mais do que a utilização de altas tecnologias, estar próximo e disponível ao paciente nos seus últimos momentos é tão importante quanto o uso de medicamentos. Nessa relação, o profissional que está ao lado de seu paciente poderá experimentar o cuidado humanizado, permitindo o emergir da singularidade de cada paciente, em cada atendimento; possuindo uma visão integral e, conseqüentemente, facilitadora no processo de tratamento.

5.3.1 O vínculo prolongado da clínica médica

Eles se conectam contigo e tu também se conecta com eles (M1, CM).

A citação da entrevista acima demonstra a criação de vínculo com o paciente. Tratar um paciente não consiste somente em diagnosticar a enfermidade, sugerir prescrições farmacológicas e aplicar técnicas preestabelecidas em protocolos médicos. O tratamento implica que a equipe multiprofissional compreenda os efeitos globais sobre o paciente; como físicos, psíquicos, econômicos, sociais (MARTÍNEZ et al., 2015) e espirituais. No trabalho com cuidados em fim de vida, na unidade pesquisada, pode-se dizer que, muitas vezes, o vínculo transcende a relação entre o profissional e o paciente. É uma conexão, como citado. Um envolvimento entre ambos no decurso da doença, que pode ser tanto benéfico na relação quanto sofrido pela possibilidade de perda. A construção do vínculo nessa relação emerge na situação de um cuidado prolongado que, em maior parte, gera sofrimento ao paciente e sua família. Igualmente, gera sofrimento ao profissional que está em busca da cura/melhora do paciente, o que nem sempre acontece. Mesmo assim, o vínculo é considerado, pela maior parte dos profissionais, como algo positivo:

Os pacientes daqui, eles vêm e ficam muito tempo aqui ou vêm e em pelo menos seis meses eles voltam, vem e voltam. E sem contar aqueles que voltam porque é recidivo e voltam a fazer o tratamento e eu... E aí tu tem esse vínculo de novo. Eu [...] isso eu adoro assim, de ter o vínculo com eles eu gosto muito de trabalhar com isso (E9, CM).

Eu gosto, sabe. É uma área assim que na faculdade a gente não é preparado né, a gente não tem essa parte de onco na faculdade, a gente até tem contato assim, eu, lá em [nome do local] já tinha aplicado quimioterapia em paciente. A gente não tem nem a mínima ideia do que representa, o que que significa isso né, e então assim, eu gosto, até digo foi uma área que me surpreendeu bastante assim, sabe [...] É uma área assim que tu se apegas bastante aos pacientes né, e acaba que muitos pacientes acaba morrendo sabe, mas, eu acho que assim é um setor que precisa de alguém que tu, que os pacientes gostam. Eles internam assim, a maioria deles tem aquela história assim “meu Deus, vou fazer quimioterapia, o que que é isso?’, eles acham a quimioterapia um bicho, a maioria pensa nisso [...]. E outra coisa, que daí como eles vêm bastante, então eles, o seu [nome do paciente], que tava ali é um que disse assim “eu tava, eu tive internado em outro setor e, ah é bom lá também sabe, mas não tinha as pessoas que eu conheço”, porque eles vêm a cada quinze dias e são as mesmas pessoas que tão aqui né, que nem eles, a gente sabe que eles vão voltar e tal, então ele disse “ai as pessoas tratavam diferente, mas é que vocês eu já conheço”, né, então... eu gosto também assim eu gosto bastante de trabalhar com a onco assim, mas, ãh, uma, é uma coisa que a gente fica a a gente fica triste as vezes que a gente perde os pacientes, não tem como tu não se apegar aos pacientes. É impossível [risos] (E7, CM).

A maioria das vezes assim né, que muitas vezes o paciente faz a primeira consulta com a gente, embora ele não tenha todas as consultas com o mesmo residente a

gente sempre vê eles ao decorrer né, então... ao longo do tratamento que vê as toxidades, que vê ele melhorando né, depois tem o segmento... em algum momento ele vai voltar pra recidiva, nova quimioterapia. Então a gente acaba acompanhando um bom período assim né, esses pacientes. Muitas vezes eles ficam internados por bastante tempo então... não tem como não criar algum vínculo assim né (M6, CM).

O tempo de internação aumenta a probabilidade da existência de vínculo. Os enfermeiros foram os que mais relataram possuir vínculo com o paciente. Isto acontece pela proximidade com este no dia-a-dia, com vários atendimentos e intervenções. É este profissional que passa mais tempo ao lado dos pacientes e de seus familiares, por isso, possui maior possibilidade de vivenciar o sofrimento, recuperação ou a morte dos pacientes aos seus cuidados (FONTOURA; ROSA, 2013; MARTÍNEZ et al., 2015). Esse contato mais estreito apesar de ser fator de maior escuta das necessidades do paciente, pode também ser fator de estresse para o profissional (ESSLINGER, 2003). A figura do enfermeiro em oncologia ocupa um lugar importante, pois o conceito de cuidado vai além de atividades técnicas.

A relação terapêutica implica em um processo de relação interpessoal a qual requer diferentes habilidades e destrezas comunicativas (MARTÍNEZ et al., 2015). Os profissionais da saúde relacionam-se em dimensões diversas. Esta interdependência é condição própria da atuação profissional no campo da saúde humana. No processo de cuidar, os profissionais estabelecem relações de proximidade com outras pessoas. São processos interativos mútuos que favorecem o encontro entre profissional e paciente e a formação de vínculos afetivos (BAGGIO; ERDMANN, 2015). Alguns profissionais apontaram que o cuidado mais próximo e com vínculo pode assegurar a qualidade na assistência:

Muito vínculo, muito vínculo [...] Eu acho que ajuda, ajuda porque talvez se ele já respirar diferente eu já vou perceber, porque eu já conheço ele, sabe. Eu já sei que com tal medicação ele já pode ficar desconfortável, sabe que, que eu já sei que ele demora mais pra recuperar, que a internação dele é mais arrastada. Enfim, sabe, eu acho que ajuda. Pro cuidado ajuda (E8, CM).

Eles não deveriam morrer onde eles não conhecem, se eles 'tão' sempre aqui e acabam, outra coisa assim, os pacientes tem confiança na gente, então a gente vivencia, tem pacientes que pedem, às vezes eles internam lá embaixo no pronto socorro e eles chamam pra puncionar, porque eles não querem que o enfermeiro do pronto socorro puncione, a gente não desce, a gente não, não faz isso né, mas eles chamam a gente, vem familiar nos chamar, "desce lá, liga pra lá, vê se tu não traz essa pessoa pra cá", são pessoas que nos veem seguido né, acabam tendo confiança na gente (E5, CM).

Mesmo com o estabelecimento do vínculo, alguns profissionais possuem o cuidado de manter essa relação até certo ponto, procurando não misturar, junto ao paciente, o pessoal com o profissional. Outros preferem não estabelecer vínculo, o que poderia oferecer um alívio

ao profissional que se concentra no procedimento e se defende da vinculação afetiva. Isso pode ser realizado pelo profissional no intuito de proteger sua integridade psíquica e somática. Entretanto, o não estabelecimento de vínculo pode direcionar o cuidado apenas às atividades técnicas, gerando indiferença e descaso com a vida (MIORIN et al., 2016).

Atitudes de distanciamento dos profissionais com seu paciente terminal podem ser uma resposta pessoal em deferência ao dever profissional. Este conferiria o controle dos sentimentos e a não vinculação emocional, a carga de trabalho e o pouco tempo disponível e, sobretudo, a mecanismos psicoafetivos de defesa frente aos sentimentos do fazer cotidiano no cuidado a morte e ao morrer de pacientes (VEGA; CIBANAL, 2016). Evitar a proximidade na relação pode eliminar o reconhecimento do sofrer do paciente através da palavra. A dor poderá ser medida e medicada, mas não será reconhecida em seu significado, pois a palavra se torna reduzida a poucas informações técnicas da anamnese (SILVA, 2014). Alguns profissionais conseguem manter um vínculo com o paciente até certo ponto, tentando encontrar um meio termo para o cuidado e não permitindo uma aproximação demasiada, como se percebe nas falas:

Eu estabeleço um limite, eu geralmente trabalho com o [nome do enfermeiro], né, de manhã, então a gente já faz a mesma coisa, mas estabeleço um limite assim, do profissional e do pessoal (E5, CM).

Então, tem momentos em que o vínculo facilita, né. Se a pessoa é muito distante isso pode não ajudar, digamos, mas isso é..., varia de caso a caso né. Tem um paciente que ele, ele entende a condição, ele tem interesse de participar, e ele se aproxima bastante, ele faz tudo o que tu pede, é super tranquilo e tal, isso ajuda também né. Então tem que ter o limite, pra não misturar né, mas que tem essa facilidade algumas vezes, tem (M8, CM).

O “não misturar” citado na última entrevista refere-se a um limite na relação para que a vida pessoal do profissional não seja exposta ao paciente. Esse médico coloca que é necessário ter uma linha de divisão que permita um vínculo técnico, porém não um vínculo pessoal. É aceitável uma proximidade com o paciente até certo ponto, para que essa relação seja facilitadora no tratamento, como por exemplo, poder utilizar uma fala mais informal e até em tom de brincadeira com o paciente para aumentar a possibilidade de aderência terapêutica.

As defesas realizadas para o afastamento do paciente e do próprio sofrimento acontecem através do corpo e da linguagem, assim como a possibilidade de uma relação de proximidade, aprendendo a conhecer e lidar com a dor e do paciente. É um meio intersubjetivo que permite falar algo com alguém, acontecendo encontros e desencontros nessa relação dos profissionais e seus pacientes em processo de morte. Se a relação for

meramente técnica, instauram-se práticas desumanas; ao contrário, o aprendizado ocorrerá na direção da humanização do cuidado (SILVA, 2014).

Um estudo realizado por Costa, Poles e Silva (2016) com alunos de medicina e enfermagem aponta um processo de racionalização caracterizado pelo distanciamento da situação do paciente, no intuito de impedir o surgimento da empatia e limitar expressões emocionais durante o atendimento. Esse mecanismo é utilizado pelos alunos na intenção de se protegerem do sofrimento percebido na situação paliativa. As estratégias mais utilizadas por eles são: não se imaginar no lugar do paciente, não imaginar um familiar nessa situação, tentar esquecer o que aconteceu no atendimento quando saem do hospital e tornarem-se frios emocionalmente. Entre os relatos, surgiu o fato de que com o passar do tempo, há um processo de banalização da morte, o que modifica impressões que esta lhes criava anteriormente.

Entretanto, um equilíbrio ideal para pacientes/familiares e profissionais precisa ser encontrado na relação, permitindo uma prática humanizada e rompendo-se ditames puramente técnicos. Esse limite, referido pelo médico na entrevista, pode ser considerado o equilíbrio que ele encontrou para si, na relação médico-paciente/familiar. Outros profissionais podem ter diferentes limites que considerarem mais adequados para seu fazer profissional e pessoal. Todavia, profissionais mais jovens, que utilizam redes sociais, não possuem esse limite tão específico. Vários participantes da pesquisa, principalmente entre os enfermeiros, citaram aceitar pacientes em suas redes sociais, nas quais a vida pessoal é exposta abertamente para todos, como segue nas entrevistas:

Têm pacientes que vão embora que a gente continua, a gente conversa, a gente se né..., facebook, é a gente sabe da vida deles, eles sabem da vida da gente. Teve um paciente até que terminou o tratamento, que foi quando eu voltei da minha licença, quando tu vê tu tá falando tua vida pra ela, “porque minha filha”, aí a paciente pergunta “aí como é que tão as gurias, como é que tá tua filha”, sabe (E7, CM).

Tem, porque o [nome do paciente] é, também, ele te adiciona no face, tem aquelas coisas de pessoas mais jovens né, então, mais, com certeza, esse é um, esse a hora que for a óbito vai balançar um pouco, porque é um paciente que a gente teve bastante vínculo, e é da idade e é, mesmo tu sabendo que ele vai a óbito (M7, CM).

O tipo de vínculo que se estabelece depende das características do paciente e sua condição clínica, sendo sempre uma relação dinâmica que deve ocorrer com base no respeito e participação mútua entre ambas as partes (MEZA-RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ-BRAVO; MANCILLA-RAMÍREZ, 2013). Essa relação requer uma atitude empática, não demonstrando imparcialidade e insensibilidade. Há uma necessidade de conservar uma

postura calma e equilibrada; servindo como ponto de apoio para o paciente e seus familiares, que estão em sofrimento (COSTA; POLES; SILVA, 2016). O contato via redes sociais precisa ser adequado ao profissional, sem que ele se sinta invadido em sua vida pessoal, trazendo-lhe sofrimento. As vivências hospitalares são demasiadamente intensas, e um tempo longe dessas situações pode contribuir em sua qualidade de vida e saúde mental; ao passo que estar sempre conectado aos pacientes pode lhe trazer algum tipo de sofrimento. A dosagem ou equilíbrio na relação precisa que ser definida pelo profissional, respeitando sempre um cuidado humanizado que não traga mais ônus para o paciente.

Frente ao vínculo prolongado, os participantes da pesquisa costumam realizar uma série de ações diferenciadas aos pacientes. Mesmo que no hospital pesquisado não haja cuidados paliativos, a pluralidade de olhares e ações permite um cuidado mais individualizado e de melhor qualidade, envolvendo outras esferas do cuidar. Os pacientes diagnosticados com câncer e com limitada expectativa de vida sofrem por não receberem atenção necessária e apropriada aos sintomas que acompanham a doença ou compreensão de suas angústias. É iminente a importância de ações no cuidado como o toque, o estar presente, o esclarecimento de dúvidas, entre outras. O vínculo com a área da oncologia acontece com a compreensão de que o cuidado vai além do biológico (LUZ, et al., 2016). Ademais, foi percebido que é justamente o vínculo com o paciente que vai permitir aos profissionais um maior conhecimento deste e ações de cuidado individualizadas durante o processo de morrer, como corroboram as falas:

A gente é parte da vida deles, eles ficam aqui muito tempo, então aqui vira a segunda casa, a gente faz festinha pra eles, a gente faz [...] alguém faz um bolo que o fulano gosta, a gente faz um bolo especialmente pro paciente e traz, sabe, então ah, 'tá' sessenta dias internado "o que que tu queria comer? Tu não quer comer?" "Não, não quero comer." "O que que tu queria comer?" "Ah, eu comeria um 'branquinho'". Muitas vezes as gurias fizeram pros pacientes e deram, então assim, tu acaba sendo a segunda casa mesmo deles, em muito tempo (E5, CM).

Quando 'tá' tudo bem acho que ajuda também, eu gosto, porque daí eu já pergunto o que eles 'tão' fazendo da vida deles, "e aí dona 'fulana', como é que 'tá'? Como é que passou em casa? Cuidou da horta?", porque eu sei que aquela tem um jardim, aquele outro cria gado pra fora, então a gente já conversa, eles já se sentem melhor, sabe, eles se sentem como se fosse em casa, sabe (E8, CM).

Essas ações de cuidado só são possíveis porque há uma comunicação efetiva entre os profissionais e seus pacientes. Além de perguntar sobre a doença, sobre se o paciente está sentindo dor ou outras questões técnicas, uma relação mais próxima permite conhecer, por exemplo, o dia do aniversário do paciente, suas preferências alimentares, seus afazeres antes da internação, sua família, entre outros. A escuta atenta do profissional permitirá que o

cuidado transcenda o biológico e, por mais simples que seja a ação realizada, como fazer um ‘branquinho’, como citado, já é algo que sai da rotina hospitalar e colabora na qualidade da internação.

Nessa comunicação mais próxima, os pacientes questionam os profissionais sobre sua condição. Por mais que o diagnóstico seja dado pelo médico, há uma retomada da situação clínica quando os pacientes estão sendo atendidos pelos enfermeiros. Perguntas sobre resultados de exames, sobre a percepção do profissional em relação a doença e até mesmo, sobre o tempo de vida, foram relatadas pelos profissionais da enfermagem como perguntas comuns do dia-a-dia que eles não sabem como responder. Muitos dizem para esperar o atendimento do médico, outros, na angústia de uma questão sobre a morte, acabam dando falsas esperanças ao paciente dizendo que ele vai melhorar.

O vínculo, principalmente quando há uma afetividade maior, impõe esse desafio aos profissionais que não sabem como lidar com a situação. Há um dilema entre eles sobre falar a verdade e achar que está causando sofrimento ao paciente; ou dizer que tudo está bem, que os exames estão ótimos, como relatado, e ter a consciência de que estão produzindo falsas esperanças. O desenvolvimento científico e tecnológico da medicina veio acompanhado da recusa do profissional em falar sobre a doença e morte, produzindo-se na sociedade a cultura de poupar e aliviar o paciente da sua própria condição. Dessa forma, dissimula-se ao doente a gravidade do seu estado, deixando-o ignorante sobre a proximidade de seu fim. A morte, então, vai acontecer escondida, silenciada com a cumplicidade da família e dos profissionais que lhe negam (PITTA, 2003).

Não se pode falar em humanização sem falar de comunicação. Precisa haver um equilíbrio no processo de saúde e doença e nas relações interpessoais que será alcançado quando se estabelece a comunicação. Esta pressupõe a troca de informações e saberes em que ocorra um diálogo livre de ruídos e uma escuta atenda às demandas do paciente (RENNÓ; CAMPOS, 2014). Ou seja, para não se ter ruídos na comunicação o profissional precisa estar preparado para perguntas que lhe trarão angústias, mas que deverão ser respondidas a partir de uma escuta atenta, conhecendo-se o preparo do paciente para receber a verdade e não lhe oferecendo falsas esperanças. As respostas em torno da morte e do morrer precisam ser sutis para não causar mais sofrimento ao paciente. Um vínculo próximo é fator colaborativo para essa comunicação límpida e sincera entre profissional e paciente/familiar; e poderá colaborar no enfrentamento dessas dificuldades e na busca de soluções.

Kübler-Ross (2008, p. 33) ressalta que a questão não deveria ser “devo contar?” e sim “como vou dividir isso com meu paciente?” Essa autora infere que o profissional deve falar sem rodeios com seu paciente e, ao mesmo tempo, deixar as portas abertas à esperança comunicando que nem tudo está perdido, que não vai abandonar o paciente e que vão vivenciar essa luta juntos não importando o resultado final. Esse conforto é importante para todos; não para prolongar a vida, mas para aliviar o sofrimento no final.

O cuidar de pessoas no final da vida gera envolvimento com os pacientes e seus familiares, sendo que o período prolongado de internação pode gerar um vínculo afetivo (FONTOURA; ROSA, 2013), o que permite a continuidade da relação mesmo após a alta do paciente. Além do tempo, a idade do paciente próxima a dos profissionais cuidadores é fator de impacto no cuidado e facilitador de um vínculo mais afetivo. Quando o paciente jovem morre, o vínculo pode continuar existindo a posteriori com seus familiares, que podem ter uma identificação com o profissional devido à idade próxima ao do filho(a) que morreu, como se percebe nas falas:

Às vezes a gente vê assim, tem pacientes aqui que morreram e os pais continuaram em contato com os outros enfermeiros, e aí no face tu vê que acaba querendo fazer uma terapia com os outros enfermeiros, e aí não sei, não gosto, prefiro não, só aqui no hospital mesmo (E5, CM).

Uma palavra resume tudo: é gratificação. Não tem, é, depois de tudo que aconteceu, do desfecho do paciente que acabou vindo a óbito e a família vim, abraçar e chorar e agradecer por tudo que foi feito assim, não tem nada que que supere que, sei lá, não tem nada que pague isso... de eu já ter recebido flores de missa de sétimo dia, flores de velório de familiar que veio visitar só pra fazer esse tipo de coisa... é, é muito bom, eu gosto bastante, é muito gratificante (M5, CM).

São duas situações diferenciadas sobre o vínculo continuado. Na primeira, o entrevistado coloca sua preocupação quanto a continuidade do vínculo. Pais que continuam em contato com os profissionais como um pedido de ajuda para a superação da morte de um filho. O contato via *facebook* acaba sendo permissivo também para uma ligação mais próxima com o profissional. O luto dos pais busca um acolhimento naquele que cuidou do seu filho nos últimos momentos de vida. Podendo se tornar uma situação difícil para os profissionais que não sabem como lidar com o sofrimento dos familiares.

Na segunda entrevista, há uma busca ao profissional após a morte do paciente no sentido de um reconhecimento pelo cuidado prestado, o que se torna gratificante para o profissional. Outros entrevistados também relataram a importância desse reconhecimento por parte de familiares que retornaram ao hospital para lhes levar um presente. Mesmo em sofrimento os familiares conseguem perceber a importância do profissional no processo de

morte. Esse comportamento denota uma satisfação entre os profissionais. Diferente do primeiro caso em que o sentimento é de angústia por não saber como proceder.

A proximidade do profissional dentro de uma relação mais afetuosa com o paciente acarreta em um maior sofrimento e dificuldade de aceitação quando ocorre a morte deste; pois há um rompimento dos vínculos afetivos (LACERDA et al., 2016; CARDOSO et al., 2013). No processo de luto, quanto maior o investimento afetivo na pessoa que morreu, maior será a energia necessária para o desligamento (KOVÁCS, 2014b). Este pode ser um dos motivos do uso maciço de mecanismos de defesa e do distanciamento quando “não se tem mais o que fazer” pelo paciente. Como se percebe nas falas:

A gente nunca esquece, tipo, um paciente que internou, [nome do paciente] um paciente jovem que internou aqui com nós, que ele, que ele era bem amigo assim da turma, ele era um guri muito alegre, muito, se relacionavam bem com a enfermagem, ele era muito comunicativo, até hoje a gente não tem, acho que um, pelo menos uma vez por semana a gente lembra (E1, CM).

O paciente às vezes já nem tá mais ali eu acho sabe, tá só o corpo presente ali e o familiar junto contigo ali e, àquela hora que realmente o paciente morre, que o médico vem e diz que morreu sabe, não tem como tu não chorar às vezes, uma vez eu disse assim, e, às vezes, tu pensa assim, quando aquele paciente que tu se apega mais assim, e aí tu pensa, e eu torço às vezes, “ai, quando ele morrer, eu não esteja lá, que eu não esteja lá”, sabe, que tu deseja isso sabe, pra ti não ver, que daí tu não vendo parece que tu não sente tanto sabe, tu sente igual, mas te dá aquela sensação de, aquela ilusão (E7, CM).

Negar a morte de outro, não entrando em contato com os próprios sentimentos, pode ocasionar sintomas físicos e psíquicos. A morte, seja de uma pessoa querida ou qualquer outra perda, precisa de um tempo para ser chorada, vivida, ou seja, para que o luto seja elaborado (SILVA, 2014). O modelo técnico e mecanicista que acontece na formação do profissional pode trazer como resultado o que pacientes e familiares consideram como frieza, pois a regra geral é que o profissional não se envolva; o que não permite espaço para um cuidado integral e conseqüente humanização, principalmente com pacientes em iminência de morte (VICENSI, 2016). Parece haver entre os profissionais um dilema que polariza o sentir e o não sentir; o ser profissional ou ser pessoa (VEGA; CIBANAL, 2016). Isto ficou claro tanto nas entrevistas quanto no curso realizado para os enfermeiros, no qual entre as perguntas feitas estavam: Posso chorar pelo paciente? Posso abraçar o familiar? É importante, do ponto de vista da saúde mental, a elaboração da perda feita por esses profissionais citados. Isso não implica no fato do profissional viver de luto e modificar sua rotina pessoal por conta disso, mas de permitir se deixar tocar pela perda e de significá-la nas esferas profissional e pessoal.

Profissionais passam por diversos desafios impostos pela proximidade permitida através da vinculação afetiva, como supracitado. Há de se considerar as dificuldades pessoais e profissionais de cada um e respeitar os seus limites nessa vinculação, assim como se deve respeitar a necessidade e as demandas do paciente e familiares. Não é tarefa fácil, ou que possa ser realizada de forma leviana. A relação envolve sentimentos de ambos os lados e precisa ser vista como algo importante no cuidado no fim da vida. Conhecer suas angústias frente a morte e ao processo de morrer poderá auxiliar os profissionais nas ações de cuidado, permitindo uma relação límpida e sincera; que envolve a técnica profissional e a humanização do cuidado.

5.3.2 Medidas de conforto e distanásia: dois lados da mesma moeda

Tempo, é o que mais a gente quer. É a palavra-chave da oncologia. E o que é a oncologia? É tempo; é mais um mês, mais dois meses. A gente dá remédio que aumenta trinta dias, então trinta dias a mais pra mim (M3, CM).

Prolongar o sofrimento de uma vida em fase terminal implica em decisões delicadas que exigem alto conhecimento do processo, observação das condutas e diálogo límpido na tomada de decisão por parte dos envolvidos. A formação médica está voltada a salvar o paciente a qualquer custo, sendo a morte um inimigo a ser vencido. O profissional é preparado para salvar vidas e não para enfrentar a morte, sendo relegado a um segundo plano a noção de uma sobrevida com dignidade. Se não há mais tratamento curativo, é preciso adotar os cuidados paliativos para diminuir o sofrimento nessa etapa da vida e garantir a dignidade do paciente (POLETTI; BETTINELLI; SANTIN, 2016). No entanto, os profissionais da saúde vivem a angústia de salvar a vida do paciente qualquer custo, e por isso realizam procedimentos que podem aumentar o sofrimento desse (KOVÁCS, 2011).

O trecho da fala do médico que inicia essa categoria é muito significativo. Ele coloca que a palavra da oncologia é o tempo. E, ao final da fala, refere-se que um medicamento que aumente a sobrevida em trinta dias para um paciente significa trinta dias a mais para ele. Não seria para o paciente? Para quem é realmente importante aumentar a sobrevida em trinta dias? Para o paciente ou para o médico? Pacientes ganham mais tempo de vida com as altas tecnologias que a medicina produz. No entanto, na medicina, os alunos aprendem a prolongar a vida, mas recebem pouca explicação sobre o que é a vida. Parece que, quanto mais se avança na ciência, mais se teme e se nega a morte (KÜBLER-ROSS, 2008). Na continuidade dessa entrevista, foi perguntado qual a palavra do oncologista, como resposta obteve-se:

Sabedoria, eu acho. Paciência, calma, tem mais palavras pra oncologia. Acho que são várias qualidades que a gente precisa; quem não tem, precisa aprimorar, aliás, quem já tem, precisa aprimorar e quem não tem precisa achar uma forma de buscar. A gente precisa de várias palavras, assim, eu acho que a gente precisa ser otimista, tem que ser forte, porque a gente acaba sendo a estrutura desse paciente né, porque a maioria deposita a vida na mão do oncologista né, e é uma especialidade que é, onde fica mais forte a figura do médico eu acho, porque é a tua vida né e a gente escuta isso: “ah, minha vida tá na tua mão. Faz o que vocês acharem melhor. Eu confio em ti”. Então a morte, a gente tem que ter paciência muitas vezes, porque é bem fácil de perder a paciência, e tem que ter amor pelo que a gente faz pra poder suportar todas as adversidades né (M3, CM).

Complementa-se que o médico precisa ter sabedoria para ganhar ou para perder a vida, se é que se pode realmente realizar essa analogia com a guerra. Seria, afinal, uma guerra do médico contra a morte do paciente? Há um vencedor nessa luta? Se não há possibilidade de estancar o processo de morte significa que o médico perdeu? A angústia frente a morte trava essa verdadeira batalha entre o médico e a doença de seu paciente, na qual, se o médico vencer, o perdedor pode não ser a morte, mas sim o próprio paciente, na sua sobrevivência sem dignidade. Nessa guerra imaginária, o paciente terminal torna-se o símbolo da derrota, o que gera desconforto no profissional que possui o intuito de lhe restabelecer a saúde (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Para tanto, é preciso sabedoria para saber parar na hora certa e calma para aceitar e/ou fazer essa escolha. A força que o médico relata, é a força de um suporte, de uma técnica e até mesmo de um acolhimento ao paciente, não precisa estar ligada ao tempo de vida a mais que lhe foi dado com um medicamento diferente. E o amor pelo que faz aparece como primordial para suportar as adversidades, quiçá a morte.

Quando os estudantes da área da saúde entram em contato com pacientes que estão vivenciando a situação de terminalidade experimentam sentimentos como ansiedade, angústia e medo; e, geralmente, referem que não sabem lidar com essa situação. Já o profissional se vê destituído de sua função de deter a morte, e possui dificuldade em desviar a atenção da cura para a perspectiva dos cuidados paliativos (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Em contra partida, é preciso admitir que o tratamento médico, em certas situações clínicas, pode ser inútil, fútil e/ou nocivo. Médicos, familiares e o próprio paciente, impelidos pelo desejo de prolongar ou até mesmo salvar a vida, podem estar prolongando o processo da morte e acrescentando sofrimento (HOSSNE; PESSINI, 2014).

Quem decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer é o médico. No entanto, alguns profissionais podem agir com onipotência e priorizar salvar o paciente a qualquer custo, no intuito de corresponder às expectativas idealizadas de preservador de vidas. Com esse comportamento, medidas fúteis acabam sendo ministradas

com o objetivo de adiar a morte (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Isto porque a medicina tem por objetivo dominar a morte (DRANE, 2014), como supracitado. Logo, prepara-se o profissional para a vida e não para a morte, o que deixa em segundo plano a percepção de que a sobrevivida precisa ser experienciada com dignidade. Não havendo mais condutas que possibilitem a cura, torna-se necessário adotar os cuidados paliativos na intenção de diminuir o sofrimento (POLETTI; BETTINELLI; SANTIN, 2016). No entanto:

Os jovens médicos estarão preparados para enfrentar as inúmeras situações em que a tecnologia não será a melhor solução e para cuidar das pessoas angustiadas que se sentem vulneráveis diante de decisões de vida e morte? Saberão discernir quando parar de investir? Ou as máquinas ganharão vida por si e os médicos, que nunca aprenderam a ouvir ou tocar acabarão se tornando meros acessórios de computadores? (KONNER, 2001, p. 41).

Durante a pesquisa foi percebido que a decisão de colocar um paciente em medidas de conforto nem sempre é consenso entre todos os médicos. A equipe médica sente falta de espaços para trocas e maiores discussões sobre essa decisão e, médicos mais jovens demonstraram aceitar menos quando o paciente é colocado em medidas de conforto, principalmente quando o paciente também é jovem, querendo realizar mais tratamentos na expectativa de conseguir salvá-lo, como se percebe nas falas:

Eu acho que na hora de definir [medidas de conforto], tá, acho que tem muita discordância dependendo o quanto a gente se envolve com o paciente. Daí os colegas, tira isso, coloca mais aquilo... O quanto a gente se envolve é maior a dificuldade pra gente decidir quando vai deixar de tratar (M1, CM).

É mais pra conforto assim do nosso conforto, do paciente, mas a gente sabe que não vai ter benefício, talvez seja até uma distanásia fazer esse tipo de coisa, mas é pra conforto, só pra conforto. A gente ter a tranquilidade do paciente saber que tão tentando fazer alguma coisa pra ajudar ele, apesar de saber que não tem mais o que ser feito, mas ele se sente tranquilo de estar fazendo aquela coisa. Se eu dissesse que tô fazendo uma quimioterapia e injetasse soro seria a mesma coisa, de repente, pra ele. Mas a gente faz esse tipo de coisa aqui, não sei se eu concordo muito, mas a gente faz. [Para o conforto do paciente? – pergunta da pesquisadora] E nosso também né?! De tá tentando oferecer alguma coisa que foi feito e vai que né, melhora alguma coisa [risos]. Vai que traz algum benefício, né. Na medicina nada é 100%, então a gente não sabe o que pode acontecer, né. Já vi, já vi melhora com o tratamento que já foi feito, nunca se sabe. É que é muito difícil lidar com um paciente que tem vontade, vontade própria, não é aquele paciente idoso, não é aquele paciente acamado. Tem pacientes que às vezes tá tratando com a gente que é da minha idade, da tua idade, que tá andando, falando, fazendo tudo por aí, então ele quer buscar alguma coisa, seja de métodos, é, quimioterápicos, seja florais, ou seja qualquer outra coisa que ele vai atrás, não adianta. Eu acho que não é de todo errado a gente dar esse tipo de tratamento e tentar. É, tratar a parte mais psicológica da situação assim, porque com conversa eles não aceitam, eu não sei se eu ia aceitar também e, pensa né?! Não dá. 'Poxa, já fiz tanta quimioterapia e agora largar de mão quem sabe?', É difícil, mas não é 'infrequente' a gente ver

esse tipo de situação, de paciente jovem que a gente não tem mais o que fazer (M5, CM).

O conforto ao se realizar um número excessivo de medidas terapêuticas parece ser mais em prol do médico, como se percebe na segunda fala, do que propriamente para o paciente. Médicos jovens podem se sentir sobrecarregados para tomar uma decisão desse tipo com a pouca experiência que possuem e, o fato de realizar um maior número de terapias pode servir para confirmar que de fato não há como salvar o paciente. Isso lhes daria certa segurança ao tomar essa decisão, que ainda é realizada de forma solitária e acompanhada pelo tabu social da morte. O tratamento fútil vai se mostrar ineficaz e a partir daí cabe questionar se essa obstinação terapêutica é maléfica ou nociva, ou ao menos não benéfica para o paciente (HOSSNE; PESSINI, 2014). Segue a colocação de um médico na hora da decisão de medidas de conforto:

Aí, é só a técnica. Ah, tem várias condições, assim, pra isso, sabe. Por exemplo, nós temos o paciente que tem, ele não tem mais condição clínica do ponto de vista orgânico pra gente dizer “ó, vamos manter algum tratamento” né, ou ele não fez tratamento nenhum e a gente disse “olha, não dá pra fazer medicação. Não faz, porque se a gente fizer nós vamos apressar o óbito dele”. E aí é difícil pra alguém ou pra alguma família, assim, aceitar isso, que não pode tentar e tal. A gente convive com formandos, residentes, eles são jovens, eles sempre querem fazer, fazer, esse é o típico do jovem. “Não faz, porque vai dar problema”, “não, mas...”, “vai dar, não faz”. Aí um mês depois o paciente volta numa condição péssima: “Eu disse”; “Meu Deus, como piorou!”. “Nós não ajudamos, já pensaram se a gente tivesse feito alguma quimioterapia? Já teria morrido”. Pois é, então essa questão de quando deve se continuar, quando não deve fazer, é um pouco difícil. O que que se leva em conta nisso? A questão técnica da condição do paciente. Dizer “olha, ele não pode fazer nada por que não tem performance, ele teve toxicidade muito importante quanto ao tratamento, não pode continuar”. E tem mais outra situação, por exemplo, tem pacientes que nós estamos tratando, recebe um regime, passa um tempo, progrediu a doença. Faz outro regime, passa um tempo, progrediu de novo. E assim vai, daqui a pouquinho olha e diz: “ó, não temos mais o que oferecer, vamos parar”; é diferente também daquele que não recebeu nada também, ali a gente é meio que forçado pela condição né, que não tenho armas mais para fazer algo e paramos por ali. Então ali a gente toma a decisão “olha, somos forçados a isso, né.” Ou, na primeira condição, tomamos a medida de superar impossibilidade física, orgânica do paciente no tratamento (M8, CM).

Prolongar o sofrimento de um paciente em estágio terminal implica em decisões delicadas que demandam conhecimento complexo do processo, observação criteriosa das condutas e diálogo honesto na tomada de decisão por todos os envolvidos (POLETTI; BETTINELLI; SANTIN, 2016). Por isso a importância de não ser uma decisão solitária que demande toda a responsabilidade a apenas um médico. Torna-se importante o envolvimento da equipe como um todo, bem como, o envolvimento do paciente e familiares; que, por menor conhecimento técnico que possuem, precisam ser escutados em suas percepções, preservando sua autonomia.

A decisão final deveria ficar em prol do médico responsável pelo paciente somente após esse compartilhamento de técnicas, ideias e angústias. A comunicação para a família e o paciente sobre as medidas de conforto é um momento de grande dificuldade para os profissionais, principalmente quando não estão preparados para aceitar a morte do paciente. Ademais, nem sempre a família e/ou o paciente aceitam uma decisão dessas e interpelam o médico a continuar com a obstinação terapêutica o que traz outro problema para o médico nessa situação, como se percebe nas falas:

Depende, tem famílias que já tem isso mais bem elaborado, a família e o paciente né. Tem isso mais bem elaborado que já sabe que a doença recaiu e se tornou incurável, isso foi bem... entendido assim né, que algum momento iria chegar algum fim. Daí agora aquelas pacientes, aquelas pacientes e familiares que não aceitam isso, que a doença é incurável às vezes é bem difícil e muitas vezes a gente não consegue colocar o paciente em cuidados terminais assim porque a família acaba se tornando muito relutante né, às vezes o paciente não tem nem condições mais de...de opinar a sua própria vontade, porque tá num quadro muito ruim, mas a família insiste que seja feito tudo, tem todos os lados né (M6, CM).

A gente sempre conversa explica qual é a progressão da doença, que já não tem mais qualidade de vida, então tem que ser bem, a gente esclarece sempre com a família primeiro, a gente não toca, normalmente, com o paciente a gente prefere não condiciona isso, a gente deixa sempre com a família. A gente não diz pro paciente, porque o paciente muitas vezes ele acaba deprimindo, ele acaba não querendo mais fazer o tratamento, e eu acho que nesse aspecto a gente procura preservar o paciente, e os familiares, que estão presentes sempre, a gente informa, explica a situação, porque que não vai ser feito, qual é o objetivo disso, então, o caso de não provocar sofrimento, de não prolongar o sofrimento, ...que eu acho que é o mais importante (M2, CM).

Na primeira situação descrita observa-se uma relutância da família para aceitar a condição de terminalidade de seu familiar. Já na segunda fala, a comunicação é realizada apenas com a família e não com o paciente; pois, o médico considera que o paciente não tem condições de receber esse tipo de notícia, o que poderia lhe deixar deprimido e prejudicar a terapêutica. Quando a pessoa se encontra gravemente enferma, geralmente, é tratada como alguém que não possui o direito de opinar. Quase sempre é outra pessoa que decide por ela (KÜBLER-ROSS, 2008). A dor, a doença e a morte estão interditas nesse pacto de costumes de poupar o paciente de sua provação (PITTA, 2003).

Familiares, a fim de evitar sofrimento ao paciente, podem entrar em conluio com o médico e solicitar sua cumplicidade em ocultar a verdade ao paciente, mantendo-o ignorante sobre a gravidade de sua doença e a proximidade de sua morte. O médico, antes de aceitar esta situação deve levar em conta que ao não dizer a verdade ao paciente pode levá-lo a descobrir por outros meios e perder a confiança no profissional. Se o médico pode contar-lhe

a má notícia, incluindo a equipe multidisciplinar, terá ganhado a confiança do seu paciente ao falar a verdade; além de ajudá-lo a evitar uma série de fantasias que podem ser muito mais prejudiciais do que sua condição real (MEZA-RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ-BRAVO; MANCILLA-RAMÍREZ, 2013). Já o paciente não pode ser infantilizado e despojado de sua responsabilidade, da capacidade de refletir, de observar e de decidir (PITTA, 2003).

Um estudo realizado por Dahmen et al. (2017) com médicos na Alemanha coloca em debate até que ponto os pacientes estão envolvidos na decisão sobre a limitação terapêutica. A avaliação sobre o benefício e dano de um tratamento é uma questão que pode variar de acordo com os valores e preferências pessoais dos pacientes. Por esse motivo o envolvimento do paciente nessa avaliação pode trazer informações importantes para uma decisão que leva em conta a postura pessoal dos pacientes, ou seja, levando em consideração a perspectiva subjetiva destes. Essas intercorrências na comunicação, como por exemplo, deixar de comunicar ao paciente, comunicar abruptamente ao paciente e/ou familiares e, não conferir o que foi absorvido/entendido sobre a comunicação, podem acarretar maiores dificuldades para os profissionais e sofrimento aos familiares na hora da morte. Em contra partida, a sinceridade permitiria que os pacientes manifestassem suas vontades, dúvidas, angústias e desejos; o que auxiliaria tanto os familiares quanto os profissionais da saúde (COGO et al., 2016).

Frente a uma situação de doença terminal e morte, os familiares podem se proteger utilizando como mecanismo de defesa a negação. Portanto, quando a morte acontece, não há um esclarecimento entre eles de que de fato isto já estava determinado. Essa negação pode ser oriunda de uma comunicação abrupta ou prematura, sem que fosse sido considerada a preparação do paciente e familiares para receber essa notícia; ou realizada por médicos sem vínculo. Esse mecanismo de defesa funcionará como um para-choques frente a notícias inesperadas e chocantes (KÜBLER-ROSS, 2008).

Pitta (2003) ressalta que é consenso entre os médicos e enfermeiros adiar o máximo possível o momento de avisar a família e, principalmente, de avisar o paciente de sua morte próxima. O temor dos profissionais é de que sentimentos e reações descontroladas os faz perderem o controle da situação. Assim, o prolongamento da vida através dos recursos terapêuticos esvai a necessidade de comunicar-lhes, permitindo que a família entre em luto antecipatório causado pelas condições do o doente. Entretanto, o que se percebeu na pesquisa foi exatamente o contrário. Famílias que não foram comunicadas adequadamente, não estavam preparadas para a morte de seu ente querido. Ademais, um tempo muito curto entre a notícia da decisão sobre medidas de conforto e a morte do paciente mostrou-se como fator da

utilização da negação pelos familiares. Dessa forma, a hora da morte se apresentou repleta de sofrimento por parte desses, como se percebe nas falas:

Aí, uma vez tinha, não me lembro quem que era, daí a filha dizia assim pra mim e pro residente: “não, mas vocês não vão fazer nada com ela? Olha aí, vocês tão deixando, ela tá morrendo, vocês têm que fazer alguma coisa, vocês têm que dar aqueles choques nela! Como assim eu não acredito que dentro de um hospital desse tamanho ninguém vai fazer nada! Vocês tão aí parado”. É difícil sabe pra eles aceitar, às vezes a família, nossa, fica agressiva no primeiro momento quando eles não entendem (E8, CM).

Então, às vezes eu acho que ficam tentando fazer coisas, e coisas, e coisas, e... às vezes no fim a gente não consegue enxergar um porquê nas coisas até a família fica pressionando, pra fazer. Então daí vai... a gente entra com esse papel de tentar conversar, delas tentarem entender essa questão da terminalidade, do que que é melhor pro paciente, do que que é melhor pra ele... do que que é melhor? Às vezes não é botar num respirador e levar pra UTI e deixar lá pra ficar dois, três dias a mais, às vezes é questão da família tá ali junto, questão do conforto (E6, CM).

Por ser a morte um tabu, é difícil aceitá-la sem que médicos realizem medidas terapêuticas até o final. Nas situações descritas, os familiares sofrem tanto pela não aceitação da morte de seu ente querido quanto pelo fato dos médicos não realizarem manobras para salvar o paciente. É um momento de grande dificuldade para os familiares, mas, igualmente, um momento tarde demais para intervenções médicas que, apesar de haver uma boa intenção, quando acontecem são muito duras (KÜBLER-ROSS, 2008) e desnecessárias. Os profissionais se sentem impelidos a fazer algo nesse momento, e também podem possuir dificuldades em aceitar a hora da morte do paciente sem que realizem nenhuma intervenção.

O estudo realizado por Aredes e Modesto (2016) com médicos de um pronto socorro aponta que eles ressaltam a vontade dos familiares de salvar a vida a qualquer custo, independente do sofrimento do paciente ou da sua possibilidade de sobrevivência; o que reflete no cuidado médico. Essa cobrança imposta aos médicos pela sociedade exige que os profissionais salvem o paciente da morte, levando-os a realizar todos os esforços para conseguir. No entanto, salvar o paciente não garante a realização profissional, pois há dificuldades a posteriori no cuidado de pacientes com sequelas graves e definitivas, o que os faz pensar que evitar a morte de maneira obstinada pode não ser a principal finalidade da atuação médica.

A morte e sua aceitação geram conflitos emocionais, pois lidar com a morte para os profissionais é lidar com uma situação avessa aos seus princípios de prestação do cuidado em benefício da vida (CARDOSO et al., 2013). Os sentimentos destacados pelos profissionais frente à morte são de impotência e frustração, o que corrobora com esse desejo de que ainda

se pode fazer algo. Essa aceitação pode vir com o tempo de experiência, através das vivências com pacientes terminais e, com isso, da percepção de que essas medidas finais são inúteis para o paciente; vivência descrita na fala a seguir:

A gente tinha um estágio de 120 horas pra fazer e no primeiro dia de estágio, entrando na questão da morte, eu me deparei com uma menina de nove anos morrendo e aquilo foi bem chocante, assim, pra mim né. Foi a primeira... a primeira criança que eu vi morrendo... e foi uma coisa assim, que não foi nada bom porque a gente cria uma imagem assim na questão da... Quando a gente não trabalha na área ou quando a gente tá começando, a gente cria aquela imagem daquela questão da urgência, todo mundo em cima, reanimando e massageando e tentando de tudo, tudo, tudo, tudo. Ai, de repente, eu entro em um quarto e tá uma menina de nove anos morrendo, a mãe de um lado da cama pegando na mãozinha dela e a outra enfermeira, a [nome da enfermeira], que foi um anjo na minha vida, do outro lado pegando na mãozinha dela e as duas ali rezando... assim, até que a guriazinha morreu. Aquilo ali me marcou muito assim, a minha trajetória, isso eu não esqueço nunca, porque foi uma coisa que foi totalmente contra aquilo que eu pensava, eu pensava assim: “tá, mas não vão fazer nada?”, “Vão deixar a criança morrer?” E aí... eu não conseguia entender naquele momento a questão da terminalidade, né? O que que é melhor pro paciente? Qual é... o que tu tem de melhor pra ti oferecer pra ele, é tu ficar ali em cima, colocar no respirador ou tu deixar o paciente seguir o caminho natural dele? Então isso pra mim, naquele momento foi bem complicado. Eu acho que eu precisava entender assim... porque aquilo estava acontecendo daquela forma? Assim... digamos assim primeiro como um profissional né, por que não reanimar? Por que não tentar colocar um respirador e levar pra uma UTI tentar de tudo né? (E6, CM).

Mesmo os profissionais da saúde possuindo todo um aparato de técnicas científicas e aprendizagens, é na experiência pessoal e no exercício profissional cotidiano que irá ser definido e processado esse conhecimento (AREDES; MODESTO, 2016). O enfermeiro, no seu relato, fala de outra enfermeira que foi considerada “um anjo” em seu aprendizado frente à morte de pacientes. Ele também ressaltou, no decorrer da entrevista, que essa pessoa o aconselhou a trabalhar com seus próprios conceitos frente a morte e ir a um centro espírita para auxiliar seu entendimento. Muito além de uma prática técnica, ele teve um tutor que despertou e trabalhou com seus sentimentos sobre a morte. O que ele considerou de suma importância para seu aprendizado profissional. Os profissionais podem apresentar conflitos e anseios frente a terminalidade, necessitando adaptar-se a uma realidade diferente que os aproxima da morte, buscando recursos através dos cuidados paliativos e priorizando a qualidade de vida do paciente (CARDOSO et al., 2013).

As dificuldades e os desconfortos sentidos pelos profissionais podem justificar a opção de prosseguir investindo com tratamentos nos pacientes terminais ao contrário de dialogar sobre as possibilidades terapêuticas no final de vida, o que favorece a obstinação terapêutica (COGO et al., 2016). Por possuírem esta visão, quando o paciente entra em medidas de

conforto os profissionais consideram que não há mais nada a fazer por ele. O sentimento de frustração pode trazer um luto antecipatório por parte do profissional que deixa de investir no paciente em todas as esferas, como se percebe na fala:

Pra mim esse é o pior dia. O dia que eles escrevem na pasta assim ó: “medidas de conforto”, ou a gente coloca no mapa “SIR”. SIR, sem indicação de reanimação. Nenhum procedimento a fazer. Nesse dia, pra mim, é como se ele tivesse morrido, sabe. Esse dia é o mais difícil, o dia, o dia que por exemplo tu recebe o paciente, investe, investe, investe e ele só decai, decai, decai. Às vezes ele vai pra ventilação, não tem o que fazer, enfim, aí eles escrevem na pasta ou eles falam pra nós: “ó, se acontecer alguma coisa lá com o fulano não precisa fazer nada”. Esse dia é o mais difícil. Não tem mais o que fazer lá; “acho que desse final de semana ele não passa”. É, pra mim ali é como se ele tivesse morrido. Parece que ali começa o processo de aceitação de que o paciente morreu, sabe. Esse dia eu acho que, pra mim, é o pior. O dia que eles escrevem na pasta, ou que eles falam: “não, não, ali não precisa fazer nada” (E8, CM).

A evolução dos quadros crônicos de saúde pode ocasionar interpretações pautadas na antecipação do processo de morrer, identificado pela não visualização do paciente no tempo presente (SANTOS; MOREIRA, 2014). O que acontece é um isolamento do paciente. Este pode deixar de receber as visitas rotineiras dos profissionais que estão vivenciando o luto antecipatório. E, ao contrário do que é preconizado pelos cuidados paliativos, o paciente não é atendido em todos os seus anseios. A execução apenas de uma assistência técnica, pautada na realização de procedimentos contrapõe os princípios da atenção paliativa, deixando de ser realizada uma atenção integral e humanizada com o paciente (CARDOSO et al., 2013).

O cuidar sempre é possível, mesmo quando o curar já não é mais possível; os doentes incuráveis não deixam de ser cuidáveis (PESSINI; BERTACHINI, 2014). Na situação descrita na fala anterior tem que ser considerado o sofrimento do profissional frente a possível morte do paciente. Após todo o investimento realizado, as medidas de conforto são percebidas como uma derrota para o profissional que entra em luto antecipatório. Este sentimento de perda lhe causa estupor frente a outras possibilidades de cuidado que poderia ser oferecido ao paciente. Há uma desordem frente a percepção da morte para todas as pessoas e os profissionais da saúde não são exceção. A morte supera todas as tentativas de vencê-la, sendo que o morrer de outra pessoa é tão provocativo ao equilíbrio psíquico e emocional quanto a percepção da própria morte (VICENSI, 2016).

Ao se priorizar no hospital salvar o paciente a qualquer custo, a morte pode fazer com que o trabalho realizado pelo profissional seja visto como frustrante, sem motivação e significado. Essa percepção pode ser maior quando os procedimentos a serem realizados nos pacientes em medidas de conforto não são compartilhados com toda equipe, o que aumenta o

estresse (KOVÁCS, 2014b). Portanto, deve-se considerar que o abandono do paciente em final de vida pode ser reflexo do sofrimento do profissional que não sabe lidar com sua frustração e impotência frente a essa perda.

No hospital onde foi realizada a pesquisa não há unidade de cuidados paliativos e, mesmo que se tente realizá-los, a excessiva demanda e falta de uma equipe multiprofissional não permite que, de fato, isso aconteça. Por mais que alguns dos profissionais se sintam impelidos em um atendimento diferenciado ao paciente terminal, foi percebido um desconhecimento sobre o conceito dos cuidados paliativos, levando apenas a atitudes voltadas ao senso comum, como se percebe na fala:

Muda todo o perfil da equipe, eu noto, todo mundo quer acalantar de alguma forma sabe, faz assim, todo mundo se preocupa se a pessoa vai ter dor, todo mundo, todos os enfermeiros, se preocupam se vai ter dor, se tá bem assistido, se tá num quarto bom, assim, digamos, a gente sempre pede quando dão, dizem que é cuidados paliativos, a gente sempre pede pra ficar, se essa pessoa pode ficar num quarto em isolamento, ou num quarto com dois, porque às vezes as enfermarias são com cinco né, e sempre a gente coloca em um quarto sozinho, libera mais um familiar pra ficar, libera alguém religioso pra vim, se a pessoa quer, sempre tem isso (E5, CM).

A abordagem curricular dos cuidados paliativos ainda é insuficiente, tanto em conteúdo quanto em incitar o estudante a buscar mais conhecimento nesse assunto. Se o aluno não realizar atividades extracurriculares que envolvam os cuidados paliativos poderá graduar-se sem estar adequadamente preparado para lidar com pacientes e familiares que vivenciam a situação de terminalidade (COSTA; POLES; SILVA, 2016). Os cuidados paliativos não abreviam a morte; esta ciência volta-se ao conforto do paciente e de sua família, utilizando-se da escuta, comunicação e atenção ao paciente e familiares; além de utilizar tecnologias medicamentosas para auxiliar no objetivo do conforto na hora da morte (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010).

Não é tarefa fácil contribuir no processo de morrer, principalmente quando o profissional desconhece sua importância ou não possui um preparo específico para o desenvolvimento dessa tarefa (CARDOSO et al., 2013). As atitudes apontadas pelo enfermeiro são atitudes importantes no processo de morrer e denota um olhar diferenciado ao paciente e seus familiares. No entanto, e infelizmente, não compõe todas as necessidades oriundas da situação. Por melhor que seja a intenção dos profissionais, eles precisam estar preparados tecnicamente, teoricamente e emocionalmente para esse momento, o que não é a realidade atual. Nota-se que a falha também ocorre institucionalmente, como se percebe na fala abaixo:

Eu acho que, acho que a gente engatinha nessa parte assim, a gente desejaria muito mais assim sabe, de toda a equipe, acho que nos hospitais em si, não sei, são muito despreparados pra isso, sabe. Porque a maioria dos hospitais quer internar o paciente e, né, não adianta, deu não tem mais o que fazer. Então, eu acho que, até da parte médica eu sinto às vezes que, quando, que eles têm um pouco de dificuldade assim sabe, quando o paciente tá na fase terminal assim, de pensar só no conforto do paciente, entende?! E o paciente não tem que sentir dor. O paciente não tem que ficar ali gaspeando com a aquela respiração horrível sabe, se não tem mais o que fazer realmente, tem que dar medicação pra dor, o paciente fica ali sereno e a família também sabe. Então, às vezes, a gente fica ali vendo o paciente com aquela respiração sabe, e fica meio sem saber o que fazer, todo mundo, porque é difícil as pessoas aceitarem isso, né (E7, CM).

O contexto hospitalar ainda é desfavorável para os direitos humanos de uma boa morte. Isso pode ocorrer por: carência de espaços específicos e adequados para os pacientes e seus familiares, normas rígidas, perspectiva de prestação de serviços sem o enfoque da tanatologia e sobrecarga de trabalho para os profissionais; o que resulta em condições contrárias à fase terminal. Esta requer conforto, supressão da dor, ambiente tranquilo, apoio espiritual e religioso, acompanhamento dos familiares e serviços de tanatologia para apoiar a vivência no processo para todos os envolvidos (VEGA; CIBANAL, 2016).

O cuidado no final de vida é um momento difícil e impactante; além de ser muito variável para cada paciente e familiar (COSTA; POLES; SILVA, 2016). Aceitar a morte, tanto por parte do paciente terminal e sua família quanto por parte da equipe de saúde favoreceria os cuidados paliativos (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010). Pois, na etapa final o objetivo não é a melhora do paciente e sim a instauração de tratamentos paliativos que melhorem a qualidade de vida (MEZA-RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ-BRAVO; MANCILLA-RAMÍREZ, 2013).

Para tanto, a mudança para essa perspectiva deve ocorrer na formação do profissional, nas instituições hospitalares e, talvez mais importante ainda, na representação social da morte. A tomada de decisão nesse momento precisa ser compartilhada pelo profissional responsável para a melhora da qualidade do cuidado e de seus resultados. Refletir sobre a inserção de diferentes profissionais, bem como dos familiares e pacientes nos assuntos relacionados à terminalidade pode garantir a dignidade e o cumprimento das vontades manifestadas pelos pacientes e tranquilizar os familiares. Aos profissionais da saúde pode colaborar para que as ações que envolvem a assistência no final de vida não se tornem desgastantes ao ponto de realizarem condutas obstinadas para evitar conversas consideradas difíceis (COGO et al., 2016). Minimizando de forma positiva esse duelo traçado entre a vida e a morte, no qual não existe vencedor. Às instituições cabe o investimento em seus profissionais, almejando um

maior conhecimento sobre o assunto e possibilitando qualidade no atendimento para ambas as instâncias – profissionais e usuários; tornando o processo de morrer menos penoso. Ademais:

Aqueles que tiverem a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo, com o silêncio que vai além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo. Observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes do céu imenso, que cintila ainda por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 282).

Vida e morte estão presentes nas instituições hospitalares e o que se encontra nos corredores do hospital são pessoas e não doenças. Umas cuidam e outras são cuidadas, e, por mais árduo e frio que o hospital possa parecer, essa tomada de consciência no cuidado humanizado pode resultar em benefício para todos.

5.4 Sobre os ombros de gigantes: a morte interdita

Me tocam de uma maneira muito diferente; os pacientes mais jovens não viveram sabe, eles tiveram tão pouco tempo e a gente fica querendo dar mais tempo, mas quem é a gente pra dar tempo né? (M3, CM)

Essa categoria versa sobre mortes trágicas ou precoces de pacientes na visão dos profissionais. O título da categoria foi escolhido justamente pelo horror dos profissionais de enfrentar uma morte escancarada, e principalmente quando estas se referem a mortes de crianças. Ao mesmo tempo, os profissionais que temem esse desfecho se agigantam frente a um atendimento de tamanha urgência no qual só um fim é possível: a morte. Entre eles, sempre haverá a possibilidade de salvar a vida e, portanto, mesmo diante do sofrimento, todas as ações possíveis para se tentar um final diferente são realizadas. O dever fica cumprido, mas fica igualmente a dor da morte trágica em suas mãos e a impotência de não poder salvar.

Há uma morte culturalmente aceita que se refere à morte de pessoas idosas em tratamento de doenças crônicas. A maioria dos profissionais relataram se sentir preparados quando este tipo de morte acontece. No pronto socorro ocorrem muitas mortes agudas decorrentes de acidentes e, no pronto socorro específico da pesquisa, envenenamentos acidentais ou não causados pelo trabalho com agrotóxicos em lavouras. Quando essas mortes são de pessoas jovens, há certo desconforto no trabalho. Ainda assim, os profissionais continuam com suas tarefas e, se necessário, a elaboração da perda acontece individualmente durante ou após a saída do trabalho.

Depende do paciente, aí é que está a gente julga, a gente julga... depende assim paciente jovem, a gente costuma a sentir mais, a gente costuma fica mal, a equipe toda... Morre uma criança, morreu todo mundo junto sabe? É, diferente, morre uma idosa, ah morreu a idosa, aí não tem muito sentimento, eu penso isso aí (E15, PS).

Jovem afeta mais pela lógica, acho... pela lógica e pela natureza da coisa, o jovem não devia morrer [risos]. Partindo desse princípio, a gente não espera que o jovem morra, não espera que o jovem atraia uma doença uma enfermidade que leve a morte tão cedo, né? Então choca muito a gente e com crianças pior ainda, eu já vi pessoas aqui no setor e a gente ficar abalado, eu não sou fácil de chorar, mas vi enfermeiras experientes, médicos experientes chorando especialmente quando falece uma criança (M11, PS).

A morte pode ser compreendida como transição, passagem, ruptura ou despedida e é o fim inevitável da vida. No entanto as circunstâncias que levam ao término da vida não são iguais para todos; podem ocorrer em decorrência da idade, gênero, hábitos, entre outros. A morte de um jovem é um evento traumático, pois é prematura e abala a crença de que os mais velhos devem morrer antes dos mais jovens. Além disso, os enlutados precisam rever suas concepções acerca de si mesmos e sobre o significado da vida (TEIXEIRA, 2016). Mortes trágicas são mortes mais difíceis de serem elaboradas. Seja pelos parentes e amigos da vítima, seja pelos profissionais. Mesmo a morte sendo rotina no hospital, os profissionais se deparam com situações difíceis, como se percebe na fala a seguir:

Tem dias que eu fico lá fora, os enfermeiros revezam, então tem situações que a gente recebe pacientes que realmente pegam a gente de surpresa, né? A gente não espera, esses tempos aí atrás saiu eu e mais uma penca de gente chorando, né? No meu setor (E16, PS).

A situação da qual o entrevistado se refere é sobre a morte trágica de uma criança que aconteceu durante o processo de coleta de dados. Quando se trata desse tipo de morte a comoção ganha muita força, e o que era interdito até então, passa a se tornar escancarado pelo sofrimento de todos. A criança foi levada ao pronto socorro, em parada cardíaca, segurada pelos braços do pai. Grande parte da equipe mobilizou-se para realizar o atendimento, no intuito de salvar sua vida a qualquer custo. O enfermeiro continua:

É bem complicado uma situação de um paciente em que o senhor atropelou o neto, a netinha dele, então foi muito difícil para nós, eu estava lá na frente atendi o paciente, eu atendi o avô dela que chegou lá na realidade e a criança que eu atendi ali, então as minhas colegas todas assim, no desespero não sabiam o que fazer e avô inconsolável a família inconsolável, então foi uma situação difícil tu não sabe o que fazer lá na hora, por que não tem o que tu diga, não tem o que vem em mente para tentar consolar uma pessoa desse jeito, não tem, então a gente tem que tentar fazer o que puder para ajudar, agora realmente é difícil, né? Pensa na situação...pensa uma situação dessa... [...] embora essa menina que faleceu, já deu uma repercussão totalmente diferente porque já envolve uma menininha, puxa... tão

novinha está no início da vida, e ainda mais como que fica também aquele avô, que tirou a vida dela, né? Então é bem difícil, é uma situação bem complicada, então a gente fica bem abatido mesmo, numa situação dessa até porque não é uma coisa comum de acontecer, não é uma coisa muito comum assim, alguém fazendo uma fatalidade desse tipo, né? (E16, PS).

Esse acontecimento foi tão significativo que é citado em quase todas entrevistas realizadas com os enfermeiros do pronto socorro. Todas as pessoas possuem uma imagem pessoal de como é o mundo e de como a vida vai acontecendo. Há a crença de que se nasce, cresce, desenvolve-se e envelhece. De que os mais velhos morrem antes dos mais jovens, pois isso é o natural. Acredita-se que no mundo há perigos e que é necessário proteger-se de alguns, mas que outros estão muito distantes e não conseguirão atingir, formando-se zonas na vida de plena segurança; e permitindo a crença de invulnerabilidade (GREGIO et al., 2015). A morte trágica de uma criança ocasiona uma ruptura nessas crenças e expõe a vulnerabilidade de todos. Nesse caso os profissionais da saúde lidaram com intenso sentimento de tristeza, demonstrado pelo choro e pela estagnação no trabalho após o ocorrido. Além disso, por se tratar de uma morte não aceita, a tendência foi dos profissionais realizarem manobras de salvamento para além das possibilidades reais. Entre os enfermeiros de outras unidades havia o sentimento de que eles poderiam fazer algo para salvá-la, diferente do que já estava sendo feito por outros colegas. Então todos se dispuseram a atender essa intercorrência, como se percebe na fala:

Era gente assim porque, gente do hospital inteiro desceu para se ajudar, sabe? E que nem essa criança, todo mundo se mobilizou, todo mundo (E15, PS).

Algumas enfermeiras com filhos preferiram não atender, pois se deparariam com uma tragédia envolvendo uma criança e conseqüentemente pensariam nos seus próprios filhos; o que poderia dificultar na hora do atendimento. Quando a assistência se concentra no processo de morte e morrer de uma criança emergem sentimentos perturbadores e de difícil aceitação por parte dos responsáveis pelo seu cuidado. Lidar com o tabu social frente a morte não é tarefa fácil e torna-se ainda mais difícil de compreender quando o interdito está relacionado à morte de crianças (MENIN; PETTENON, 2015). O fato de se ter um filho de idade parecida é outro fator debilitante para o atendimento. A identificação, nesses casos, pode paralisar o profissional, como se percebe na fala a seguir e, conseqüentemente o sofrimento nessa situação é maior.

Bom eu entrei nesse dia, porque eu não sou da pediatria, eu sempre peço: “nem me coloque na pediatria, porque eu não tenho perfil”. Mas esse dia eu fui ali com intuito de ajudar, mas quando eu vi eu não consegui, eu tive que sair, como tinha vários colegas que tinham ido ajudar eu não, bom eu vou me isentar, já que tem bastante gente para ajudar eu não vou ajudar, porque era do tamanho da minha filha, né? Minha filha tem 3 anos, era um bebezinho de 2 anos e meio, né? Quando eu vi aquilo, principalmente um trauma, né? Uma coisa inesperada assim, tem isso também... (E13, PS).

Entre os profissionais que não estavam trabalhando, ficou um sentimento ambíguo de que eles poderiam fazer algo diferente e quem sabe salvar a criança. Nota-se que não há uma linha que separe a vida pessoal da profissional. A identidade pessoal e profissional se entrelaça a todo o momento. Não se deixa de ser médico ou enfermeiro por se estar fora do horário de trabalho, por esse motivo o senso de responsabilidade frente a um paciente continua. Muitos dos entrevistados relataram que possuem grupo no *WhatsApp* para troca de informações sobre pacientes quando não estão no horário de trabalho e durante os finais e semana. O médico responsável pela unidade de clínica médica, por exemplo, pede para ser sempre informado quando algum de seus pacientes morre durante a noite, horário que não realiza plantão. A maioria dos profissionais não se desliga totalmente do trabalho quando estão em casa, e vice-versa. O que pode ser prejudicial para sua saúde mental, visto que o trabalho pode acabar invadindo momentos importantes de descanso ou comemorações. A fala a seguir retrata essa conexão:

Eu estava em casa, e eu em casa eu chorava, e eu pensei ainda bem que eu não estou, mas depois eu pensei que pena que eu não estou, por que se eu estivesse eu teria ajudado, entendeu? Poderia... claro, não poderia ser diferente, chegou parada não ia ter sido diferente, mas a gente pensa nisso aí, quando eu estou em casa me dá um remorso de não estar trabalhando. Ainda bem que eu não estou, porque a gente tem um filho pequeno, mas se eu tivesse quem sabe eu teria feito diferente (E15, PS).

O sentimento de atender a criança foi de todos os profissionais, estando em casa ou no trabalho, seja sabendo através do *WhatsApp* ou da mídia. Em situações críticas e de grande repercussão dentro do hospital, os profissionais trocam informações dos acontecimentos, estas também podem vir através da mídia, que informa tragédias escancaradamente, não deixando tempo de reflexão sobre estas, como já colocado anteriormente ao se tratar de mortes escancaradas, termo introduzido pela autora Kovács (2003). No entanto, na mídia os acontecimentos são relatados como se não possuíssem causas passadas ou consequências futuras. Tudo é apresentado de forma fragmentada, através de fatos pontuais atuais, presentes, sem continuidade de tempo. Os fatos só existem enquanto são objetos de transmissão e dão a

impressão de deixar de existir quando não forem mais transmitidos (CHAUÍ, 1990). Assim pode acontecer também dentro do hospital. Mesmo sendo uma tragédia de grande repercussão para a equipe, não foram feitas intervenções a posteriori para refletir sobre o acontecimento.

A equipe, após a morte da criança, ficou visivelmente abalada, dificultando a assistência aos outros pacientes. A morte é vista como algo difícil de encarar e quando acontece com crianças e jovens é um fator limitante no campo prático (LIMA; NIETSCHKE, 2016). A morte na infância é revestida de especial sensibilização. Lidar com uma morte assim é fonte de angústia para a equipe, que vive a dor da perda de maneira acentuada (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Esses sentimentos são percebidos nas falas:

Comum é o desespero, e a morte com criança é muito difícil ela afeta toda a equipe. Tu tem que parar, tu para o trabalho, conversa com todo mundo, orienta... pede, orienta, sei lá... para as pessoas fazerem uma oração com aquilo que elas acreditam, porque o serviço, ele não consegue ir adiante, tem que ter um bom manejo com a equipe, semana passada teve um óbito de criança aqui, foi bem dramático (E10, PS).

A gente não pode deixar muito as emoções tomar conta porque a gente tem trabalho a fazer, né? A gente tem que se concentrar no que está fazendo, como aquele dia que derrubou todo mundo, né? Foi uma coisa que derrubou todo mundo aquele dia ali, e aí a gente acaba se desconcentrando no que tem que fazer, né? E tem que saber que tem outros pacientes graves que estão vindo aí, né? Estão batendo na porta, estão entrando todo o dia, né? Então a gente tem que seguir, né? Tem que seguir, então realmente é complicado, de lidar nessa hora. Tem que manter um pulso firme assim, também para a gente não se abater. Por exemplo, eu fui desabar quando eu saí daqui, quando eu botei os pés para fora do hospital (E16, PS).

Essa comoção acontece quando se trata também de pacientes jovem com mortes súbitas. O sofrimento torna-se mais impactante pela representação de que a criança e o adolescente são um vir a ser, possuindo todo um futuro que será abreviado (SANTOS; MOREIRA, 2014). Muitos profissionais colocaram que gostam de trabalhar no pronto socorro pois atendem diferentes intercorrências que não são esperadas, ou seja, justamente gostam desse tipo de trabalho porque não sabem o que está por vir. Em contra partida, quando se trata de mortes trágicas o sentimento é outro, como se pode perceber nos seguintes relatos:

Tem casos de pacientes jovens que chegam muito mal. E não são tão doentes, mas esses casos são bem angustiantes porque não se aceita, não é algo esperado pela natureza (M16, PS).

Que ainda tem isso, quando é um paciente crônico, que já vem com aquela debilidade, às vezes parece que a gente que vai desapegando, agora quando é súbita, que muitas vezes acontece aqui na emergência já é mais complicado (E13, PS).

Os principais sentimentos destacados pelos profissionais nesses casos são: frustração, tristeza, impotência e angústia. Por mais que eles possam lidar com a morte de pacientes no dia-a-dia, a morte trágica de pacientes jovens deixa a equipe comovida. E quando são pacientes pediátricos pode-se considerar que há uma desestruturação entre a equipe, dificultando o trabalho que precisa ser realizado posteriormente. O que dificulta o processo de resolução da perda entre os profissionais é a individualização do sofrimento, que ocasiona uma busca de saídas solitárias, reduzidas a desabafos e conversas esporádicas, baseadas na amizade (SANTOS; MOREIRA, 2014). Não foram percebidas, no campo da pesquisa, estratégias coletivas de enfrentamento do sofrimento, por mais que toda a equipe esteja em sofrimento.

As mortes decorrentes da clínica médica são, em geral, mortes esperadas, relacionadas a pacientes em cuidados em final de vida. No entanto, há igualmente um sofrimento quando se trata de pacientes jovens. Além de serem consideradas mortes difíceis pela idade do paciente, o vínculo estabelecido pode aumentar o sofrimento na hora da perda.

Assim ó, tem um aqui que tá sempre pra lá e pra cá, que é o [nome do paciente] que já faz bastante tempo que tá com nós, que é um guri novo que assim ó... eu não gostaria de tá aqui o dia que ele morresse. Eu espero que se ele morrer longe melhor, que a gente fique sabendo. Eu não gostaria de acompanhar (E9, CM).

E tem um outro paciente que era o [nome do paciente] que ela sempre chora quando eu falo do [paciente], porque ele era muito amigo da gente. Nossa, ele era... esse morreu. Ele era super jovem também, também ficou, que nem o [nome de outro paciente ainda em tratamento] assim [...] Todas lembram do [nome do paciente], e ele morreu, olha, ah, foi muito triste, recidivou a doença, ele internou e morreu, né aquele era, um dos pacientes que tu fica bem triste, assim sabe (E7, CM).

No primeiro relato, o enfermeiro fala da possível morte de um paciente jovem ao qual possui um vínculo mais próximo. Sobre este paciente a maioria dos enfermeiros e médicos relataram que não gostariam de estar em serviço no dia em que ele morrer. Há um sofrimento antecipado ocasionado pela possível morte deste jovem, compartilhado pelos profissionais. É um paciente com anos de tratamento e várias recidivas, o que tornou possível um vínculo mais próximo que, somado à sua idade torna-se um fator de maior sofrimento entre os profissionais. O sofrimento frente a pacientes jovens com câncer e pouca expectativa de cura ficou muito claro quando houve uma internação na unidade de um paciente de dezesseis anos, por não haver leito disponível na unidade de oncologia pediátrica. A equipe não aceitou a internação desse paciente, referindo não trabalharem com pacientes pediátricos, e portanto foi

pedida a transferência dele para outra unidade. Mesmo não sendo coerente a idade do paciente com o setor de internação ficou evidente o desconforto da equipe para atendê-lo.

Quando acontecem intercorrências próprias da organização do trabalho, tanto em relação aos profissionais, quanto na falta de material, as mortes não são aceitas pelo fato de que o profissional pensa que poderia ter feito diferente. Algumas condutas do profissional, como o choro demonstram a intensidade do sofrimento causado no processo de cuidado e vivenciado como efeito da autorresponsabilização, sem apoio coletivo (SANTOS; MOREIRA, 2014). Há uma cobrança própria de que os atendimentos sejam perfeitos e não ocorram problemas no processo, o que muitas vezes é suscetível de acontecer, como mostram os relatos a seguir:

Por exemplo, teve uma morte aqui duma paciente que eu tive o mesmo vínculo que todos, eu tive os sessenta dias com ela. Porém, quem estava de plantão no dia que ela morreu, ficou muito mal, porque foi uma morte brutal no sentido do atendimento, assim, foi difícil o atendimento, difícil a intubação, difícil colocar o dreno, foi tudo difícil, então eu vi que o pessoal, a equipe em si se chocou diante daquela morte (E5, CM).

Agora, se acontece de um paciente ficar ruim, que não era pra ficar, e, às vezes, dá tudo errado, o plantão maneja errado. A gente tinha uma paciente, a gente tem vários casos que aconteceu isso, ela tinha trinta e dois anos, e ela descobriu uma leucemia, e veio pra tratar com nós, fez o primeiro esquema de quimio, fazia uns quinze dias que ela tava internada, e ela começou a entrar em uma insuficiência respiratória de noite, daí a gente começa com o manejo e vai aumentando o manejo e ela não vai respondendo, coloca o oxigênio, coloca a máscara, coloca a última máscara não-invasiva que não, que oferta mais oxigênio e ela continua desconfortável, continua em insuficiência respiratória, daí nota-se que a gente sabe que aquele paciente é de investimento total e aí, quando vê, o plantão tem que entubar, o plantão não consegue entubar, e aí começa aquela lengalenga, e aí daqui a pouco o paciente já no meio da intubação para, e aí, às vezes, o plantão manda vim o médico da UTI, o preceptor, porque existe um grande problema do plantão, clínico, que são residentes que eles não tem preceptor, eles sofrem muito com isso, porque é a responsabilidade toda deles, às vezes, quando é um caso assim. Daí o médico da UTI desce, daí dá tudo errado, sabe, não consegue entubar, quando entuba faz aquela reação ali que é como se fizesse um enfisema subcutâneo, a paciente ficou desse tamanho [gestos com as mãos], tentaram tirar líquido dela, do peito, não conseguiram, ela teve uma parada e reanimaram, reanimaram, e ela não voltou. E ela tinha trinta e dois anos. E como é que tu vai entregar aquela paciente assim pra família? Que a duas horas atrás tava normal, tava bem, começou num quadro agudo. A gente entregou ela pra família como se ela tivesse tido, parece que ela tinha sido atropelada na cama dela, mutilada, ela ficou mutilada, ela ficou com a cara desse tamanho [gestos com as mãos], fez um enfisema subcutâneo horrível, parecia que ela tinha o peito desse tamanho [gestos com as mãos], toda furada, ela tava mutilada, terrível, aí sim é horrível (E8, CM).

Na segunda entrevista o enfermeiro chorou ao se lembrar do acontecido. A pouca idade da paciente e as intercorrências que prejudicaram o atendimento foram motivos de grande sofrimento aos profissionais. O olhar para o sofrimento do outro, pacientes ou familiares, pode ser mais angustiante para os profissionais do que a morte em si. Há uma

premissa entre os profissionais de que, quando a muito tempo em tratamento quimioterápico, a morte do paciente é um descanso; foi cessado seu sofrimento. O que fica a partir daí, é o sofrimento dos familiares, que pode ser intenso pela perda, ou mais ameno pelo entendimento do quanto vinha sendo dispendioso o tratamento. A morte, nessas situações pode ser vista como a única possibilidade de proporcionar alívio ao sofrimento do paciente. Entretanto, para algumas pessoas e principalmente para os familiares, mesmo com a consciência da gravidade do estado de saúde do paciente e de que suas chances de melhora ou cura foram esgotadas, a morte não é aceita, causando-lhes grande dor (MOTA et al., 2011). Quando os familiares demonstram intenso sofrimento a equipe se comove mais e tem esse sentimento para si também, como revelam as falas a seguir:

Às vezes a gente vê as coisas, muitas vezes, muitas vezes, só que a gente sente né. A gente, já aconteceu de chorar com o familiar, do paciente morrer e o familiar vim abraçar a gente, naquele pior momento ali, às vezes tu fica do lado do paciente ali, e o paciente, morreu, sabe. Tu fica do lado ali, junto com o familiar (E7, CM).

Aquele dia eu chorei também, chorei sentada preenchendo os papel, porque eu acho eu me emocionei não tanto pela paciente, mas pela situação que eu vi ali, sabe?! Os filhos se atiravam no chão, ai foi horrível, sabe (E8, CM).

É muito difícil aos profissionais lidarem com a família que está em grande sofrimento. Apesar da morte fazer parte do cotidiano dos profissionais da saúde, há grandes dificuldades entre eles para prestar cuidados ao paciente e interagir com os familiares frente à possibilidade desta. A morte gera reações e sentimentos que podem causar sofrimento nos profissionais (MOTA et al., 2011). A família pode demonstrar sentimentos como raiva e desespero (KÜBLER-ROSS, 2008) e os profissionais não se sentem preparados para lidar com este sofrimento. Além disso, eles sentem dificuldades em comunicar para a família a possibilidade de morte ou a morte, principalmente quando o paciente é jovem, pois os profissionais da saúde são treinados para manter a vida e não para lidar com a morte e as repercussões que esta gera na família, sendo que este tema é visto como tarefa de ninguém (KOVÁCS, 2011). As falas a seguir expressam essas dificuldades:

Então é uma coisa que é ruim, não é bom fazer o óbito de um paciente jovem, não é. É ruim tu sedar um paciente de 28 anos e explicar porque que você tá fazendo isso, que tu não enxerga mais possibilidade terapêutica pra ele (M2, CM).

Agora quando, principalmente quando é jovem, é bem difícil, bem difícil, daí eles gritam, eles, nossa (E8, CM).

O fato do paciente ser jovem implica em tentativas demasiadas para tentar salvá-lo. Os profissionais da saúde vivem o sentimento de ter que salvar a vida do paciente a todo custo, e por isso realizam procedimentos que acabam aumentando o sofrimento e a dor. Isto pode acontecer devido a angústia de assistir à pessoa durante seu processo de morte e sentir que não se está fazendo nada. Para alguns profissionais, é necessário realizar ações efetivas como tentativa de aliviar a sensação de impotência frente à morte (KOVÁCS, 2011), como ilustra a fala:

Uma vez tinha uma menina também bem jovem, tinha uma vida complicada, acho que era trinta e dois, trinta e quatro anos, daí foi horrível também, porque daí as leucemias eles ficam com distúrbios de coagulação de sangue, o pessoal massageava e ela golfava sangue, já numa tentativa assim heroica, muito além do que, das possibilidades. Daí quando ela morreu, assim, diz que ela ficou horrível também, daí diz que o marido gritava nos corredores lá do quarto (E8, CM).

Apesar de todo o sofrimento dos profissionais frente a essas mortes interditas, há, na maioria das vezes, o olhar para o sofrimento do outro, para a história que este vivencia. O câncer durante a maternagem na primeira infância torna a história de vida do paciente difícil para os profissionais, pois envolve a vida de um filho que ainda é dependente e que poderá ficar sem a mãe. A revelação do diagnóstico de câncer traz dor e sofrimento às famílias, principalmente quando se trata de algum parente próximo. Além disso, quando a doença atinge uma pessoa jovem, rompem-se as expectativas em relação ao seu futuro, transformando os projetos de vida em frustração. A morte de uma pessoa idosa em decorrência do câncer é, geralmente, melhor tolerada do que o aparecimento da doença em um parente mais jovem (KARKOW et al., 2015). Os casos das pacientes internadas, na clínica médica, com filhos pequenos foram citados nas entrevistas com grande comoção, principalmente pelas mulheres que se identificam com a maternidade. Há um sentimento de compaixão pela criança que poderá ficar sem a mãe e possivelmente não se lembrará dela. Nessas situações os profissionais tentam manter sempre a esperança das pacientes, eles encorajam a continuar o tratamento, a não desistir, mesmo sabendo que não há possibilidade de melhora. Como ratificam as falas:

A não desistir, claro. Principalmente, uma delas tem um bebê de oito meses, diagnosticou o câncer de mama amamentando, então pra ela tudo isso é muito difícil, de ela pensar que não vai viver, se ela vai ver o filho crescer ou não né (M3, CM).

Pensando assim na parte técnica a gente quer ajudar, a gente tem que ajudar. Ajudar a fazer a passagem. Sabe que o câncer é um negócio tão bruto que tu fez tudo certo na tua vida, tá foi escolhido pra aquilo assim né, e a gente tem uma dificuldade de aceitar isso. Tem uma guria aqui que tem 28 também, sobreviveu as

quimios, teve um bebê e agora tá com um câncer de mama terminal. E essa pessoa foi escolhida e a gente fica revoltado. Assim como eles ficam né (M1, CM).

Os profissionais transformam a morte em interdita também para os pacientes. Em um andar de pacientes oncológicos, parece que ninguém pode morrer. E mais, parece que ninguém pode sofrer. O sofrimento dos familiares é tido, muitas vezes, como difícil de lidar. O ideal é que eles recebam a notícia e se comportem de forma velada. Com o sofrimento encoberto, os profissionais podem se manter na rotina sem se deixarem abalar. Evita-se falar sobre isso e tenta-se esconder a morte do outro, como se percebe na fala:

[...] que a gente tenta esconder quando dá óbito, dos outros pacientes, entendeu?! A gente quando passa com o corpo a gente fecha todas as portas, a gente não comenta, porque daí eles já começam “mas qual doença que ele tinha? Mas não é parecida com a minha?”, sabe. Então, a gente evita... (E8, CM).

A contradição desse ato é o fato de que os pacientes, por estarem há muito tempo internados, já sabem que quando as portas se fecham, um corpo está passando. E os comentários entre eles, que causam angústia entre os profissionais, vão existir da mesma forma. Acontece que a morte é vista como uma inimiga a ser vencida. Por isso, quando o paciente morre, tudo precisa ser feito o mais rápido possível para retirar o corpo logo do quarto e não tumultuar o cotidiano hospitalar. A ritualização da morte fica comprometida, pois a família não tem tempo de se despedir e de participar do processo de morte de seu ente querido (ESSLINGER, 2004). Ademais, esse ocultamento da morte, essa estratégia de silenciamento em torno do final da vida, visa proteger o ambiente hospitalar de uma crise representada por manifestações emocionais decorrentes da ameaça da morte (MENEZES, 2009).

Não é sempre que os profissionais terão estratégias, mecanismos de enfrentamento e ajuda para apoiar os outros ao seu redor, pois eles mesmos podem não estar conseguindo gerenciar o sentido do morrer (MORO et al., 2010). É importante que a morte e a maneira de vivenciá-la no cuidado seja reconhecida como parte do processo de trabalho em saúde (SANTOS; MOREIRA, 2014). Porém ainda há um silenciamento da morte no hospital, o que ficou claro desde o momento do convite para participar da pesquisa. A reação, na maioria das vezes, era de surpresa por se tratar de um assunto tão “desagradável”, como ilustram os relatos:

Vai ser difícil para mim falar sobre isso. Trabalho há vinte anos aqui e não sei lidar com isso (E2, CM).

Você não tem um tema mais feliz para pesquisar? (M7, CM).

Entende-se as dificuldades dos profissionais em falar sobre a morte. A formação na área da saúde vai ao encontro da cura, ou melhora do paciente. Os futuros médicos são formados para curar. Durante a formação, ocorre uma dessensibilização dos elementos que podem evocar a morte. A atenção fica voltada aos órgãos, tecido, sangue; em uma reação contrafóbica reiterando o sentimento de domínio. A objetividade científica é enfatizada junto com o controle da doença. O medo da morte vira uma questão intelectual (KOVÁCS, 2010).

Nos cursos de enfermagem são igualmente enfatizados os aspectos técnicos e práticos da função. Um estudo realizado com docentes de enfermagem por Lima e Nietsche (2016) traz que o ensino sobre a morte durante a infância e juventude não acontece de maneira efetiva. Nesse estágio da vida a morte causa estranheza tanto aos docentes quanto aos acadêmicos e demais profissionais, pois é momento que deveria significar vida. Logo, os docentes de enfermagem apresentam uma espécie de fuga sobre o tema da morte com os discentes, já que este desperta sentimentos de impotência, tristeza, incerteza e angústia pela abordagem de algo que é inerente a todos: a finitude da vida (LIMA; NIETSCHKE, 2016). E dessa forma, a morte fica escamoteada frente às outras questões que envolvem a saúde do paciente. Não se reflete sobre isso e, portanto, o sofrimento não deve emergir.

A formação é o primeiro momento de contato em relação às questões/situações em que o futuro profissional irá se deparar no decorrer de sua vida. Esse momento acadêmico merece atenção, pois nele se instauram as expectativas do que está por vir e as condutas que deve ter um ótimo profissional. No entanto há um despreparo fruto da própria formação acadêmica, na qual a abordagem é direcionada para a doença e para a cura, e não para a morte (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Assim, no que tange as questões frente a morte, o processo de aprendizagem parece estar sendo negligenciado ou até tratado de forma abrupta, podendo ocasionar mais sofrimento do que aprendizagem para os profissionais, como se nota na fala:

Quando eu comecei a trabalhar na enfermagem, foi aqui no andar até, eu era acadêmica. A primeira paciente que morreu, as gurias fizeram eu tamponar o paciente [CHORO]. A paciente tinha 20 anos, a mesma idade que eu, sabe, aí aquilo, aí sabe, aquilo não sai da tua cabeça aquilo, até hoje eu me lembro, eu me lembro da cara do paciente, do nome do paciente. E é uma coisa que a gente nem faz sabe, é uma coisa que o enfermeiro não faz, ninguém mais faz hoje em dia, né. A funerária que tampona o paciente. Então, aqui a primeira vez, [...] mas é uma coisa que nunca entendi, é uma coisa que não precisava né, era só porque eu era acadêmica, “ah tá aprendendo”. Me botaram, me botaram eu a tamponar um paciente da minha idade sabe, então aquilo te marca assim, e daí ali eu fiquei pensando: “meu Deus, é isso que eu quero pra minha vida?”, eu penso “será que eu quero trabalhar com o sofrimento das pessoas?” (E7, CM).

Há um claro sofrimento para essa enfermeira frente a maneira como ela foi exposta, ainda na graduação, sobre a morte de pacientes. Mesmo após anos do acontecimento, a situação é lembrada com sofrimento e é questionado o porquê fizeram isso com ela. Foi instaurada uma situação de intenso sofrimento que a fez repensar a sua formação e que poderia ter ocasionado a desistência do curso. Sabe-se que desde os primeiros anos de formação é incentivada a ausência de sentimentalismos e expressões emotivas, o que suscita entre os futuros profissionais uma postura basicamente biológica e impessoal (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Tal postura, já estabelecida entre os professores mais antigos e repassada aos alunos como norma de comportamento. No entanto, o contato com a morte de pacientes na formação pode levar os futuros profissionais a um conflito emocional a respeito de como tratar ou encarar a morte, seja súbita ou esperada (MUÑOZ-PINO, 2014).

A formação volta-se para um trabalho de investimento na vida, saúde e projeto de futuro que, na dimensão da doença crônica e da terminalidade, precisa ser ressignificado (SANTOS; MOREIRA, 2014). Logo, maior apoio nas primeiras vivências de morte torna-se crucial, pois será através desse suporte que os futuros profissionais poderão organizar seus sentimentos e construir um agir profissional, sem se sentirem defasados em relação aos seus sentimentos (MENOSSI; ZORZO; LIMA, 2012). Esse sentimento de despreparo foi compartilhado por outros profissionais, como segue:

Meu primeiro mês foi um horror sabe, morreram uns quantos pacientes. Teve um paciente que ficou internado três meses com a gente, aí ele não falava mais, sabe. Nos últimos momentos assim, nossa foi muito triste, muito triste. Eu me lembro como eu chorei, como eu chorei [...]. Então tu fica pensando, minha mãe dizia assim pra mim: “minha filha, se tu acha que não é o que tu quer fazer da tua vida troca de profissão”, sabe. Daí tu pensa: “aí tu estuda tanto”, né, e é uma coisa que tu que tu gosta de fazer [...] tu acaba que eu no meu primeiro mês, nossa, cada vez que eu ia trabalhar assim, dava aquela coisa sabe, aquele aperto no peito assim, eu pensava “aí quem que vai” né (E7, CM).

É um preparo na prática. [...] Tem períodos em que a gente tem uma onda, bah como dizem: “uma onda braba”, só tem paciente complicado, bah não tá dando certo. É isso. Lá no início os residentes sofrem mais esse impacto, depois de vários anos, a gente já passou por muitas dessas ondas, então tu já tem o preparo, então tu diz: “ah, não, tem o período que é assim e depois passa lá quatro, cinco meses que tu vem muito bem, daqui a pouquinho tem”. Tu vai elaborando isso, é, é uma forma de preparo (M8, CM).

O preparo na prática causa essa estranheza relatada na primeira entrevista. Se deparar com várias mortes, no início da vida profissional, sem ter tido um aporte anterior que desse conta disso, faz com que os profissionais reflitam sobre seu trabalho de forma negativa, pensando numa possível desistência. Tamanha necessidade ficou clara durante o processo de

coleta de dados na clínica médica, na qual a pesquisadora foi convidada a realizar uma capacitação com os profissionais. A realização da capacitação permitiu um melhor conhecimento das dificuldades e dos sentimentos que emanam no processo de morte e morrer dos pacientes. Aos que puderam participar foi proporcionado um momento de reflexões e de desabafo.

É importante lembrar que o profissional não é imune aos acontecimentos, sua vulnerabilidade é um aspecto constitutivo da resiliência (SANTOS; MOREIRA, 2014). Assim, tem que ser considerado o sofrimento destes, a ansiedade e dificuldades de lidar com pacientes em processo de morte. Ao conhecer a história dos pacientes, os profissionais procuram dar esperança, principalmente quando se trata de pacientes jovens ou de histórias como estas colocadas nas falas das profissionais, na qual há um filho pequeno envolvido. O que gera mais medo e incertezas no paciente. Resta ao profissional manter a esperança no intuito de tentar diminuir o sofrimento no paciente. Em contra partida, há um sentimento de raiva e impotência, pois o profissional sabe que não há probabilidade de melhora.

5.5 A percepção da finitude no processo de ser dos profissionais

Mas o que eu puder fazer de melhor pra eles eu vou fazer. Esse é o meu propósito!
(E9, CM).

Trabalhar com a morte como cotidiano ocasiona aos profissionais da saúde a possibilidade de entrar em contato com seus processos de morte e finitude (KOVÁCS, 2011). O sofrimento do outro alude à identificação com momentos de sua própria vida, momentos pessoais e experiências de sofrimento (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Ao escolherem sua profissão, os profissionais estarão lidando com situações sobre o processo de morte e o morrer de pacientes, com sua forma pessoal de lidar com a dor e perdas. Esse modo vai depender de diferentes fatores como: a história pessoal do profissional, experiências e elaboração dos processos de luto; da cultura a qual está inserido; a possibilidade de expressar a dor e como o luto é vivenciado; a formação universitária e capacitação em serviço (KOVÁCS, 2010b). É importante considerar essas questões pois a morte do outro pode remeter ao pensamento da própria morte, da morte de pessoas próximas ou membros da família, o que pode fazer emergir maior sofrimento a respeito dessa vivência com os pacientes. Essa identificação é, muitas vezes, inevitável, como se percebe nas falas:

Eu fico imaginando, bah, idade tal, poderia ser fulano, poderia ser beltrano, a pessoa com determinada idade, bah, poderia ser meu pai, poderia ser minha mãe, poderia ser meu irmão... É claro que tem, e tem paciente que se assemelham a pessoas conhecidas que a gente tem, não existe como não acontecer isso né (M8, CM).

Eu acho que é, porque o pessoal associa muito com família, com filho, com irmãos, com... acho que é mais difícil. Eu não trabalharia no [setor infantil] agora nesse momento, porque eu tenho um filho de dois anos. Eu fui lá esses dias entregar um documento e a minha colega tava punccionando e eu não consegui ficar lá esperando, então lá eu sei que não trabalharia, aqui eu trabalho. Que eu já trabalhei [no setor infantil], mas eu não tinha filho, daí eu vi ela lá punccionando, aquela mãe na volta, foi me dando um: “Não, aqui eu não vou ficar”. Então, eu vejo assim, que o pessoal associa muito (E5, CM).

A identificação com filhos, parentes ou amigos foi citada pela maior parte dos profissionais entrevistados e, na maioria das vezes, é motivo de sofrimento no cuidado ao outro e conseqüentemente, ocorrem atitudes de distanciamento com o paciente no qual se fez a identificação. O estudo revelou que os profissionais que tem filhos pequenos possuem maiores dificuldades em trabalhar com crianças. Isso decorre tanto devido a identificação com seus filhos quanto pelo tabu que a doença e morte de crianças envolvem. Corroborando com este achado, a pesquisa realizada por Costa, Poles e Silva (2016) com alunos de medicina e enfermagem sobre diferentes graus de empatia entre os alunos, pacientes e cuidadores, demonstrou que a maioria dos acadêmicos se sentem afetados pelo sofrimento dos pacientes e seus familiares. Alguns dos alunos possuíam histórias familiares de morte por câncer e conviveram com a doença no ambiente familiar. Estes apontaram que a história do paciente lhes trazia recordações de sua história, sendo que, por vezes, o paciente era comparado ao parente doente. Outros, consideraram a identificação com o paciente devido à idade, sexo e características físicas, que acabavam se associando com um parente, independentemente de ter uma história familiar de câncer. Os alunos que manifestaram empatia relacionaram a situação dos pacientes com suas próprias histórias de vida. Muitos se identificaram com a posição dos familiares ao perder seu ente querido, preferindo trabalhar apenas com os pacientes. Geralmente, a empatia leva à comparação com parentes, principalmente quando se viam como o cuidador, imaginando estar cuidando de um pai ou uma mãe doente (COSTA; POLES; SILVA, 2016). A identificação com os pacientes, quando se tem um familiar doente, leva a comparações sobre o percurso do tratamento, como se percebe na fala do enfermeiro:

Poucos momentos que tu vê esse retorno né, essa pessoa. Esses dias tava comentando assim, o pai é um paciente oncológico daqui, ele é paciente daqui, ele não interna porque ele tem cateter e ele faz quimio na bombinha portátil em casa, mas ele tem câncer de intestino, e daí eu sempre comentava assim ó, quando eu

pegava as pastas e eu olhava adeno de reto, eu lia a história da pessoa pra ver em quanto tempo a pessoa voltou em tratamento (E5, CM).

O enfermeiro busca nos prontuários dos pacientes reconhecer como poderá ser a evolução da doença e tratamento do próprio pai. A identificação com pacientes de mesmo diagnóstico que ele está vivenciando com o pai traz possibilidade de refletir sobre a trajetória que ele passará junto com sua família, porém pode ser fonte adicional de sofrimento; principalmente quando o desfecho dos outros pacientes é a morte ou o sofrimento prolongado no processo de doença. Elaborar as questões sobre a doença e finitude do pai seria mais importante do que compará-lo com os outros pacientes, mas a comparação pode ser inevitável como se percebe na fala a seguir:

Eu sempre tento não associar, mas é quase impossível tu não associar né, fica mais difícil, assim, tu vai vendo as pessoas, elas se tratam muito tempo, pra essa doença, mas ao mesmo tempo eu percebo que a sobrevivida é boa, a sobrevivida... Mas é imprescindível tu não associar se tu tivesse alguém, tu também ia associar, não tem como não associar (E5, CM).

Ser da área da saúde, principalmente na clínica médica, apareceu como fonte de maior sofrimento, principalmente quando algum familiar apresenta um sintoma, sendo esse já remetido ao câncer. Vivenciar o câncer como possibilidade diária remete essa possibilidade a si mesmo ou à algum familiar, como aludem as falas:

Às vezes é só alguém, algum familiar teu ter febre que tu já começa: “será que é?” Tu sempre acha o pior daí, sempre acha que é câncer, que é leucemia, que enfim. Me lembro uma vez que meu irmão passou não sei quantos dias com um febrão assim, ele não tinha nenhum outro sintoma assim, eu já pirei, eu já achei que ele podia tá com leucemia. Sempre é assim, a gente sempre acha que pode ser. Por exemplo, se tu tá com uma diarreia tu pensa que tu pode tá com câncer de reto do que com uma virose, sempre tu acha isso, aí depois passa, mas tu sempre acha e sempre quer investigar (E8, CM).

O pior de tudo é se a gente fica doente, isso que eu fico pensando, sabe. Quando tu sabe, é ruim tu ser da área da saúde por causa disso, tu sabe, às vezes, o que que vai acontecer, né. Quando tem alguém da família da gente que fica doente também, a gente sofre o dobro por causa disso, entendeu? Porque a gente sabe, tipo, aí, a pessoa vá que tá com câncer, aí tu sabe, aí meu Deus, tu sabe tudo que vai acontecer, então. Que nem eu te disse, às vezes, às vezes não acontece nada, porque nem todo mundo é igual né, mas então, isso é o ruim sabe, de tu entender as coisas, de tu saber o que que pode vir. Isso atrapalha muito. Às vezes se tu tá com uma tosse sabe, e tu acha que tá: “ai meu Deus, tô com um problema mais sério”, por tu entender, sabe, das coisas. É isso que eu acho, essa é a parte ruim da área da saúde, a gente, às vezes, fica meio cricri com essas coisas assim que não, que não precisaria quando tu é leigo nas coisas né (E7, CM).

Quando se apresenta qualquer sintoma, por mais simples que seja, o pensamento já é remetido à possibilidade de câncer, como representam as falas. Isto pode acontecer tanto pela convivência com os pacientes com este diagnóstico quanto pelo conhecimento que os profissionais possuem a respeito dos sintomas iniciais e percurso da doença. O conhecimento, nesses casos, remete a um maior sofrimento. Quando o diagnóstico é real, em algum parente por exemplo, ser da área da saúde pode ajudar a nível técnico, mas prejudicar justamente por se conhecer a trajetória que o parente irá enfrentar, trazendo um sofrimento antecipado.

Os conflitos subjetivos sobre a própria finitude refletem na maneira de agir frente ao paciente em processo de morte e morrer (SILVA et al., 2013). Quando mal elaborados vão regendo os cuidados prestados, que irão em uma direção mais técnica ou mais humana, dependendo do caso. O cuidado no processo saúde/doença é compreendido pelos profissionais da saúde como um enigma quando seu desfecho é a morte ou situações de finitude (SANTOS; MOREIRA, 2014). Essa compreensão, aliada aos conflitos subjetivos sobre a finitude e à falta de reflexão sobre o tema, produz comportamentos estagnados, de difícil modificação. Assim, o cuidado prestado será sempre o mesmo, ou seja, se o profissional possui um comportamento de distância do paciente, assim o fará em cada atendimento. Todavia, cuidar do paciente em processo de morte requer uma aproximação acolhedora, o que implica em reconhecer a condição de finitude dos pacientes, e por outro lado a própria finitude (SILVA et al., 2013).

Isso alude em diminuir as estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais para evitar o contato com o sofrimento dos pacientes e familiares, priorizando um cuidado próximo e acolhedor, através de alternativas que envolvam a reflexão sobre a morte e o morrer e não sejam somadoras de sofrimento aos profissionais. Diminuir estratégias defensivas de distanciamento e racionalização, por exemplo, não significa despir os profissionais de sua proteção contra o sofrimento; ao contrário, visa um cuidado mais humanizado junto à possibilidade de se falar da morte sem excessiva angústia.

A primeira vez que eu vim pra cá, que eu vi o paciente morrer, imagina, tu tá trabalhando na UTI, o paciente começa a passar mal, ah vão lá, entubam, fazem... Aqui chega lá, o paciente começa [a morrer], não vamo entuba. Eu fiquei perguntando, eu não sei quantas vezes eu perguntei pra eles, eu me lembro como se fosse hoje ainda: “tem certeza que vocês não”, “não, a gente”. Daí ele me explicou que tu vai tá só protelando um sofrimento, porque não vai né. Daí tu fica ali sabe, tu dá o aporte de oxigênio pro paciente e aí tu fica ali vendo o paciente. É uma coisa que, de início assim, tu não entende sabe, depois tu fica pensando que é uma coisa que eu não queria pra mim também, sabe. Se eu chegasse a ter um câncer e tal, que soubesse que não tem o que fazer, eu não ia querer que me botassem num respirador, que botassem um tubo na minha boca, que sabe, então, eu não queria também, só que não ia querer sentir dor, não ia quer né. Então eu acho que tem é

proporcionar pro paciente, tentar proporcionar pro paciente o melhor, né (E7, CM).

A fala do enfermeiro demonstra o quanto pensar na morte do paciente pode modificar as ações de cuidado. A atuação do enfermeiro, anteriormente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), era de fazer todo o possível para salvar o paciente. Em um setor de oncologia a visão teve que ser modificada. A mudança posterior na atuação deu-se a partir de questionamentos e da reflexão sobre a morte dos pacientes e, conseqüentemente, da própria morte, dando entrada a novos aprendizados que possibilitassem melhor aporte de cuidado com esses pacientes. Falar sobre todos os aspectos que envolvem a morte e promover a interdisciplinaridade em torno deste assunto, além de modificar o cuidado, possibilita a elaboração de mecanismos de enfrentamento mais efetivos e menos dolorosos. Refletir sobre a morte é pensar na vida e seus limites, o que permite a descoberta de uma dimensão cuidadora que anteriormente poderia estar contida frente ao medo e ansiedade dos profissionais (TOME; POPIM; DELL'ACQUA, 2011).

Um estudo realizado por Granek et al. (2017) com vinte e dois oncologistas de três diferentes centros de oncologia em Israel demonstra que esses profissionais vivenciam impactos negativos e positivos frente a morte de pacientes. Quanto aos impactos positivos, a maioria relatou que a exposição à morte do paciente deu-lhes uma melhor perspectiva da vida (78,5%) e motivou-os a melhorar a assistência ao paciente (66,7%). Entre as conseqüências negativas pode-se citar exaustão (62%) e Burnout (75,9%), bem como compartimentalização dos sentimentos no trabalho e em casa (69,6%). Nesta pesquisa, percebeu-se igualmente que mesmo a morte trazendo sofrimento aos profissionais ela traz um aprendizado pessoal considerado importante para eles, no sentido de que eles se sentem na obrigação de aproveitar melhor a vida, pois conhecem de perto a dor, sofrimento e morte causados pela doença.

Para tanto, eles procuram aproveitar melhor o tempo disponível e se queixar menos de coisas que não são tão importantes. Pode-se considerar que estes profissionais são mais resilientes frente às adversidades que o ambiente hospitalar os impõe. A resiliência pode ser compreendida como: “a capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado por experiências de adversidade” (MELILLO; OJEDA, 2005, p. 15). O profissional será resiliente quando possuir a capacidade de enfrentar as dificuldades desenvolvidas no cuidado aos processos de vida e de morte na doença crônica. Essas capacidades são geradas pelo contato com o sofrimento dos pacientes e familiares, das

crenças e valores do profissional, construídos nas suas relações interpessoais (SANTOS; MOREIRA, 2014). As falas a seguir refletem essa percepção:

A morte tá todos os dias aqui, sabe. É em cada piora de exame, é em cada recidiva da doença, então é todos os dias a gente vai lidando, lidando com isso. Então digamos que eu acho que a estratégia defensiva que eu criei pra isso, é que parece que eu preciso, que eu tenho o dever de aproveitar a vida muito maior, que eu preciso, que eu devo sabe, se não for parece que as vezes até por eles sabe, porque às sete da manhã hoje eu já vou embora para minha casa e acabou, e às vezes eu fico três, quatro dias sem vir. Quando eu venho eles tão no mesmo quarto, no mesmo lugar. Quer dizer tu foi pra casa, tu viajou, tu foi na academia, tu saiu com os teus amigos, tu fez um monte de coisas, quando tu volta eles continuam aqui no mesmo lugar (E8, CM).

Claro o que a gente viveu nunca, nunca vai esquecer, só que eu penso, ainda bem que eu estava aqui, sabe? Ficou uma lembrança, repensa a vida, que está aqui e não está... sabe? Mas eu não vejo como trauma, eu vejo como um aprendizado horrível, todo mundo tinha que ter passado por isso, e a gente viu, meu Deus! (E15, PS).

Diferente de uma estratégia defensiva, como colocado na primeira fala, a capacidade de extrair coisas melhores para a vida, mesmo com as adversidades que o trabalho com pessoas doentes impõe, é importante para o profissional manter-se saudável mentalmente. Repensar a vida, dessa forma, é também refletir sobre a morte dos pacientes e com isso poderá emergir comportamentos distintos tanto no intuito de aproveitar mais a própria vida, quanto no cuidado ao paciente, tornando-o mais humanizado através desse olhar diferenciado.

Corroborando com as falas apresentadas, um estudo realizado por Costa, Poles e Silva (2016) com alunos de medicina e enfermagem para conhecer as experiências e identificar as dificuldades no atendimento a pacientes em cuidados paliativos, obteve como resultado que a maioria dos entrevistados se sentiam tristes por vivenciarem as situações de sofrimento dos pacientes, em contrapartida esta convivência suscitava aprendizados extracurriculares que eram considerados grandes lições de vida. Por esse motivo, os alunos procuravam ter uma visão mais positiva da vida e aproveitar ao máximo os momentos de convivência com pacientes que possuíam expectativa de vida limitada.

Além disso, apesar da morte ser rotina diária, alguns profissionais procuram dar mais valor às situações positivas, ou seja, àquelas pessoas que conseguiram sair da situação de doença ou de possível morte. Quando eles consideram que salvaram um paciente, há uma satisfação pessoal e um reconhecimento profissional por outrem que traz mais prazer ao trabalho realizado, como demonstra a vivência da enfermeira:

Logo que eu me formei, eu era técnica de enfermagem, foi o primeiro ano que eu entrei para trabalhar na emergência, eu era um desastre eu não sabia nada, né? E aí entrou aquela mãe assim, voando com aquela criança, um bebê, ele estava morto. E ela jogou ele no meu colo, eu entrei na sala de emergência com aquela criança, e já tirei a roupa, e já chamamos o médico e o médico já veio e entubou, sabe? E nós ali aquecendo, aquecendo a criança, ela estava com vinte de frequência cardíaca, e ali todo aquele tempo as pessoas não sei o porquê, se revoltaram contra a mãe, pensaram que a mãe tinha tentado matar a criança. E aí sai uma hora da sala e vi aquela coisa, peguei a mãe, enfiei no consultório, dei a chave para ela, tu tranca por dentro, para ninguém entrar aqui, depois a gente vem aqui, e ali ela ficou trancada lá, e nós lá na sala de emergência tentando, daqui um pouquinho a criança chorou, sabe? Ela estava congelada, com vinte de frequência cardíaca, ela chorou e quando ela chorou aquilo assim, eu acho que até as pessoas que estavam no corredor se emocionaram. Eu voltei lá, com a assistente social, naquela noite tinha chovido muito, estava muito frio, e casa dela destelhou, ela morava numa comunidade muito pobre, e ela não tinha cama, não tinha nada, o que ela fez, ela botou a criança embaixo do corpo e se deitou por cima para proteger [...] e a criança sobreviveu. Faz uns dois anos, eu estava caminhando no corredor da emergência, [...] e ela vinha vindo, aí ela me chamou, enfermeira! Aí eu olhei para ela, eu já reconheci, né! E aí ela chamou o menino do tamanho dela, e ele veio e me abraçou, ela disse assim: “está vendo ele está aqui, porque naquele dia eu coloquei ele nos teus braços” Então isso é muito mais gratificante, e isso aconteceu há 15 anos atrás, de 15 anos atrás até agora eu já vi muita gente morrer, eu já muita criança morrer, que é uma coisa triste é, que é uma coisa muito chocante, dependendo da situação, mas isso é melhor, e isso é o que me move eu trabalhar na emergência, são essas pessoas que a gente consegue tirar da morte, não sei por que situação que isso acontece, né? Mas é muito gratificante (E10, PS).

A fala da enfermeira ganha destaque pela ressignificação a partir do contato após quinze anos do acontecimento. Em sua vivência, a habilidade e rapidez necessárias para o trabalho em urgência podem ter sido o maior fator de impacto para salvar a criança. O dever fica então cumprido com grande satisfação. Após anos do acontecimento, rever a mãe e a criança, agora já adolescente, reascende a satisfação anterior misturada ao reconhecimento transmitido por essa família, enlevando o trabalho realizado, tornando-o prazeroso. Lembrar sempre de acontecimentos relacionados à vida, permite melhor significação do limite gerado pela morte. É uma estratégia integrada ao cuidado no fazer saúde, que pode possibilitar ao profissional uma visão mais positiva sobre seu trabalho. O profissional sofre o impacto e o transforma, enfrenta-o e consegue se fortalecer e conquistar competências afetivas e profissionais para sua vida (SANTOS; MOREIRA, 2014). A satisfação em promover o alívio do sofrimento pode significar a reposição de energias e bem-estar; possibilitando novos enfrentamentos e melhorando o desempenho no trabalho (LUZ et al., 2016).

Nesta perspectiva pode-se entender que quanto mais frequentes são as oportunidades de aprendizagem e assimilação de novas práticas, habilidades e conhecimentos, também serão mais frequentes as oportunidades para modificar comportamentos e hábitos. As novas aprendizagens podem ser modificadas para a promoção de hábitos saudáveis e para minimizar

comportamentos/práticas de risco a saúde. Assim, preparando o profissional para enfrentar de forma satisfatória os agentes estressantes do ambiente de trabalho e melhorar a percepção de sua qualidade de vida (KOGIEN; CEDARO, 2014).

Acrescenta-se a importância dos profissionais de se dedicarem a outras áreas de suas vidas, como por exemplo familiar, pessoal, religiosa e prática de esportes. O importante é realizar atividades, fora do ambiente de trabalho, que lhe façam bem, no intuito de se distrair e encontrar forças para lidar com as situações estressantes. Outra forma de lidar com o estresse diário seria procurar auxílio psicológico. O importante é o profissional perceber o quanto essa renovação de tempo auxiliaria em suas dificuldades e seu estresse, e melhoraria sua qualidade de vida (TAMADA, 2017). Ter um outro projeto para a vida, além da profissão, é uma forma de renovação das energias ou de compensar as mazelas que está vivenciando no trabalho hospitalar, como ressaltam as falas:

Fora, existe muita vida, fora da medicina da saúde [...] Eu acho que todas as pessoas tinham que ter o seu mundo mágico assim, para ficar lá um pouco, esse plano B, que na verdade seria o plano A, seria o melhor, né? (M12, PS).

Eu abdiquei muita coisa ali fora, né? Para não viver só da medicina, assim digamos, às vezes querer manter uma vida aqui dentro no serviço público e uma vida privada dentro da medicina, daí praticamente tu não vive em casa, Daí dentro da minha filosofia eu sacrifiquei a minha vida digamos “privada” de médico, para manter mais aqui, e aquele horário que eu estaria dentro da parte privada eu procuro manter a parte de lazer, o contato com a família, com os amigos. [...] Eu procurei manter um certo equilíbrio, porque senão o desgaste seria muito maior (M10, PS).

Quando eu posso sair, eu tenho que aproveitar bem, vou tentar tirar umas férias esse ano pra fazer uma coisa legal, sabe. Meio que a gente vai tentando compensar de outras formas assim, pelo menos é o mecanismo que eu criei pra aguentar, tipo vou viver tudo que eu tenho que viver lá, tipo, na intensidade que tem que ser, mas eu vou tentar, tipo, quando eu puder, compensar de alguma maneira, sabe, seja ela qual for assim, sempre tenho esse pensamento da compensação. [...] A gente tem que arrumar alguma forma de tentar compensar pra não pirar, assim, porque não dá pra viver só com isso aqui né, todo tempo, mas é a maior parte do nosso tempo é o hospital, é a oncologia, é a nossa vida, eu acho, assim (M3, CM).

Realizar outras atividades mostra-se como recurso individual importante para suportar a carga de trabalho; pois é fundamental os profissionais disporem de boas condições de vida e de trabalho. Para tanto, é necessário que eles possam refletir sobre seus hábitos de vida e suas rotinas, não permitindo que a saúde seja comprometida por falta de atitudes simples como o autocuidado (ARAÚJO et al., 2016). É indispensável que os profissionais atentem para o cuidado da saúde física e mental, pois estas estão relacionadas entre si e também com a auto avaliação de qualidade de vida. Para desempenhar o cuidado à saúde de outras pessoas é

preciso atender as suas próprias necessidades. Para tanto, não devem ser consideradas apenas ações curativas, mas igualmente ações de promoção de saúde e prevenção do adoecimento entre os profissionais (TORRES et al., 2011).

Refletir e repensar a própria vida, frente a doença do outro, mostra-se como um caminho promissor de cuidado de si e, conseqüentemente, do outro; pois, é necessário possuir uma saúde física e mental suficientemente boa para que se realize um cuidado ao paciente com qualidade. Pequenas mudanças no dia-a-dia, com a inclusão do cuidado próprio, pode refletir em comportamentos mais saudáveis na relação com o paciente e com a equipe de trabalho. Além disso, realizar atividades de lazer e possuir outros projetos de vida, além do trabalho, pode ser um meio importante de equilíbrio entre a vida pessoal e profissional.

5.6 A saúde mental dos profissionais da saúde: uma trama de sentidos

É muito sofrido, é muito pesado assim, é muito exaustivo, é desgastante, na maior parte do tempo. Tem alguns dias que são mais leves assim, que são mais tranquilos, mas tem outros dias que não precisavam existir assim. Eu já tive vontade de desistir várias vezes (M3, CM).

O trabalho possui um lugar central na vida das pessoas e através dele elas buscam suprir suas necessidades, como autoestima e realização. No ambiente hospitalar os profissionais vivenciam situações conflitantes, caracterizadas pela alta demanda do atendimento, exigência, agilidade e rapidez nos procedimentos. Além de vivências cotidianas de morte, que ocasionam diferentes impactos na vida dos envolvidos (SIMÕES; OTANI; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015). O profissional fica exposto a estressores crônicos no seu dia-a-dia, resultando em vulnerabilidade a riscos, doenças e agravos físicos, estresse e sofrimento mental, justificando a atenção para o lado psicoemocional (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Ademais, os elementos psicossociais do ambiente de trabalho são potenciais para comprometer diferentes esferas da saúde e qualidade de vida do profissional (KOGIEN; CEDARO, 2014).

[...] quem dera a vida da gente ser como um arquiteto, que tu é procurado só em momentos de felicidades assim, tu está expandindo assim, tu está querendo botar um colorido na tua casa, mas na emergência não é isso tu te depara com alguma coisa estressante e em vida, e depois um vazio da morte, a emergência é meio pesado (M13, PS).

Quando se pensa o sofrimento sentido pelos profissionais, geralmente o olhar volta-se às narrativas do atendimento do paciente, sua doença repentina, seu declínio agonizante,

morte prematura e incertezas. O impacto emocional gerado pelo atendimento direto ao paciente precisa ser reconhecido para que sejam realizadas intervenções com tempo reservado para se falar sobre a morte, nos ambientes de alta intensidade, onde os profissionais lutam diariamente com dilemas éticos ou com a dinâmica de fim de vida (BEST, 2016). O maior desgaste dos profissionais não está nas horas trabalhadas, mas na intensidade emocional que exige todas as suas ações, pois elas significam cuidar da vida de outras pessoas. No entanto, o conflito entre o emocional e o racional, na maioria das vezes, é desconhecido tanto pelos profissionais quanto pela sociedade (SOUZA; PESSINI; HOSSNE, 2012). A exposição constante ao estresse gerado pelo contato cotidiano com a morte e o morrer pode afetar a saúde mental dos profissionais (SANTOS; HORNANEZ, 2013), como apresentam as falas:

Várias vezes eu chego em casa e eu sinto, tipo, parece que eu precisava me ligar na tomada pra recarregar, porque, tipo, acabou minhas energias sabe, como se alguém tirasse tudo, assim; e não é cansaço físico, é um cansaço mental, porque é muito problema, muita coisa, o dia inteiro, é só problema né (M3, CM).

Então a gente tem esse, são as circunstâncias das emergências, todos são muitos estressantes tanto por horas de trabalho, tanto por reconhecimento, tanto pelo vínculo que se tem com o paciente, que é quase zero, tanto pelo compromisso de decidir, pensar, tomar condutas, em momentos curtos, muitas vezes, é estressante sim, a saúde mental do pessoal da emergência é em cima do stress tu tem que ter um perfil, se não, não aguenta ... (M13, PS).

Eu acredito que influencie na saúde, porque pelo número de atestado de depressão que a gente tem e isso é uma coisa que vai somando de alguma maneira, ou como eu te falei, a gente lembra muito, as pessoas marcantes. Elas vêm e voltam na cabeça da gente né, a gente até segue adiante assim, profissionalmente, mas fala, vem na cabeça da gente aquele momento. De alguma maneira, às vezes a gente tá triste e não sabe porquê, eu não sei, daí de repente de alguma maneira aquilo tá frágil, triste assim [...] se tu tá presente a gente sempre diz “eu não quero tá presente, tá de plantão, quando essa pessoa, fulano falecer”. A gente sempre diz, tem um [paciente], todos nós falamos a mesma coisa, a gente diz “eu não quero tá aí”, a outra “eu também não”, então... (E1, CM).

Os profissionais apontam o quanto o trabalho hospitalar pode afetar a saúde mental deles. As exigências são tanto relacionadas à organização do trabalho, quanto às questões que envolvem a terminalidade dos pacientes. É algo que absorve todas as energias, como ressalta a primeira fala, causando estresse e elevando o número de atestados por depressão, como clarificam a segunda e terceira fala. Corroborando com os achados desta pesquisa, o estudo realizado por Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) com enfermeiros que trabalham na emergência de hospital apresentou como resultado que 90% dos profissionais de emergência estavam adoecidos por depressão, número extremamente significativo. Esses dados merecem

reflexões e intervenções com finalidade de possibilitar a melhoria das condições de trabalho e da saúde mental dos profissionais.

Legitimando com o que foi trazido, os dados disponibilizados pelo hospital confirmam a alta taxa de atestados por motivos mentais. O quadro a seguir demonstra o número de profissionais da empresa, onde foi realizada a pesquisa, que entraram com atestado devido a sofrimento psíquico no ano de 2016:

Quadro 3 - Número de atestados segundo os tipos de adoecimentos no ano de 2016

Rótulos de Linha	2016												Total Geral
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	
A00-B99 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	19	110	18	73	5	11	21	11	10	39	5	338
C00-D48 - Neoplasias [tumores]		19	90	2	13	216	92	35	45		60		572
E00-E90 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas			1	3	1		11			47	48	1	112
F00-F99 - Transtornos mentais e comportamentais	193	118	37	43	145	85	163	69	133	132	148	108	1374
G00-G99 - Doenças do sistema nervoso	3	1		1	1	1	13	9	36	18	28	2	113
H00-H59 - Doenças do olho e anexos	7	3	4	22	2	97	25	6	33	13	7	11	230
H60-H95 - Doenças do ouvido e da apófise mastóide				6	110	16	16	61		3		2	214
I00-I99 - Doenças do aparelho circulatório		4	3	15		1	3	9	19	13	31		98
J00-J99 - Doenças do aparelho respiratório	13	5	24	91	92	58	44	30	26	52	17	23	475
K00-K93 - Doenças do aparelho digestivo	20	6	55	13	10	13	37	34	40	17	65	97	407
L00-L99 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5		3	11	116	6	5	96	3	20	12		277
M00-M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	17	14	42	101	29	58	126	89	96	116	35	30	753
N00-N99 - Doenças do aparelho geniturinário	35	18	6	27	28	30	16	20	7	19	34	15	255
O00-O99 - Gravidez, parto e puerpério	104	159	279	51	211	396	96	179	199	111	63	116	1964
P00-P96 - Algumas afecções originadas no período perinatal				15									15
R00-R99 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	1		1	1			5		3	5	19	3	38
S00-T98 - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas		16	139	47	47	35	31	33	13	6	88	23	478
V01-Y98 - Causas externas de morbidade e de mortalidade			2	1									3
Z00-Z99 - Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviços de saúde	9			7	4	16	12	29	14	42	42	37	212
Total Geral	423	385	811	458	881	1033	703	714	668	630	718	504	7928

*Fonte: Instituição hospitalar onde foi realizada a pesquisa.

No ano de 2016 foram 1374 atestados por transtornos mentais e comportamentais. Não há como afirmar o motivo relacionado ao adoecimento mental. Para isso, teria que ser investigado cada afastamento profissional no intuito de se levantar um nexos causal com o trabalho. Os dados apresentados apenas demonstram os números de atestados por transtornos mentais e comportamentais entre todos os profissionais do hospital, sendo o segundo lugar de licenças de trabalho. O maior número de atestados da instituição é relacionado a parto e puerpério, com 1964 atestados. Considerando o perfil crônico dos pacientes e o caráter de sofrimento permanente, de lesão e impossibilidades, os profissionais ratificam um cenário de desesperança e desafio, visto como impossível de ser modificado e causando sentimento de impotência. O trabalho, por muitos anos, com o adoecimento de pessoas e morte, pode

colocar o profissional em uma posição frágil ou de esgarçamento de suas potencialidades para o cuidado (SANTOS; MOREIRA, 2014).

Sobre os sintomas mentais negativos, Best (2016) relata que em uma conferência realizada, 50% dos residentes de medicina apontaram saber de pelo menos um suicídio entre os profissionais da saúde. Os residentes experimentam em primeira mão a natureza arbitrária da vida e da morte. Os médicos são ensinados, e prometem colocar o paciente em primeiro lugar. Contudo, a tristeza e perda, dos pacientes ou dos profissionais, não deveriam ser comparadas. Esses sentimentos estão presentes ou ausentes; e, as muitas perdas vividas no percurso da profissão possuem grande custo para os profissionais. Portanto, é preciso atentar ao aumento da taxa de suicídio em médicos, pois esta é mais elevada do que da população em geral (SANTA; CANTILINO, 2016). Durante a coleta de dados na instituição houve uma tentativa de suicídio de um profissional da área, dentro do hospital. Não era relacionado às unidades pesquisadas, no entanto este fato demonstra o quanto é necessário um olhar diferenciado aos profissionais, pois eles podem estar passando por intenso sofrimento e mantendo silêncio sobre sua dor pessoal. Além disso, um fato como este gera comoção entre os outros profissionais, tocados pela situação, podendo se identificar com o sofrimento.

O juramento médico refere que: “a saúde do meu doente será a minha primeira preocupação” (WORD MEDICAL ASSOCIATION, [19--]), essa promessa coloca a saúde do profissional, no mínimo, em segundo lugar. Porém, se o médico, e aqui pode-se considerar também os enfermeiros, não estão saudáveis, seja mentalmente, seja fisicamente, como cuidar do seu doente de forma integral? É preciso atentar para os profissionais pois, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho hospitalar pode levar a quadros de somatização, absenteísmo, e desencadeamento de transtornos mentais como ansiedade e depressão. O desgaste emocional, a responsabilidade do cuidar, o receio de cometer erros, o contato com dor e sofrimento e o cansaço apresentam um cenário complexo sobre os profissionais de saúde e caracteriza um estado ocupacional que possui repercussões psicológicas significativas e resulta em sentimentos de insatisfação (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008; KILIMNIK et al., 2012), como explana a fala do médico:

Muito estressante e todos os colegas demonstram sinais de stress durante todo o tempo, tem gente que adocece, tem gente que pede afastamento, tem gente que pede para sair, tem gente que aqui a pouco apresenta atestado psiquiátrico para sair da emergência, isso não se sabe, né? ninguém sabe como são os médicos eu acho que até a sociedade ela não sabe e não reconhece a importância da emergência, tu só reconhece a importância da emergência quando está doente, doente agudo, a sociedade não se lembra de quem está na emergência só se lembra na hora que aconteceu uma fatalidade assim (M13, PS).

As estratégias que os profissionais utilizam para minimizar o estresse no trabalho constituem-se de recursos individuais que cada um possui. Porém, nem sempre essas estratégias são eficazes, podendo trazer consequências aos que não conseguem suportar as situações cotidianas sem ajuda de outros (KOHLS et al., 2017). A individualização do sofrimento ocasiona buscas de saída solitárias que, muitas vezes, se reduzem a desabafos e conversas informais baseadas na amizade (SANTOS; MOREIRA, 2014). O estresse dos profissionais precisa ser percebido pela instituição como um desafio que requer estratégias de enfrentamento capazes de diminuí-lo, seja através da educação permanente ou continuada, ou por ações de promoção da saúde (SIMÕES; OTANI; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

Os desencadeantes do estresse podem estar ligados ao contexto institucional, destacando-se a alta demanda de pacientes, a sobrecarga de trabalho, o pouco número de profissionais para o setor e a falta de recursos materiais. O estresse também pode estar relacionado com a forma de organização do processo de trabalho e com as relações interpessoais estabelecidas, seja entre os próprios profissionais ou entre eles e os pacientes e seus acompanhantes (SIMÕES; OTANI; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015). Por esses motivos é preciso pontuar, separadamente da unidade de clínica médica, o trabalho no âmbito dos serviços de urgência e emergência hospitalar. Isso porque durante a coleta de dados foi percebido que os processos de morte e morrer dos pacientes causam sofrimento nos profissionais, porém no pronto socorro, o sofrimento destes está muito mais ligado ao contexto da unidade do que propriamente à morte, que, como dito anteriormente, nem possui um lugar para ser elaborada frente aos tantos outros problemas que os profissionais precisam dar conta. Atender a alta demanda de pacientes vem como um desafio constante e estressante aos profissionais.

A gente tem dificuldade de acomodar ele depois que ele precisa ficar internado, sabe? Porque alguns vão ficar no corredor, é muito desagradável tu passar assim até tu vir aqui para teu quarto para a tua cama aqui no lugar confortável e passar ali pela a pessoa, tá no corredor, entende? (M12, PS).

Claro que às vezes tem um familiar mais agitado, mais nervoso, mais isso, mais aquilo, mas tem paciente que fica aí no corredor um mês e pouco. Eu tenho um paciente que está esperando não sei quanto tempo, uma fratura de braço, que não cabe, eu falei para a nossa chefe, meu Deus, vou colocar numa maca de ambulância, não cabe numa maca de ambulância, sabe? Para fazer a cirurgia não sei quando, eu também estaria estressado. O familiar disse: vou baixar a maca. Não, não pode, a gente não atende maca baixa assim, vamos tentar deixar alto. “Mas então consegue um leito”. Não depende da gente, por mim todo mundo tinha leito, e esse stress que também é compreensível a gente tem que entender (E15, PS).

A morte de pacientes não é o maior problema do pronto socorro, como foi relatado pelos profissionais. Entre as unidades, a organização singular do pronto socorro surge como um resultado importante que as diferencia. A morte gera sofrimento no pronto socorro quando está mais relacionada a situações trágicas, excepcionais e sobre pacientes jovens. Nos outros casos, a morte é escamoteada frente à grande demanda que necessita ser atendida. Os profissionais sentem-se no limite de suas energias, cansados pelo ritmo intenso e desmotivados com qualquer possibilidade de mudança, como se percebe nas falas:

Tá muito pesado! Tá muito estressante e antes era bem mais tranquilo, quando nós iniciamos nós era um grupo de dezenove fazendo a escala da clínica médica e pronto socorro clínico. E foram saindo, foram tirando uns pra cá, pra lá, outros lugares do hospital e agora são oito remanescentes e tem mais outros contratados pela [nome da empresa]. Mas a escala tá apertada, o aumento, a demanda do trabalho do pronto socorro aumentou muito. A pressão cada vez aumenta mais, de pressão externa pra mandar pacientes, de pressão interna porque não tem mais onde colocar gente. Tem todo mundo querendo mandar, todos os da região querendo mandar, querem mandar pacientes pra cá porque é referência, tem que aceitar, mas não tem mais onde colocar gente. A gente não tem mais onde colocar macas, não tem mais leitos. Corredores lotados, então tá muito estressante trabalhar aqui no pronto socorro. Posso te dizer assim, que se comentar com os outros colegas ninguém aguenta mais. Ninguém tá aguentando mais o pronto socorro e tá, há muito tempo passou dos limites toleráveis [...] A saúde mental ultimamente anda mais abalada por tudo que eu coloquei, por pressão de tudo que é lado, então... tem muita gente, todos, acho que praticamente todos os 100% dos colegas do pronto socorro querem sair daqui, que não aguentam mais. Pelo menos nas conversas que a gente tem todos estão estressados, tão no seu limite. Plantões às vezes excesso, além da carga horária pra fechar escala. Pressão, plantões às vezes que são muito estressantes. Tem plantões que tu não consegue parar, começa de noite e tu vai parar de manhã cedo. No outro dia tu não para nunca, não te deixam tu descansar nunca, então tu te liquida, no outro dia tu não tem tempo pra ficar... ah dormir pra recuperar... não consegue, então vai terminando isso. Mentalmente tá muito mais complicado do que antes, antes não era tão estressante assim, hoje é. Não quero mais continuar aqui. Já expressei isso pra direção do hospital que também estou no meu limite e que também pretendo ser remanejado pra algum outro lugar também (M14, PS).

Eu acho que se tu me perguntasse qual é o maior problema do pronto socorro? Respondendo à pergunta anterior, acho que é stress, não com a morte, mas com o sofrimento, e com as doenças que a gente dá uma melhorada só, talvez. Tem que fazer um tratamento completo e tu sabe que tu vai dar só 80% por que a estrutura não permite isso, e o paciente quer 120%, e tu tem só 80% para dar, isso com vínculo frágil. Eu acho que esse é um stress grande, é um stress grande para um pronto socorro que tem referência de outros municípios, a gente sabe que os outros municípios têm saúde frágil também, e te ligam para tu aceitar os pacientes deles, os pacientes vão chegar aqui querendo 120% e tu vai ter 80 para entregar, sabe? Eu acho que o principal problema do pronto socorro para se trabalhar é o stress, e enxergar que nós estamos com o barco furado assim, mas tem que remar, então a saúde mental de quem trabalha aqui, acho que é muito afetada por isso (M9, PS).

Os relatos apresentados são extremamente chocantes ao demonstrar profissionais com alto índice de estresse e totalmente desmotivados para permanecer na unidade, não possuindo

mais prazer em suas atividades laborais o que pode levar a riscos ocupacionais. Ressalta ainda, através das falas, que não há motivação de outros profissionais para ingresso e/ou permanência no pronto socorro, principalmente entre os médicos, deixando o número de profissionais reduzidos e aumentando a carga de atividades entre os que ficaram como, por exemplo, o aumento do número de plantões no contra turno.

O pronto socorro exige um vasto conhecimento e técnicas de trabalho sobre as situações envolvidas na assistência. Essa unidade se distingue por um trabalho com tempo limitado, inúmeras atividades e situações clínicas de pacientes que demandam rapidez para afastar o risco iminente de morte (KOHLS et al., 2017). Atuar com urgência e emergência pode contribuir pra o aumento da exposição aos riscos ocupacionais, pois é, na maioria dos casos, um ambiente altamente estressante e de risco para a equipe (LORO; ZEITOUNE, 2017).

Nos dados coletados, os participantes, em sua maioria, citaram o alto estresse devido ao trabalho realizado no pronto socorro, principalmente relacionado à quantidade de tarefas que precisam ser realizadas por causa da superlotação. É sabido e sentido por eles que a alta exigência do trabalho pode estar repercutindo na saúde mental. Entretanto, quando questionado, nas entrevistas, como eles procuram manter-se saudáveis e/ou como cuidam da sua saúde mental, as respostas são, em sua maioria, relacionadas a atividades de lazer ou conversas individuais com amigos ou familiares; como se percebe no próximo quadro:

Quadro 4 - Referência aos principais sentimentos e sintomas e ao cuidado com a saúde mental pelos profissionais do pronto socorro

Participante	Sentimentos/ Sintomas citados	Como cuida da sua saúde mental
E10	Frustração	Não citou
E11	Frustração	Conversar com o marido
E12	Estresse	Conversar com a mãe ou com alguma amiga
E13	Estresse	Não Citou
E14	Frustração	Entende não ter problemas com sua saúde mental
E15	Estresse, angústia, insatisfação e desgaste	Não citou
E16	Estresse	Atividades extras, corrida, tocar violão
E17	Não citou	Entende não ter problemas com sua saúde mental
E18	Impotência e frustração	Conversar, tentar esquecer
M9	Estresse	“A saúde depende das tuas proteções” (Fala literal do entrevistado).
M10	Desgaste mental	Fazer esporte, ter contato com a família
M11	Estresse e frustração	Sessões terapêuticas
M12	Não citou	Humor, viajar, jogar vôlei, ter outros projetos além da medicina

M13	Desgaste Físico e mental, estresse	Não citou
M14	Estresse	Descansar
M15	Estresse	Ficar com a família
M16	Estresse e sobrecarga de trabalho	Uso de antidepressivo e leitura

*Fonte: Construção da autora.

Sobre os sintomas que repercutem na saúde mental do profissional, dez deles citaram o estresse no trabalho, um índice de mais de 58%. O desgaste físico e mental e sobrecarga vêm ao encontro de um trabalho com alto nível de exigência, podendo-se inferir, através do contexto das entrevistas, que esses sintomas também são relacionados à superlotação da unidade. A frustração e impotência foram citadas devido à dificuldade de se realizar um trabalho com mais qualidade no atendimento. Eles citam o pouco tempo que possuem com o paciente, devido à grande quantidade de pacientes internados, o que dificulta ações humanizadas na unidade. Já a angústia e insatisfação foi referência à falta de esperança de mudança na organização do trabalho.

Sobre o cuidado com a saúde mental apenas um médico respondeu que realiza sessões terapêuticas, com profissional qualificado, para manter-se saudável mentalmente. Houve, ainda, um médico que referiu fazer uso de medicamento antidepressivo para conseguir aguentar a sobrecarga de trabalho. Nas respostas constam mais estratégias individuais de lazer, ou conversas informais para tentar manter-se bem. Entre as estratégias coletivas, no ambiente de trabalho, foi citado o humor, através de brincadeiras ou piadas com os colegas para afastar o ambiente “pesado”. Todavia, não foram citadas estratégias organizacionais que colaborasse com a diminuição do estresse para os profissionais.

Entre alguns médicos, os relatos foram tão intensos, que pode-se inferir a possibilidade desses profissionais estarem apresentando a Síndrome de Burnout. Esta, caracterizada por a exaustão emocional, redução da capacidade física e esgotamento emocional; despersonalização e baixa realização profissional. O que é diferente do estresse, pois trata de uma resposta ao estresse ocupacional crônico, envolvendo atitudes e alterações comportamentais negativas sobre o contexto de trabalho (FERREIRA; ARAGÃO; OLIVEIRA, 2017). A identificação dos sintomas de sofrimento psíquico e de depressão é de extrema importância para que sejam elaboradas ações de prevenção e promoção da saúde dos profissionais que atuam na emergência (ANTUNES, 2017).

Dentre o que foi relatado pelos profissionais, algumas falas chamaram atenção pelo seu teor. Segue, para melhor visualização, um quadro com alguns pequenos trechos de falas

significativas que poderiam conduzir ao prejuízo na saúde mental dos profissionais no pronto socorro:

Quadro 5 – Recortes de falas significativas sobre o trabalho no Pronto Socorro

Nome	Recortes de falas significativas
E10	A gente tem que se preocupar com aquilo que a gente pode controlar, que a gente pode ajudar, o resto não tem como, aí a gente vai brincar de Deus, a gente não é Deus, a gente não está aqui para isso, a gente vai agir até um limite, depois do limite a gente não age mais, tem pessoas que se frustram com isso, muito, e abandonam. Eu vi médicos abandonar a profissão por isso, por não conseguir salvar uma pessoa.
E11	Você quer atender o paciente você quer dar um atendimento de qualidade e você via que aqui, o que importava era você fazer, mas você não consegue nem olhar às vezes para o paciente.
E12	O stress... E daí eu acabei chorando e desabafando com ela que eu estava descontando no meu filho, sabe? Que não tem nada a ver... brigando sabe? Mesmo não querendo eu acabava ficando pior ainda.
E13	Quando a gente está com superlotação naquele nível, o máximo a gente fica mais estressado, a gente fica mais pavio curto, eu já cansei, quando num nível de stress, de ligar para a farmácia e enchendo todo mundo o osso [...]a gente só não pira aqui, porque a gente bota a cabeça no travesseiro e pensa assim, eu fiz o meu máximo.
E14	Porque tem uma cobrança grande, a gente entende que tem que ter, mas não dão suporte pra gente.
E16	Tu tem que desligar a tua cabeça, porque se tu sair daqui atucanado com o que tem aqui dentro, isso [...] lá na frente pode te repercutir negativamente.
E18	Lidar com esse sofrimento diariamente e te sentir de mãos amarradas.
M10	Porque tu só vive a medicina e tu não vive a vida.
M11	Eu já vi funcionário entrando em surto psicótico, médico entrando em surto psicótico, histeria, não sei se já ouviu, mas acontece, no dia a dia acontece, mas não aparece na mídia, então a saúde mental é muito afetada sim, dos funcionários e médicos do pronto socorro.
M12	Não se conversa... E a gente tem que acabar numa conversa assim, um quarto de hospital uma tese de doutorado [...] Se sentido bem feliz por estar falando nisso, o quanto isso é importante.
M13	A gente sofre bastante, a vida útil de quem trabalha na emergência, do profissional, ela não tem a mesma, o mesmo tempo de vida do que quem não trabalha na emergência.
M14	É uma pressão muito grande, é um stress muito grande trabalhar aqui, pressão de todos os lados.
M16	A quantidade, a exigência, a demanda, a pressão que nós temos principalmente com residentes é bem grande. E acaba que quase todos tenham um problema mental.

*Fonte: Construção da autora.

Entende-se, através do que foi exposto, o quanto os profissionais precisam ser olhados, seja pela instituição como um todo, seja por outros profissionais qualificados a realizar uma intervenção na unidade, além de orientar, quando necessário, à busca individual pela ajuda qualificada. É preciso possibilitar a apropriação do conhecimento sobre a realidade a qual estão inseridos os profissionais. Hábitos antigos ditados por processos de trabalho defasados

podem ser transformados à medida que o profissional se percebe como sujeito no processo de trabalho (LORO; ZEITOUNE, 2017). Foca-se, portanto, na importância da implementação de ações de redução dos agentes causadores de sofrimento no trabalho, possibilitando a melhora na qualidade de vida do trabalhador (ANTUNES, 2017).

5.6.1 O cuidado ao cuidador: desafios e possibilidades

Nas argumentações tecidas, foi possível perceber uma série de situações difíceis as quais passam os profissionais da saúde. Resilientes ou não, são momentos carregados de emoções, que deixam sua marca no ser e no fazer profissional. Então, o intuito é possibilitar uma reflexão acerca do que fazer para e com o profissional que se encontra nesse imenso desafio diário de cuidar do outro. A perspectiva é ter o profissional como foco, como fim em si mesmo e não como instrumento. Em outras palavras, é preciso pensar em humanização do trabalho para o trabalhador como o centro da discussão, e não para obter melhor resultado no trabalho; embora isso consequentemente acontecerá. Para tanto, utilizar-se-á como guia a Política Nacional de Humanização (PNH) que possui como escopo promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde (PNH, 2013).

Durante o processo de coleta de dados, foi percebida a importância de um espaço de escuta para os profissionais. Já na apresentação da pesquisa alguns ressaltaram como seria bom ter alguém que olhasse por eles, pois geralmente não tem. E o quanto os mais antigos estão mais “calejados” (termo utilizado pelos profissionais). Ainda durante o período de ambientação da pesquisadora, os técnicos de enfermagem se mostraram contrariados pelo fato da pesquisa não ser feita com eles também. Foi colocado que a pesquisa era realizada só com “gente chique”, evidenciando uma questão hierárquica bem importante. E, para além disso, ratificando a necessidade de escuta de suas angústias. A falta de um olhar diferenciado aos profissionais fica clara nas falas:

A gente não tem com quem conversar, eu converso com minha mãe quando chego em casa. Daí conto tudo para ela (E7, CM).

[...] mas uma coisa que eu acho que falta aqui, é um profissional psicóloga, pra equipe, os familiares, os pacientes têm né, mas pra equipe tinha que ter, olha o que a gente vivencia aqui, não só aqui, em todos os andares, mas não tem, nunca vi, pelo menos, nem foi trabalhado com a gente isso, por isso que eu falei aquele dia, pra tu nos dar palestra, porque a gente não tem isso. E nesse dia que eu te falei que teve essa morte muito difícil, uma morte assim, feia, todo mundo ficou chocado, todo mundo, e não tinha pra onde correr, meio que a gente que se consolou ali e continuamos o plantão sabe, então aí que eu me dei conta “gente, não tem ninguém

pra conversar”, assim, pra vir, alguém de fora, pra nos mostrar uma outra visão da coisa. Não tem, não tem. Eu acho super importante, deveria ter, mas não tem (E5, CM).

Tanto no pronto socorro quanto na clínica médica não há psicólogo específico para essas unidades. Há uma psicóloga da instituição, com diferentes atribuições, que está disponível para atendê-los caso eles sintam necessidade. Porém, entende-se que há dificuldade entre os profissionais de sair do seu setor para buscar uma psicóloga para atendimento, assim como há dificuldade própria de perceber-se fragilizado emocionalmente e realizar todo um movimento de busca de ajuda. Aqui marca-se a importância de ter um psicólogo específico para esses setores pesquisados, pois possuem características próprias de precarização, no caso do pronto socorro, e de intenso envolvimento no processo de terminalidade de pacientes, no caso da clínica médica; entre outras características igualmente conflitivas.

As entrevistas realizadas com os profissionais foi, segundo demonstrado por eles, um espaço de escuta. Por vezes foram momentos intensos de desabafo e de choro, revelando questões não elaboradas, traumas antigos e descontentamentos no trabalho. Para uma profissional, foi indicado que ela buscasse a psicóloga da instituição para realizar atendimento psicoterápico. Entre o convite da entrevista e o caminho até a sala onde essa se realizaria, diferentes comentários eram feitos como, por exemplo, “estou indo para o meu divã”. Houve também um momento em que a entrevista, apesar de ter sido agendada antecipadamente, foi desmarcada pela profissional. Ela relatou que não conseguiria falar naquele momento, pois naquele dia tinha dado tudo errado. Era claro o alto estresse e emoção que ela apresentava.

Apesar de não ser o objetivo da pesquisa, foi proporcionado um espaço de escuta e mobilizado diferentes sentimentos e reflexões entre os profissionais. Eles conversavam entre si sobre a entrevista e se comparavam no tempo e nas respostas. O tempo médio das entrevistas foi em torno de cinquenta minutos, podendo-se justamente fazer alusão ao divã, em um atendimento psicológico que dura esse tempo. Apesar de serem entrevistas longas, elas eram muito mais dinâmicas do que fadigas. Como se percebe nas falas:

Quem falou mais? Fui eu né? Foi bem bom falar, me senti mais leve. Conteí até para minha mãe que conversei com uma psicóloga (M3, CM).

Quanto tempo passou? [Referindo-se ao tempo da entrevista que foi de quarenta e um minutos] Tudo isso? Parece que foi dez minutos só. Bom conversar porque a gente nunca pára para pensar nessas coisas. A gente chega aqui robotizado. Eu nunca parei para pensar o que é a morte (M5, CM).

Nota-se que apenas uma entrevista, mesmo que relacionada a uma pesquisa, já foi um meio de olhar e de dar voz aos profissionais. Foi uma forma de conhecê-los e de legitimar seu saber e sua prática. Também foi um propício meio de diminuir suas angústias. Parte-se do pressuposto de que se é no trabalho que o sofrimento e o desgaste são gerados, o profissional precisa de atenção dos dispositivos de gestão. Além de se pensar a humanização em saúde é necessário compreender o que motiva, dificulta, compõe alianças ou desfaz laços onde certas atitudes podem ser veladas; porém manifestam-se na fragilidade da prática e na influência do sofrimento profissional na vida pessoal dos sujeitos (SANTOS; MOREIRA, 2014).

A humanização, na pesquisa realizada por Silva, Monteiro e Pinto (2016) com profissionais da saúde de um hospital escola foi considerada por 26% dos entrevistados, como a atenção dada ao paciente e a família dele. 16% dos profissionais responderam que a humanização relaciona-se com o tratamento igualitário e outros 16% com melhoria na infraestrutura. 7% apontaram a interação em equipe e outros 7% não possuíam opinião formada. A educação continuada (6%), diminuição da sobrecarga de trabalho (3%), melhora da remuneração (3%) e divisão do conhecimento (3%) foram apontados como importantes no processo de humanização. As demais respostas foram relacionadas ao atendimento de qualidade (3%), respeito (7%) e relação pessoal (3%). A PNH (BRASIL, 2013) preconiza que os trabalhadores reinventem seus processos de trabalho e sejam ativos das mudanças nos serviços de saúde, mudanças que acontecem a partir do reconhecimento do papel de cada um. A partir dos conceitos que norteiam o trabalho na PNH e através da visão da psicologia é possível propor alguns meios/possibilidades no fazer profissional que protejam a saúde mental deste:

- *Gestão participativa e cogestão*: esse conceito traz a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão e a ampliação das tarefas de gestão. Relaciona-se à organização de um espaço coletivo de gestão, que permite o acordo entre necessidades e interesses dos trabalhadores e gestores. Sendo um importante instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde; contribuindo para tornar o trabalho mais motivador para a equipe de saúde. O modelo de gestão proposto pela PNH é centrado na equipe, na construção coletiva e em espaços coletivos de compartilhamento, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2009).

No espaço hospitalar há uma hierarquia que faz parte da organização de uma instituição. Os serviços de saúde organizam seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.) e não em objetivos comuns, o que não tem permitido que as práticas se complementem (BRASIL, 2009). No que concerne aos trabalhadores dos setores

pesquisados, há igualmente uma hierarquia entre eles próprios. Na ordem hierárquica crescente: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos. Técnicos de enfermagem e enfermeiros dividem a mesma sala, ficando os médicos em sala separada. Isto pode ser condizente com algumas atividades realizadas por estes profissionais. Porém, o que se observou foi o fato desses profissionais não se conversarem. Uma passagem de plantão, por exemplo, é realizada na mesma sala entre os enfermeiros e entre os técnicos, num mesmo momento, no entanto separadamente. Em grupos separados pela hierarquia e não pela estrutura da sala. Um momento de estranheza para a pesquisadora que estava ouvindo a mesma passagem de plantão, sobre os mesmos pacientes, mas sem uma comunicação que integrasse as duas profissões. A passagem de plantão dos médicos também é realizada no mesmo horário em sala diferente.

A comunicação pode ser um fator chave nos modos de cuidados. Comunicar traz um encontro entre as pessoas; uma interação que compõe um sistema. Os sujeitos, na comunicação, não são considerados individualmente e sim em uma rede relacional, no seu contexto de interação. Nesse sistema o inter-relacionamento irá constituir um todo único (FREIXO, 2006). Com isso, o processo hierárquico poderia ser mais horizontalizado. Os profissionais seriam valorados entre eles próprios, no sentido de se escutarem e se perceberem inseridos dentro de um contexto maior. Ademais, a passagem de plantão, momento em que todos se encontram pode tornar-se um momento de reflexão sobre questões mais subjetivas dos profissionais e não apenas um momento de informações técnicas. Retratar como se sentiu durante um atendimento, em decorrência da morte de um paciente ou até sobre ruídos entre a própria equipe são compartilhamentos que auxiliariam na redução das angústias e estresse dos profissionais.

Esses espaços de discussões poderiam ocorrer diariamente nas passagens de plantão, nas quais há mais profissionais presentes, e em outros momentos propícios, uma vez na semana ou a cada quinze dias, conforme a disponibilidade do setor. Entende-se a dificuldade de realizar essa proposta no pronto socorro, onde os profissionais apenas se encontram nas passagens de plantão. Todavia, seria possível realizar essa proposta nesse momento e nos *rounds*, nos quais os médicos estão presentes. A possibilidade dessa troca os aproximaria enquanto equipe multidisciplinar, também seria um meio de dividirem suas responsabilidades, no sentido de um compartilhamento das situações, o que poderia diminuir a angústia em momentos difíceis. Promovendo o pensar e o fazer coletivos, e visando democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2009).

Se sentir pertencente nas decisões tomadas no cuidado ao outro também é uma forma de valorização do profissional. É uma maneira de reconhecimento sobre a qualidade do trabalho, da contribuição desse trabalhador e dele próprio. Dessa forma, o profissional adquire um status diferenciado que lhe concerne responsabilidades e ratifica a condição profissional que ele possui. Em contra partida, quando as trocas entre os profissionais não ocorrem há uma degradação do trabalho do profissional que sente que só precisa obedecer e não construir no seu local de trabalho. As falas a seguir apresentam essas duas vias:

Aqui a gente é enfermeiro gestor, a gente é líder aqui, aqui a gente tem que trabalhar com espírito de liderança, quer dizer... tem alguma coisa, tem algum problema, tem que tomar a frente, tem que ir... tem que puxar a rédea e tem que ir para cima, né? Então isso é importante, legal se puxou bastante esse perfil profissional que a gente amadurece aqui dentro, é muito legal, é muito bacana (E16, PS).

Mas a gente não toma todas as decisões. É o [nome do médico] que tem que tomar. Então a gente não, muitas vezes não pode decidir né, então vai pra ele né. Ele que decide e a gente assim... não discute muito as coisas. Às vezes eu gostaria de discutir mais. Acho que... eu entendo um pouco ele porque é muita coisa que ele tem que levar nas costas né. Mas a gente gostaria de poder discutir mais as coisas ne. Ter mais tempo assim (M1, CM).

Outro problema relatado pelos profissionais se encontra no fato de que, a princípio, eles não escolhem o setor que gostariam de trabalhar. Aprovados em concurso, são alocados nos setores que possuem vagas. No pronto socorro, por exemplo, há profissional com especialização em saúde mental que preencheu a vaga do setor após o concurso. Apesar dele gostar de trabalhar no pronto socorro, o que acontece na maioria das vezes, é o profissional não se adaptar à unidade; pois se já realizou uma especialização em outra área, há uma identificação com essa. Outro profissional relatou que só está trabalhando lá até conseguir passar em outro concurso, uma vez que não gosta do setor. Há um sofrimento ao realizar um trabalho ao qual não se identifica ou não consegue se adaptar. Em relatos, foi colocado que vários profissionais não “aguentaram” o pronto socorro e desistiram do trabalho ou pediram a troca de setor, como se percebe na fala:

Muitos já saíram, quando [nome da empresa] entrou, a grande maioria saiu, eram pessoas que estavam também há muitos anos, já se diziam cansados então muita gente saiu, e alguns porque não tinha perfil, não se adequaram não é nem porque não quiseram ficar, é porque não tinha condições técnicas de ficar, então a gente sabe que para trabalhar numa emergência tem que ter várias competências que se a pessoa não consegue desenvolver não tem como ela fica, então teve alguns colegas que precisaram ser retirados mesmo por não ter as habilidades, competências e não conseguiram desenvolver, e alguns outros porque não se adaptaram mesmo, a gente teve uns dois ou três que não se adaptaram, a gente

tinha um colega que saia chorando daqui porque ela dizia, esse trabalho é demais para mim, lidar com esse pessoas nessas condições é muito complicado, a gente teve alguns que saíram (E13, PS).

Seria importante atentar para as especialidades dos profissionais e buscar uma política de realocação de setor por parte da direção do hospital. Profissionais que não se identificam com seu setor de trabalho podem desenvolver doenças mentais, pois a maior parte do trabalho consiste em uma infinidade de comportamentos, sentimentos, pensamentos e atitudes que são invisíveis. Nesse sentido, pensa-se na importância de uma via de comunicação entre a direção da instituição e seus trabalhadores. Fornecer orientação e direcionamento, instrução e apoio aos profissionais podem ser meios para tornar o prescrito e o real mais próximos.

É importante considerar que uma mesma carga psíquica de trabalho pode produzir questões clínicas diferentes, que estarão condicionadas pelo tipo de personalidade, de temperamento, pelos recursos internos e pela própria história de vida do trabalhador envolvido. Logo, aspectos psíquicos e físicos estão densamente implicados no trabalho (DEJOURS; DESSOURS; DESRLAUX, 1993). Nem todos conseguem vivenciar a morte de um paciente com câncer com um vínculo tão próximo. Ou receber uma criança em parada cardíaca e lidar com o intenso sofrimento dos familiares. Há perfis para atendimentos de urgência, assim como há perfis para atendimentos de doenças crônicas, entre outros. Como ilustram as falas:

Eu sempre... desde muito pequena eu queria trabalhar em pronto socorro, sempre tive tino para emergência, trabalhar com urgência, fazer coisas diferentes todos os dias, não fazer tudo igual, então sempre gostei de emergência (E13, PS).

Olha eu me identifiquei muito com emergência, né? Desde jovem o meu sonho era bem claro que eu queria fazer medicina e, além disso, eu acho com influência do que a gente vê muito na mídia, e a gente ouve falar da medicina, a gente acreditava que era só na emergência, no meu ver e acabei gostando muito na emergência quando passei pela medicina na graduação. Acabei me identificando muito com a emergência aonde eu gosto de atuar mais em situações mais aonde precisa pensar e raciocinar mais rápido e aplicar a medicina, então nunca me enxerguei em trabalhar em outros setores (M11, PS)

Assim, aspectos individuais precisam ser considerados; pois é ocasião de revelar aspirações e transformar o trabalho em algo prazeroso. Ao contrário, trabalhadores que destoam do processo de trabalho e não são percebidos em sua individualidade irão entrar em sofrimento psíquico. Nesse sentido, uma pesquisa institucional poderia quantificar e/ou qualificar o nível de satisfação do trabalhador e a partir daí inserir uma política de realocação de pessoal que funcione tanto de forma individual quanto coletiva priorizando a saúde mental dos trabalhadores. Intensificar ações nesse sentido é valorar demandas psicológicas e manter

um ambiente laboral que permita aos profissionais investir e criar dentro do seu ambiente de trabalho; incluindo a capacidade de sofrer e a noção de um ambiente conversível, ou seja, que possua sempre a possibilidade de construção (FURTOS, 2007), como já colocado anteriormente.

- *Ambiência*: Pela PNH (BRASIL, 2013) a ambiência prevê a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, gerem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. É o tratamento dado ao espaço físico percebido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporcione atenção acolhedora, resolutiva e humana. Visa a confortabilidade, a produção de subjetividade e a mudança no processo de trabalho (BRASIL, 2010).

Em ambos setores pesquisados há locais de descanso para os profissionais e refeitório. Na unidade de clínica médica o refeitório é utilizado para pequenos encontros entre os profissionais, realizando comemorações entre eles. Momentos importantes de descontração dentro deste ambiente. O refeitório desta unidade é utilizado por toda a equipe o que estimula a construção de vínculos entre os trabalhadores. No pronto socorro, o refeitório dos enfermeiros e técnicos de enfermagem é a sala utilizada para as passagens de plantão, não sendo muito adequada para os trabalhadores devido ao seu pequeno espaço físico e por se encontrar no corredor onde estão os pacientes, podendo se escutar tudo o que é falado. Não foi percebido, nem relatado nas entrevistas, momentos de descontração entre os trabalhadores nessa sala. Isso pode ocorrer pela densificação do trabalho no pronto socorro e consequente supressão de tempos de descontração e descanso.

Esses locais reproduzem o mesmo modelo da instituição hospitalar: mesma cor, mesmo estilo de móveis, etc. Não sugerem uma confortabilidade para os trabalhadores, além de não possuírem acústica adequada para o descanso. Os corredores hospitalares refletem o espaço frio do ambiente; e, no pronto socorro, o ambiente insalubre de atendimento devido à grande demanda. Entende-se a dificuldade de se modificar uma estrutura já construída, porém, pequenas mudanças podem ser significativas aos trabalhadores. Como, por exemplo, resolver a acústica do local de descanso e cuidar da luminosidade. Sugere-se cor e móveis diferenciados e confortáveis aos olhos e ao corpo, permitindo um momento de relaxamento adequado e que possibilite o cultivo de coletividades e o cuidado a individualidades.

Situações em que o profissional não consegue manejar adequadamente o paciente também atuam como dano psíquico. No pronto socorro os pacientes estão internados lado a lado nos corredores. O manejo é complicado e não há privacidade para uma conversa com

este ou com seus familiares, o que é difícil também para o profissional. Mesmo na sala de internação, as cortinas para isolar o paciente são menores que o espaço a ser fechado. Deixando à mostra os corpos nus dos pacientes e constrangendo quem passa, inclusive profissionais. Há apenas uma sala de banho, sendo que os profissionais precisam descolocar todos os pacientes para lá. Como são muitos e apenas uma sala não dá conta, os profissionais optam por colocar um biombo e dar o banho no corredor. Como se percebe na fala:

A gente leva para uns cantos, tem uns cantos... tem uns becos assim, que a gente leva e bota um biombo, né? Coloca um biombo e tudo para tampar e tem a sala de banho mesmo, mas como não dar para ocupar só a sala de banho porque é muito paciente tem que se dividir em várias equipes para poder dar banho se que não... não dá conta não consegue terminar, daí tem que fazer isso aí, tem que improvisar o local para dar banho [...] (E16, PS).

É preciso estar atento não só às demandas subjetivas do trabalhador, mas também demandas relacionadas ao espaço físico, pois essas igualmente irão agir em degradação do trabalho e conseqüentemente da saúde mental do trabalhador. Por mais que não seja possível modificar a demanda do pronto socorro, é necessário pensar em pequenas soluções que podem proporcionar maior qualidade no trabalho e menor precarização deste. Como cortinas maiores que consigam fechar totalmente o espaço onde está o paciente para o profissional manejá-lo com maior liberdade; e outra sala para banho para tentar suprir a demanda e facilitar o trabalho dos profissionais. Salas que são ocupadas para consultas, podem servir também para o momento de comunicação do diagnóstico aos familiares dos pacientes, mantendo uma privacidade para todos. Assim, visando a promoção de um ambiente hospitalar menos nocivo aos profissionais e pacientes/familiares.

- *Clínica ampliada e compartilhada*: Contribui para uma abordagem na qual é considerada a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Visa o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações em saúde. São considerados outros recursos no diagnóstico, além do enfoque orgânico, e a qualificação do diálogo entre os profissionais a fim de favorecer decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e saúde dos usuários do SUS (Brasil, 2009). Esse conceito busca integrar diferentes abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional (BRASIL, 2009b). A proposta é de que trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial de diferentes saberes (BRASIL, 2007). Tendo em vista a saúde mental dos profissionais da saúde, menciona-se

aqui o segundo eixo da clínica ampliada: Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Neste, deve ser reconhecida a necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. O compartilhamento deve acontecer tanto em relação a equipe de saúde, os serviços de saúde e da ação intersetorial, no caso dos usuários. O compartilhamento é considerado mais potente do que uma abordagem pontual e individual (BRASIL, 2009).

Durante a coleta de dados, houve uma situação em que uma médica precisava dar alta a um paciente morador de rua e usuário de drogas. Ele internou para a realização de um exame por possuir diagnóstico de câncer de esôfago. Na internação, o paciente chegou em condições precárias de higiene e alimentação. A equipe técnica de enfermagem foi mobilizada para os cuidados necessários de banho, alimentação, corte de cabelo e barba. O paciente permaneceu poucos dias internado e após o exame ser realizado a alta hospitalar ficou a cargo de uma médica. A questão que gerou sofrimento para a médica foi o fato de que o paciente não estava se beneficiando em termos de tratamento, porém estava se alimentando com cinco refeições diárias, o que ele nunca teria na rua. O paciente estava demonstrando grande felicidade por essa possibilidade de se alimentar e estar em um lugar quente e confortável, o que tornou a alta hospitalar algo difícil de realizar. A médica, demonstrando claro desconforto, foi à equipe de enfermagem pedir que a equipe multidisciplinar fosse mobilizada para a realização da alta. A equipe multidisciplinar vem de outros setores do hospital, não há, como já colocado, outros profissionais no setor, que dessem conta de situações ampliadas a respeito dos pacientes e da própria equipe. Marca-se aqui a importância de um trabalho em conjunto que pudesse envolver um cuidado além do objeto doença do paciente. Compartilhar as situações de cuidado dividiria a carga de responsabilidade dos profissionais, excetuando-se o que é próprio de cada profissão.

Os profissionais da saúde passam de seis a doze horas no ambiente de trabalho. Logo, o cuidado ao cuidador perpassa meios de ações e atitudes de cuidado entre os profissionais. Deve iniciar ao chegar no ambiente de convívio e de interação com demonstração de respeito, de interesse e de preocupação com o outro. No convívio diário intergrupar, torna-se importante a presença, escuta, atenção, valorização, disponibilidade e solidariedade que um profissional expressa em relação ao outro no espaço de trabalho (BAGGIO; ERDMANN, 2015). Assim, a assistência humanizada precisa ter seu enfoque também aos profissionais e nas relações estabelecidas no serviço de saúde.

Apesar de situações, como o processo de morte de pacientes, serem corriqueiras no dia-a-dia da instituição hospitalar, não se pode isentar a demanda psíquica do profissional. O investimento que cada um faz no e pelo seu trabalho pode determinar um processo de sofrimento frente a essas situações difíceis em que o próprio profissional se sente vulnerável. Aceitar e conhecer suas limitações e conflitos e buscar ajuda ao invés de contornar o problema e evitar o paciente (KÜBLER-ROSS, 2008) e colegas de equipe, pode ser mais eficaz e melhorar o ambiente de trabalho para todos. O compartilhamento dessas situações com outras profissões poderia habilitar os profissionais para enfrentar serenamente tais dificuldades e procurar soluções juntos (KÜBLER-ROSS, 2008). As dificuldades não podem ser percebidas apenas como algo individual. Elas merecem ser vistas como algo digno de discussão e reflexão pela equipe multidisciplinar para que sejam criados mecanismos ajustados a componentes coletivos, que permitam o enfrentamento desse processo (SANTOS; MOREIRA, 2014).

Nas unidades onde foi realizada a pesquisa se constatou a ausência de espaços de discussões no ambiente de trabalho. Uma pesquisa realizada por Silva, Monteiro e Pinto (2016), com diferentes profissionais da saúde apontou que 93% dos profissionais consideram que há falta de comunicação entre eles. Entre as respostas 28% correspondem à falta de compartilhamento de informações sobre o paciente. A falha na comunicação escrita foi referida em 11% das entrevistas, individualismo em 11%, divergência de conduta em 11% e falta de interação entre os profissionais em 11%. Uma porcentagem de 6% relacionou a falta de comunicação à falta de educação. Como causa da falta de comunicação foi apontada a sobrecarga de trabalho (5%) e a falta de estabelecimento da função de cada profissional (5%). Ainda, 6% dos entrevistados apontaram que a falha na comunicação pode acontecer pela falta de relação pessoal, e outros 6% sugeriram que a maior falta de comunicação ocorre entre técnicos de enfermagem e médicos.

A racionalização, a mecanização e a sobrecarga de atividades não proporcionam condições para os trabalhadores exercerem suas funções de maneira compartilhada, contextualizada, intersetorial e interdisciplinar. Todavia, seria preciso que a instituição proporcionasse maior autonomia para que as equipes multiprofissionais realizassem suas atividades, responsabilizando-se pelos projetos terapêuticos, pelo acompanhamento dos usuários e pelo processo de cura, de acordo as necessidades desses, permitindo um processo de trabalho que se desenvolva na humanização tanto para usuários quanto para os trabalhadores (TRAJANO; CUNHA, 2011). A clínica ampliada permite um plano terapêutico

singular ao usuário; e além disso, comporta o compartilhamento de informações entre os trabalhadores, proporcionando discussões e reflexões dentro de diferentes saberes e práticas.

Lidar com a multicausalidade dos problemas de saúde significa trabalhar em equipe. É através da interação entre os diferentes profissionais da equipe e da valorização das diferenças que será possível fazer uma clínica ampliada. Para tanto, torna-se necessário identificar os limites dos conhecimentos dos profissionais da saúde e das tecnologias por eles utilizadas. Além disso, a clínica ampliada demanda dos profissionais uma permanente reflexão dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade (BRASIL, 2007). Fazer a clínica ampliada é meio facilitador para os profissionais, que poderão compartilhar informações e possuir uma perspectiva mais ampla de um mesmo paciente. Nas reuniões entre equipes ou nos *rounds* cada profissional poderá se colocar argumentando seu ponto de vista profissional e respeitando a visão do outro, possibilitando ao final uma interpretação em conjunto.

- *Valorização do trabalhador*: Este conceito da PNH implica na importância da visibilidade da experiência dos trabalhadores e inclusão destes nas tomadas de decisões, confiando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. São possibilidades que propiciam o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece a equipe e do que assegura os acordos de como agir no serviço de saúde (BRASIL, 2013). Nas argumentações tecidas entende-se que todas as ações demandadas ao trabalhador são meios de valorização deste. Os conceitos trabalhados a partir da PNH para os trabalhadores visam a valorização deste a partir dos meios de gestão participativa e cogestão, ambiência e clínica ampliada e compartilhada. O olhar para as necessidades desses profissionais é forma de humanizar o ambiente de trabalho.

No que tange ao sofrimento frente aos processos de morte e de morrer sugere-se a educação continuada para os profissionais como forma de compreensão e elaboração de suas dificuldades. Não se trata de aplicar medidas como reformular currículos criando disciplinas novas ou conteúdos desfragmentados. É preciso que docentes e discentes reflitam juntos sobre o significado, singularidades e pluralidades da morte (LIMA; NIETSCHE, 2016). O importante é a atitude assumida e a capacidade de encarar a doença fatal e a morte. Se isso é um problema na vida particular do profissional, se a morte é vista como um tabu, não será possível afrontá-la com calma ao cuidar de um paciente (KÜBLER-ROSS, 2008). Para tanto, os profissionais precisam examinar suas atitudes pessoais frente à terminalidade dos pacientes e a morte. Tornando-se capazes de falar sobre esses assuntos com o paciente e sua família e com a equipe sem excessiva ansiedade (TRAJANO; CUNHA, 2011).

O psicólogo integrado à equipe poderá detectar as dificuldades apresentadas pelos profissionais e trabalhá-las de forma individual e coletiva, seja por meio de atendimento clínico individual ou grupal, nos *rounds* e reuniões de equipe, seja através de capacitações com periodicidade de acordo com a necessidade. Um serviço de apoio psicológico possibilita a construção de um espaço diferenciado para a discussão dos conflitos, dificuldades, vivências e dilemas no decorrer da formação e/ou do trabalho (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Além disso, medidas preventivas poderão ser aplicadas e o psicólogo poderá colaborar evidenciando a necessidade de investir em um trabalho voltado ao crescimento e aprimoramento dos profissionais de diferentes áreas do saber. As discrepâncias nas diferentes formações poderão ser integradas através do desenvolvimento de protocolos ou programas terapêuticos; organizados pela equipe dentro do real e do possível; integrando as condutas e procedimentos de forma harmoniosa e eficiente para os pacientes e equipe (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

Em hospitais escolas, por exemplo, as capacitações podem ocorrer também para estudantes de diferentes formações em estágios da graduação e/ou durante as residências, possibilitando a reflexão sobre esse assunto desde antes da vida profissional. A implantação de programas centrados na educação para a morte e estratégias de solução de problemas pode auxiliar na constituição de redes sociais e desenvolver espaços de discussão nos quais profissionais da área e estudantes poderão refletir sobre questões referentes à morte de maneira saudável, acolhedora e integrada (SANTOS; HORMANEZ, 2013). Faz-se necessário integrar a formação em saúde nessa discussão, pois através dela são direcionadas as formas de pensar e agir dos estudantes e, conseqüentemente, futuros profissionais. Se a humanização no seu sentido maior não entra em pauta no dia-a-dia de trabalho, talvez isso seja reflexo de um processo deficiente dentro do pouco valor que os meios educativos proporcionam para essa temática nos seus espaços de aprendizagem (TRAJANO; CUNHA, 2011). O que se percebeu durante a pesquisa, é que muito dos comportamentos dos residentes são espelhados em seu preceptor. Logo, um preceptor que não refletiu sobre seus conceitos, dificuldades e ansiedades frente à morte, estará replicando o mesmo comportamento em seus alunos que o observam como exemplo a ser seguido. Isso fica explícito na fala abaixo:

Ninguém te ensina, ninguém te fala como que tem que abordar esses assuntos né, e a gente não sabe qual que é a melhor maneira de falar, se fala ou não fala, se dá uma ideia, se fala toda a verdade, é difícil. [...]eu acho que já tentei absorver algumas experiências que eu já vi né, tipo já vi tanto [...] A maioria dos hospitais não tem nada específico em relação a isso né, eu gostaria que a gente tivesse mais, que a gente pudesse abordar mais a terminalidade, principalmente quando é

cuidado paliativo né, eu acho que o final da vida tem que ser digno né, eu vejo assim (M3, CM).

Replicar comportamentos observados pode ser uma ótima estratégia; porém é preciso antes ter seus próprios conceitos e percepções sobre esse tema que ainda é um tabu. Além disso, estar em coerência com os próprios sentimentos e valores é essencial para que o trabalhador se perceba dentro de um trabalho humanizado à ele próprio. Para que isso aconteça, exalta-se a percepção da importância de um diálogo efetivo sobre o assunto, possibilitando um melhor enfrentamento frente as situações vivenciadas. A partir de um olhar singular para as diferentes significações atribuídas pelos profissionais sobre a doença e a ameaça iminente de morte nas diferentes fases da vida e tratamento da doença (MOURA DE MOURA et al., 2016). Ademais, o olhar ao individual e o trabalho com o coletivo poderá modificar comportamentos restritos enraizados socialmente sobre a morte, descortinando os silenciamentos da morte no meio hospitalar e permitindo trazer à voz esse tema de maneira reflexiva e transformadora. Deixando de ser problemático falar sobre a morte de pacientes e possibilitando maior qualidade de relação entre profissionais e pacientes/familiares também nessa etapa da vida.

6 CONCLUSÃO

Não é fácil falar da morte. Apenas seu nome já traz desconforto para muitos. Durante a realização da pesquisa, sempre haviam outras ideias sugeridas pelos participantes de temas felizes ao qual se podia estudar. Ninguém pensa na sua finitude ou quer pensar na finitude do outro. Viver o cotidiano rodeado de pacientes em final de vida requer o uso de mecanismos de defesa. O profissional precisa se proteger. Da morte do outro? Não, de sua própria finitude, da morte de seus entes queridos, da possibilidade de morte de seus filhos. Não é fácil, mas o trabalho está sendo feito. A que custo? Ao custo de não se falar sobre isso. As pessoas morrem todos os dias nos hospitais. Durante a pesquisa houve mais de uma morte em um único dia, em um único setor. Mas não se falou sobre isso.

Entre perdas e (não) lutos o trabalho continua enquanto a outra vida se acaba. Fala-se em cuidados paliativos, em qualidade no fim da vida, mas sem querer falar sobre a morte. Os pacientes sabem que ela (enquanto aquela figura materializada) está batendo à porta. Eles querem falar sobre isso. Os familiares sabem que a morte está próxima, mas eles querem negar isso. Os profissionais encontram-se como grandes mediadores para abordar esse assunto, mas eles não sabem qual o melhor jeito de fazê-lo. Eles não foram preparados para isso. Então, tomam distância, protegem-se. Porém, como se proteger todos os dias? Com todos os pacientes que estão morrendo a sua frente? Com a criança que já chega sem possibilidades de ser salva? Os mecanismos de defesa já não suportam tamanha angústia e o sofrimento surge. Ele sempre esteve à espreita, mas estava sendo suprimido em prol de um trabalho que precisava ser percebido como puramente tecnológico.

Não ter tempo. De olhar para o paciente que está morrendo? De cuidar? É preciso atender o outro paciente que está chegando. E vestindo essa roupagem de falta de tempo o lugar da morte se esvai. Entretanto, ela teima em acontecer todos os dias, e em todos os dias é preciso não ter tempo de olhar para ela. A certeza da finitude não encontra espaço no ambiente hospitalar. O corpo é retirado o mais rápido possível, nem ocupa o lugar. E chega o próximo paciente, talvez em situação tão grave quanto o anterior. Ele pode morrer também e, novamente, essa morte não terá seu lugar. E chega agora uma criança. Essa morte não faz parte do curso natural da vida logo, a equipe se esmera de maneira heroica. As tentativas de salvá-la ultrapassam todas as possibilidades. Mas ela morre mesmo assim. E a equipe, antes heroica, se desarma em toda a sua fragilidade. Os profissionais se deparam com a impotência de salvar todas as vidas, com a perda trágica de uma vida que estava iniciando. “Podia ser

meu filho”, pensa uma das enfermeiras. Pronto, a morte se mostra soberana, fora de controle. E o sofrimento vem à tona como algo devastador. A equipe se desestrutura. Alguns saem chorando, outros se abraçam e tentam se consolar. Quem estava presente se sente culpado por não ter feito mais, e quem não estava trabalhando acha que podia ter feito algo diferente. O lado pessoal se une ao lado profissional, agora de forma nítida. Nenhum trabalhador se desvincula de sua história.

Os profissionais ainda são formados para curar, para salvar vidas. E a prática não dá credibilidade à formação. As pessoas morrem, é o que se tem de real. E os profissionais sofrem isso também é real, mas ninguém quer ver. A sociedade nega e a instituição hospitalar esconde. É preciso trabalhar mais para tentar esquecer, ou para nem pensar que a morte existe. Todos os dias. Fala-se que a morte está naturalizada pelos profissionais da saúde, ledo engano. Se a morte fosse tão natural não precisaria de tanta proteção entre os profissionais, não precisaria ficar escondida atrás das tecnologias, não precisaria ser abafada e não se precisaria fechar todas as portas para passar com o corpo do paciente. A morte não é natural entre os profissionais da saúde. Ela ainda é macabra, pois aponta a falibilidade da ciência médica e, conseqüentemente, a impotência de se salvar todas as vidas.

Há sim um luto entre os profissionais, quando da perda de um paciente, mas ele é individualizado e silenciado, assim como a morte. A escrita da tese veio para descortinar o interdito que é falar sobre ela. Ao tecer os significados da morte para os profissionais, percebeu-se que a maioria, independente de religião, enxerga enquanto uma passagem, com uma continuidade após a vida terrena. Mas essa crença não é compartilhada com os pacientes e familiares, salvo quando há um vínculo muito próximo. Na maior parte dos atendimentos não se conversa sobre espiritualidade, assim como tenta-se não conversar sobre a morte próxima. Ela torna-se evento puramente biológico dentro do hospital. No momento em que se poderia abordar as diferentes dimensões no cuidado ao paciente, a terminalidade fica restrita apenas ao controle da dor. Os pacientes e familiares refletem o mesmo comportamento dos profissionais. Dito por uma enfermeira, e observado durante a pesquisa, não há objetos religiosos nos leitos. O espaço físico, dividido com outros pacientes, conjectura apenas o ambiente insípido do hospital.

Muitas vezes, quando o paciente questiona sobre sua morte, há um disfarce de que ele vai melhorar. Isso fala de um desconforto entre os profissionais que possuem medo de confirmar a piora do paciente e sua morte próxima; pois essa confirmação poderia trazer um sofrimento ao paciente e familiares, e os profissionais teriam que lidar com esses sentimentos.

No entanto, não possuem um aparato teórico, pessoal e/ou profissional que os auxilie nesses momentos em que a relação requer um acolhimento além da terapêutica já aplicada. Logo, os conselhos são de que a melhora acontecerá, embora todos enxerguem o paciente definhando no leito. Se há uma crença, porque não compartilhar? Porque não acolher as angústias e tentar conhecer o quanto o doente quer saber?

Quando se fala em morte, se fala em pessoas que estão morrendo, em pessoas que estão vivenciando a doença de um ente querido, em amigos que estão ao redor e em profissionais que possuem a responsabilidade de realizar os cuidados. Quando curar não é mais possível, o cuidar deve ocorrer nas dimensões biopsicossocial e espiritual. Assim, acolher a angústia com uma crença, não é impor uma religião, mas manter a esperança do paciente, seja em qual plano (espiritual) esse acreditar existir. Ouvir para poder cuidar! Talvez aí esteja o grande desafio dos profissionais. Se eles se permitirem apenas ouvir o doente, as intervenções poderão ser realizadas mantendo-se a autonomia do paciente, o cuidado será digno e manter-se-á melhor qualidade na relação e maior conforto no fim da vida. Logo, é imprescindível enxergar o verso das questões que o paciente apresenta e tecer os significados que ele traz de forma a contribuir no seu tratamento. A empatia é o fio que vai tecendo essas relações entre profissional e seu paciente/familiar.

No pronto socorro, apesar da morte ser triste para os profissionais, estes estão sobrecarregados devido a superlotação e condições físicas do local, o que retira o lugar da morte enquanto meio de aproximação com pacientes e familiares, e de reflexão dos profissionais. Estes estão abandonando o setor, pedindo transferência, porque não aguentam mais lidar com a demanda exigida. A morte não é o principal problema do pronto socorro, a quantidade de gente para atender nos corredores sim. Os profissionais se sentem esgotados, não conseguem parar para refletir sobre os atendimentos ou sobre as mortes. O estresse acaba sendo o sinônimo do trabalho no pronto socorro. Por mais que o profissional goste do setor, o desgaste físico e mental e a falta de reconhecimento no trabalho são desestimulantes. A saúde mental está muito aquém do que deveria estar. Não é mais um modo suficientemente saudável de trabalhar, os profissionais já estão estagnados em seus afazeres e não possuem mais resposta de criação ou tentativas de mudanças. Dia após dia a tentativa é de conseguir atender a demanda, o que já não é mais possível. O trabalho já está mecânico, desumanizado e sem perspectiva de mudanças. A morte fica subtraída diante de uma rotina marcada pelos inúmeros procedimentos que necessitam ser realizados, não permitindo espaços para elaborações individuais ou coletivas. A saúde mental dos profissionais fica sujeita e sujeitada

pelas exigências do trabalho, não permitindo considerar o doente em sua integralidade, como sujeito na vida e na morte.

A morte é banalizada, um valor humano tão importante transformado em algo trivial. Ademais, o tema da morte não é abordado entre a equipe, o que poderia ser o cerne das discussões e de consolo. A invisibilidade da morte neste contexto, pode também estar relacionada a mecanismos defensivos nos quais a demasiada importância aos procedimentos que devem ser realizados emerge como uma proteção para não entrarem em contato com essas situações que colocam em pauta a própria vulnerabilidade frente a morte e o morrer. O distanciamento no contexto de cuidado gera atendimentos técnicos, voltados às questões biológicas da doença, excluindo-se as outras dimensões e impossibilitando um cuidado humanizado. Suprimir os sentimentos que podem emergir em situações estressantes, com dilemas éticos ou em mortes prematuras, não permite ao profissional enfrentar e elaborar essas situações cotidianas de maneira mais eficaz.

O vínculo frágil ou inexistente, nesta unidade, é um fator facilitador na elaboração da perda. No entanto, o sofrimento frente a morte é implacável quando ocorrem mortes inesperadas, relacionadas a acidentes com crianças ou jovens. Perdas que desestruturam a equipe enquanto um todo e prejudicam o trabalho que precisa ser realizado *a posteriori*. Surge a culpa devido a morte, como se cada atendimento em emergência fosse uma guerra na qual o profissional precisa sair vitorioso, ao contrário, entrará em contato com o sofrimento pela perda e com a impossibilidade de salvar a todos. O que traz a inexorabilidade da morte, e a divergência com a formação acadêmica.

Na unidade de clínica médica, o que diferencia do pronto socorro, é o grande vínculo com os pacientes. Isto possibilita maior vivência frente a todo o processo de morte e, conseqüentemente, maior sofrimento quando ocorre a morte do paciente. Se, por um lado, o vínculo é facilitador no cuidado, por outro a proximidade na relação e a demanda de afeto dificulta a elaboração do luto, trazendo um sofrimento mais prolongado. A morte é vista, por vezes, como um alívio na oncologia, devido ao grande tempo de tratamento e sofrimento que o câncer carrega, entretanto isto não acontece com os pacientes que possuem maior envolvimento com os profissionais, que não desejam estar presentes na hora da morte destes, antecipando um sofrimento que sabem que vai emergir. Logo, na clínica médica a morte é permeada de intensos sentimentos de sofrimento, principalmente quando o profissional possui vínculo com o paciente e vivencia mais proximamente sua doença e sua dor.

Nas dificuldades que a morte de pacientes traz, uma especificamente ficou muito clara, principalmente entre os médicos mais jovens. Decidir sobre as medidas de conforto. Muitas vezes os tratamentos terapêuticos são continuados em prol do conforto dos próprios profissionais. Se ganha mais tempo de vida para o paciente. Mas o que é vida? Pergunta guia que deveria ter sido feita aos profissionais que se mostravam resistentes quanto às medidas de conforto. Quando se fala em morte, se fala de muitas vidas que estão envolvidas nesse desfecho. Fala-se em medo, impotência e frustração. E, por isso, muitas vezes os profissionais querem prolongar a vida do paciente. Assim, quando ocorre a morte, eles possuem a certeza de que fizeram tudo o que estava ao alcance. Mas não pararam para pensar que toda a terapêutica apenas poderia estar prolongando o sofrimento do paciente. “Tudo o que estava ao alcance” já não era mais necessário ser feito. Entra, aqui, novamente, o olhar ao outro, a relação, o vínculo, a empatia. Uma proximidade que pode trazer um conforto muito maior do que medicamentos. Se o profissional puder se aproximar do paciente, sem tantos mecanismos defensivos, poderá tomar essas decisões com a tranquilidade de quem se permitiu escutar.

É difícil para os profissionais, se aproximarem da morte de forma tão genuína. Não é suficiente reconhecer os atributos e habilidades dos profissionais frente ao processo de morte e morrer como se este fosse apenas racional e consciente. É necessário levar-se em consideração as dificuldades individuais e coletivas, os sentimentos, as situações pessoais e interpessoais, a satisfação/insatisfação dos profissionais, e a necessidade de fortalecimento pessoal. Para tanto, deveria haver uma preparação gradual para que se encare a morte como parte da vida. Desde a graduação, o foco não deveria ser na cura das doenças, mas no cuidado do doente. Percebendo a tecnologia e o lado humano integrados, unidos em prol da evolução dos tratamentos e da humanização do cuidado. Mandar uma enfermeira recém formada, que nunca teve contato anterior com um corpo, tamponar um paciente, realmente não é a melhor forma de se ensinar que a morte faz parte da vida. Deve ser gradual, sistemático e continuar por toda a formação. Não só no meio prático, como se apresenta hoje, mas, igualmente, maciçamente teórico, porque se precisa conhecer o porquê do tabu da morte para poder superá-lo.

Constatou-se que a saúde mental dos profissionais, neste contexto, também vem se tornando fragilizada, expressa na quantidade de atestados médicos e afastamentos por doença mental. Indicativo de uma questão muito preocupante e que deveria ocupar um lugar de destaque na organização institucional. No pronto socorro têm-se a superlotação, o espaço físico e a sobrecarga laboral, que, muitas vezes, suprimem a morte como mero acontecimento,

não deixando espaço para os sentimentos. Na unidade de clínica médica, a proximidade com os pacientes, a identificação com estes e a própria carga que um diagnóstico de câncer carrega colaboram no sofrimento dos profissionais quando da perda do paciente. Vivenciar o câncer e o desfecho da morte dos pacientes é motivo de angústia e ansiedade entre os profissionais.

Independente da unidade, alguns profissionais alegaram que já não mais possuem saúde mental. Outros falaram da vontade de desistir da profissão. Sentimentos tristes para quem está de fora e percebe que estes profissionais não estão sendo ajudados. É difícil constatar que esses desabafos só encontram vazão durante uma entrevista de pesquisa. Os profissionais necessitam serem olhados em suas necessidades, de forma institucional e coletiva. Por hora, o sofrimento só é elaborado individualmente e silenciosamente; o que não está se mostrando tão eficaz.

Os profissionais não estão sendo percebidos enquanto pessoas que sofrem que possuem necessidades e desejos. Por mais que a instituição exija capacitações periódicas na formação, outras mudanças na organização não estão acontecendo. Inclusive na necessidade de contratação de outros profissionais para suprir a demanda. Alerta-se, então, para a invisibilidade do sofrimento dos trabalhadores. Acredita-se que o número de afastamentos por motivo de doença mental, independente de qual diagnóstico, pode ser o primeiro passo para se pensar em mudanças significativas para os profissionais. É preciso repensar a organização institucional e redefinir ações estratégicas, aplicando ações coerentes com as necessidades dos profissionais em busca de melhor qualidade no trabalho e, conseqüentemente, melhora da saúde mental.

Os efeitos que a morte pode causar na saúde mental dos profissionais são, em sua maioria, negativos. Em contra partida, vivenciar a dor e o sofrimento dos pacientes pode emergir nos profissionais o comprometimento de aproveitar melhor a própria vida. Sendo resilientes suficientes para aproveitarem melhor os momentos de lazer que possuem e os encontros com amigos e família. Conhecer a dor do outro, apresentou-se também como meio de olhar a vida de forma diferente, procurando extrair o que há de melhor nela.

Se o profissional não reflete sobre seu trabalho, os mesmos comportamentos serão repetidos com todos os pacientes, nada de novo poderá ser acrescentado. Recomenda-se a reflexão, a formação continuada para novos aprendizados e a busca de ajuda para a elaboração do sofrimento, a fim de possibilitar outros meios de enfrentamento das dificuldades e a construção de outros comportamentos que permitam um cuidado integral e humanizado para pacientes/familiares e para os próprios profissionais.

Considera-se que o uso maciço de mecanismos de defesa não é o melhor meio para aliviar o sofrimento que emerge no cuidado ao paciente em processo de morte e morrer. Posto isso, alude-se o quando a morte da criança causou comoção e estagnou o trabalho da maior parte dos profissionais. Parece que todas as emoções contidas emergiram de uma só vez, causando intenso sofrimento. Entende-se o quanto é difícil ver uma criança morrer. E, não se coloca aqui o choro e o sofrimento como um problema, e sim um meio de elaborar o luto. Seria importante que o luto fosse vivenciado com cada paciente, de forma pontual e de acordo com a necessidade do profissional. Não se tem a ideia de impor aos profissionais um constante luto, e sim permitir que o emergir dos sentimentos não seja um tabu entre eles próprios, a fim de que a equipe possa se apoiar e se consolar nas perdas.

Em virtude dos achados menciona-se a importância de que a morte seja tema de formação inicial e continuada entre todos os profissionais da saúde e que a instituição possa demandar um olhar diferenciado aos seus colaboradores a fim de melhorar a saúde mental desses através de modificações na organização do trabalho. Mesmo que os profissionais alocados em cada setor estejam lá por terem passado em concurso público, é importante considerar qual sua formação continuada a fim de perceber seus interesses em determinada área de atendimento. Assim, priorizando a identificação dos profissionais com seu setor de trabalho, enaltecendo suas habilidades e facilidades, colaborando em sua satisfação de trabalho e diminuindo seu sofrimento.

Ademais, considerando que os aspectos psíquicos estão amplamente implicados o trabalho, expõe-se a importância de ter um psicólogo para esses setores pesquisados, pois possuem características próprias de precarização, no caso do pronto socorro, e de intenso envolvimento no processo de terminalidade de pacientes, no caso da clínica médica; entre outras características igualmente conflitivas. É importante proporcionar um espaço de escuta que mobilize diferentes sentimentos e reflexões como meio propício de diminuir as angústias emergentes no fazer profissional. O psicólogo poderá detectar as dificuldades apresentadas pelos profissionais e trabalhá-las de forma individual ou coletiva, possibilitando a construção de um espaço diferenciado para a discussão dos conflitos, dificuldades, vivências e dilemas congruentes ao cuidado de pacientes em fim de vida. A partir de um olhar singular para as diferentes significações atribuídas pelos profissionais sobre a doença e a morte, medidas preventivas poderão ser realizadas. O olhar ao individual e o trabalho com o coletivo poderá modificar comportamentos restritos enraizados socialmente sobre a morte, descortinando os

silenciamentos da morte no meio hospitalar e permitindo trazer à voz esse tema de maneira reflexiva e transformadora.

Ao findar a escrita desse estudo, concluiu-se que o cuidado dos pacientes em processo de morte e morrer versam em cima do interdito social que a morte carrega, pois apesar de gerar sofrimento aos profissionais, não se reflete sobre a morte de pacientes. A morte de crianças é um imenso tabu que ocasiona sofrimento intenso e paralisante entre os profissionais. Por isso, sugere-se atenção diferenciada a essas situações, realizando-se intervenções individuais e/ou coletivas junto aos profissionais. Propõe-se que novos estudos possam ser realizados com este tema, priorizando a saúde mental dos profissionais que cuidam de crianças fora de possibilidades de cura. Por exemplo, no pronto socorro pediátrico, onde ocorrem mortes trágicas de crianças, muitas vítimas de acidentes, nas quais os profissionais se sentem impotentes na “guerra” contra a morte.

Frente aos achados, destaca-se a importância da escuta de diferentes atores sociais. O recorte dessa pesquisa foi feito com médicos e enfermeiros, porém os técnicos de enfermagem demonstraram profundo interesse na temática, além de reclamarem explicitamente o quanto eles não são vistos, tanto na instituição, quanto entre os próprios pesquisadores que realizam sua coleta nesse local. Daqui tira-se a necessidade que eles possuem de visibilidade de sua voz, seus sentimentos e seus saberes. Diferentes saberes devem ser incluídos em estudos prospectivos, pois dentro de um hospital, a morte de pacientes e o sofrimento fazem parte do dia-a-dia de todos os profissionais.

A pesquisa trouxe um recorte dos sentimentos e vivências de médicos e enfermeiros, da clínica médica e do pronto socorro, no cuidado de pacientes em processo de morte e morrer. Para tanto, buscou-se analisar com grande profundidade as situações que aconteceram no decorrer da coleta dos dados, bem como os relatos. Se finda a pesquisa com grande preocupação em relação ao pronto socorro, no qual o termo “humanização” não pode ser aplicado nem aos pacientes, nem aos profissionais. Compreende-se que mudanças maciças nesse setor dificilmente acontecerão e que os profissionais que ali trabalham ficarão cada vez mais doentes mentalmente. Logo, a pesquisa aqui descrita, é apenas um passo dentre outros que precisam ser dados para que mudanças substanciais sejam realizadas em prol de todos os usuários e profissionais hospitalares.

Espera-se, ao findar da leitura, que a morte não seja ainda aquela figura macabra, mas meio de aproximação ao próximo. Ao fim da vida, ninguém merece estar só. Aos diferentes profissionais da saúde cabe mediar esse momento. Não basta realizar os atendimentos, é

preciso se colocar ao lado. Entrelaçando os saberes com a esperança de quem está se despedindo. A técnica com o humano. Pois, quando se fala em morte, se fala em vida, de atenção integral a estes sujeitos, na vida e na morte. E ao olhar o sol (retomando a referência feita na apresentação da tese) que se possa enxergar o que há de mais humano em cada um. Descortinar esta experiência coletiva, do cuidado na morte e no morrer, significou tocar nos limites mais extremos e na maior possibilidade de abertura destes sujeitos, na possibilidade de enxergar o que há de mais humano em cada um, enraizado na arte do cuidado, ofício tão individual e tão social.

7 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. V.; RIBEIRO JÚNIOR, N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 2, p. 237- 246.
- ALVES, C. A. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: uma interface nacional e internacional. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 1, p. 137-157.
- ALVES, R. A morte como conselheira. In: CARSOLO, R. M. S. (Org.). **Da morte**: estudos brasileiros. São Paulo: Papyrus, 1991. p. 65-76.
- ANDRADE, C. G. de; COSTA, S. F. G. da; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p.2523-2530, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2016.
- ANDRADE, E. O.; ANDRADE, E. N. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, p. 46-52, 2010.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. Pacientes terminais: um breve esboço. In: _____. **Psicologia hospitalar**: teoria e prática. São Paulo: Thomson Learning, 2006. p. 99-114.
- ANTUNES, M. Produção científica brasileira sobre sofrimento psíquico e depressão da equipe de enfermagem na emergência. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1138/851>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- ARAÚJO, C. B. et al. A prática do autocuidado por trabalhadores da enfermagem de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/39304>>. Acesso em: 09 out. 2017.
- ARAÚJO, T. M. Uso do job content questionnaire na avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho e saúde mental: resultados de um estudo de professores. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p. 139-159.
- AREDES, J. S.; MODESTO, A. L. "Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas": um estudo sobre a prática médica hospitalar. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 435-453, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200435&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- AZEVEDO, R. **Contos de enganar a morte**. São Paulo: Ática, 2003.

- AZEVEDO, F. A. et al. Significados de Morte: o Discurso do Sujeito Coletivo da Enfermagem / Meaning of Death: the collective subject speech of the nursing staff. **Revista Ciências em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 52-58, 2016. Disponível em: <http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/458>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- BAASCH, D.; LANER, A. S. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva em dois hospitais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1097-1105, 2011.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Processando o cuidado “do nós” nas relações/interações estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 573-580, jul./set. 2015.
- BAPTISTA, P. C. P. et al. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. esp. 2, p. 122-128, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800122&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2017.
- BARBOSA, A. G. C.; MASSARONI, L.; LIMA, E. Meaning of the process of dying and death for multiprofessional staff. **Jornal of Research Fundamental Care Online**, v. 8, n. 2, p. 4510-4517, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/4849/pdf_1907>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- BARCHIFONTAINE, C. P. Espiritualidade e comunicação na saúde: fundamentação conceitual. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 3, p. 505-518.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARÓ, A. O. A.; GONZÁLEZ, A. T. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. **Mediciego**, v. 20, n. 1, 2014. Disponível em: <www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc141g.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- BARTHES, R. **A câmara clara: nota sobre a fotografia**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.
- BEST, J. A. The things we have lost. **JAMA**, v. 316, n. 18, p. 1871-1872, nov. 2016. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2579872>>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- BORDIGNON, M. et al. (In)satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. **Revista Rene**, v. 16, n. 3, p. 398-406, maio/jun. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.rene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1982/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.
- BORGES, M. da S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 maio 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510/2016**. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

_____. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 2 abr. 2015.

_____. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2013/Lei/L12864.htm>. Acesso em: 11 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2015.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília, DF: MPS/DATAPREV, 2013b. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/AEPS-2013-v.-26.02.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clinica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1. ed., 1. reimp., Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19>. Acesso em: 13 maio 2012.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L.; SOUZA, N. V. D. de O. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 90-95, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100090&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANO, D. S. **O profissional que está no fio, entre a vida e a morte: vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas**. Florianópolis, 2008. 180 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CARDOSO, D. et al. El cuidado en la fase terminal: dificultades de un equipo multidisciplinario en la atención hospitalaria. **Avances em enfermagem**, Bogotá, v. 31, n. 2, p. 83-91, July 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2017.

CARVALHO, D. O. et al. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 61-74, 2015.

CARVALHO, V. A. A vida que há na morte. In: BROMBERG, M. H. P. F.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M. M. J.; CARVALHO, V. A. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 36-76.

CASSEL, E. **The nature of suffering and the goals of medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1991.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/d7c0f193d33e3f100687d8c3259a4ed8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030753>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1990.

CHIAVENATO, J. J. **A morte**: uma abordagem sociocultural. São Paulo: Moderna, 1998.

CHIFFOLEAU, J. O que faz a morte mudar na região de Avinhão no fim da idade média. In: BRAET, H.; VERBEKE, W. (Ed.). **A Morte na Idade Média**. São Paulo: USP, 1996. p. 117-130.

COGO, S. B. et al. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1031-1038, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167201600601031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de agosto de 2012, Seção 1, p. 269-270.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública**: referências para atuação do psicólogo. Brasília: CFP/CREPOP, 2008.

_____. **Resolução CFP 016/2000**. 2000. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao68.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 1.931/2009, Código de Processo Ético-Profissional: Resolução CFM nº 1.897/2009. Porto Alegre: Pallotti, 2010.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Palliative care training: experience of medical and nursing students. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-1052, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000401041&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2017.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

DAHMEN, B. M. et al. Limiting treatment and shortening of life: data from a cross-sectional survey in Germany on frequencies, determinants and patients' involvement. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 1, p. 3, jan. 2017. Disponível em: <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0176-6>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 60-65, 2009.

DALL'AGNOL, D. Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 2, p. 201-224.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

_____. **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Travail, usure mental**: essai de psychopathologie du travail. Paris: Bayard, 1993.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: _____. et al. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994a. p. 21-32.

_____. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: _____. et al. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994b. p. 45-65.

_____. O trabalho como enigma. In: LACMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.

_____.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C. et al. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____.; DESSORS, D; DESRLAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. Tradução de Maria Irene S. Betiol, revista por Edith Seligmann Silva. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, maio/Jun. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>>. Acesso em: 12 maio 2016.

DENZIN, N. **The research act**. Chicago: Aldine, 1970.

DRANE, J. O suicídio: algumas reflexões bioéticas. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 1, p. 93-107.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro, Zahar, 2001.

ESSLINGER, I. **De quem é a vida afinal?** Descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERREIRA, G. B.; ARAGÃO, A. E. A.; OLIVEIRA, P. S. Síndrome de Burnout na enfermagem hospitalar/intensivista: o que dizem os estudos?. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1100/611>>. Acesso em: 12 set. 2017.

FIELDING, N.; FIELDING, J. **Linking data**: the articulation of qualitative and quantitative methods in social research. Beverly Hills, London: Sage, 1986.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, jan./mar., 2010. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/364/pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2012.

FONTOURA, E. G.; ROSA, D. O. S. Vivência da tríade trágica nos cuidados de enfermagem à pessoa na finitude da vida. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 12, n. 3, p. 508-514, set. 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2017.

FREIXO, M. J. V. **Teorias e modelos de comunicação**. Lisboa: Instituto Piaget, 2006.

FREUD, S. Além do Princípio de Prazer (1920). In: _____. **Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 18, p. 13-17.

FURTOS, J. La santé mentale face aux mutations sociales. In: FURTOS, J.; LAVAL, C. **La santé mentale en actes: de la clinique au politique**. Toulouse: Érès, 2005.

_____. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. **Mental Idées**, Bruxelles, n. 11, p. 24-33, set., 2007. (Dossier Souffrance et Société).

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. G; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 455-462, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533263010>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

GERONASSO, M. C. H.; COELHO, D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde & Meio Ambiente**, v. 1, n. 1, p. 173-187, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010.

GLINA, D. M. R. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010. p. 3-30.

GOMES, A. M. A. et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2017.

GONZÁLEZ-REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

GRANEK, L. et al. Mixed-Methods Study of the Impact of Chronic Patient Death on Oncologists' Personal and Professional Lives. **Journal of Oncology Practice**, v. 13, n. 1, e1-e10, jan. 2017. Disponível em: <<http://ascopubs.org/doi/10.1200/JOP.2016.014746>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

GREGIO, C. et al. O luto desencadeado por desastres. In: FRANCO, M. H. P. (Org.). **A intervenção psicológica em emergências**: fundamentos para a prática. São Paulo: Summus, 2015. p. 189-228.

HABEKOST CARDOSO, D. et al. El cuidado en la fase terminal: dificultades de un equipo multidisciplinario en la atención hospitalaria. **Avances em Enfermería**. Bogotá, v. 31, n. 2, p. 83-91, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2017.

HELOANI, R.; BARRETO, M. Aspectos do trabalho relacionados à saúde mental: assédio moral e violência psicológica. In: GLINA, D. M. R; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p. 31-48.

HENNEZEL, M. A morte no centro da vida. In: _____. **Morrer de olhos abertos**. Portugal: Casa das Letras, 2006. p. 55-73.

_____.; LELOUP, J. Y. **A arte de morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes, 1999.

HERCOS, T. M. et al. Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 51-58, 2014.

HOSSNE, W. S.; PESSINI, L. O tratamento médico fútil e/ou inútil: da angústia à serenidade do equacionamento bioético. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 1, p. 109-135.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 10 abr. 2015.

JARDIM, S. R.; RAMOS, A.; GLINA, D. M. R. Diagnóstico e nexos com trabalho. In: GLINA, D. M. R; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p. 49-80.

KARKOW, M. C. et al. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 741-746. jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1036>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

KILIMNIK, Z. M. et al. Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Gestão e Planejamento**, v. 12, n. 3, p. 668-693, 2012.

KOGIEN, M.; CEDARO, J. J. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-8, jan.-fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00051.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.

KONNER, M. Have we lost the healing touch? **Newsweek**, p. 41, jun. 2001.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2003.

_____. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010a.

_____. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010b.

_____. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a05.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

_____. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a11v22n1.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

_____. Cuidando do cuidador profissional: o sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014b. v. 2, p. 247-263.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KUHN, T; LAZZARI, D. D.; JUNG, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64,

n. 6, p. 1075-1081, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022538013>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

LACERDA, C. A. et al. O lidar com a morte em unidade de terapia intensiva: dificuldades relatadas por enfermeiros. **C&D - Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista**, v. 9, n. 2, p. 173-184, jul./dez. 2016. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista237/index.php/memorias/article/view/559/294>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

LAGO, K.; CODO, W. **Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

LAGO, P. M.; GARROS, D.; PIVA, J. P. Terminalidade e condutas de final de vida em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 359-363, 2007.

LANCMAN, S.; TOLDRÁ, R. C.; SANTOS, M. C. Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010. p. 98-112.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1989.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LIMA, M. G. R.; NIETSCHE, E. A. Ensino da morte por docentes enfermeiros: desafio no processo de formação acadêmica. **Revista Rene**, v. 17, n. 4, p. 512-519, jul./ago. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4946/3647>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

LIMA, M. J. V.; FREIRE, J. C. Uma leitura ética do cuidado na morte e no morrer. **Encontros Universitários da UFC**, v. 1, n. 1, p. 2268, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/index.php/eu/article/view/14852>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

LORO, M. M.; ZEITOUNE, R. C. G. Collectiv strategy for facing occupational risk sof a nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e. 03205, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100402&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 abr. 2017.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-30, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2017.

LUZ, K. R. et al. Coping strategies for oncology nurses in high complexity. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v. 69, n. 1, p. 59-63, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Centro Universitário São Camilo**, v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: _____. **Cuidado paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 18-21.

MAGALHAES, S. B.; FRANCO, A. L. S. Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2014.

MANCHOLA, C. et al. Palliative care, spiritual it y and narrative bioethics in a Specialized Health Care Unit. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 165-175, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.

MANSO, M. E. G. et al. O que são Cuidados Paliativos e sua importância para o portador de câncer. **Revista Portal de Divulgação**, a. 7, n. 52, abr./maio/jun. 2017. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova>. Acesso em: 08 ago. 2017.

MARTÍNEZ, M. C. A. et al. El enfermero como apoyo imprescindible en la relación del paciente oncológico con la enfermedad. **Revista Enfermería Docente**, v. 103, p. 3-7, ene./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/27>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. e atual. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MAURENTE, V.; TITTONI, J. Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 3, 2007.

MARCONI, M. M.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010.

MEDEIROS, Y. K. F.; BONFADA, D. Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. **Revista Rene**, v. 13, n. 4, p. 845-52, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4045/3172>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MELILLO, A.; OJEDA, E. **Resiliência**: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MENDES, J. M. R. **O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

_____. Serviço social e saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set., 2011.

_____.; WÜNSCH, D. S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 153-163, 2007.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

_____. Reflexões em torno da morte e o morrer. In: SANTOS, F. S. (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista, SP: Commenius, 2009. v. 2. p. 227-236.

MENIN, G. E.; PETTENON, M. K. Terminally child life: perceptions and feelings of nurses. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 608-614, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300608&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MENOSSE, M. J.; ZORZO, J. C. C.; LIMA, R. A. G. The dialogic life death in care delivery to adolescents with cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 126-34, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/17.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2016.

MEZA-RODRÍGUEZ, M. P.; SÁNCHEZ-BRAVO, C.; MANCILLA-RAMÍREZ, J. Relación médico-paciente con câncer. **Perinatología y Reproducción Humana**, v. 28, n. 1, p. 41-44, 2013. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc141g.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: _____; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a. p. 83-108.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008b.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

MIORIN, J. D. et al. Estratégias de defesa utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto-socorro. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, p. 57-61, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/796/321>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

MONTEIRO, J. K. Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. **Revista Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 245-250, maio/ago. 2012a. Disponível em: <<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rpot/index>>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In: MENDES, A. M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2012b. p. 335-345.

_____. et al. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013.

MONTEIRO, M. C. et al. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 81, p. 314-329, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=16202&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. et al. Terminalidade em uti: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. **Psicologia em Estudo**, 21, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287146384009>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

MORITZ, R. A. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005.

MORO, C. R. et al. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 48-57, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4472/3386>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

MORSE, J. M. Designing funded qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. London: Sage Publications, 1994.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 129-35, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a17v32n1.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

MOURA DE MOURA, F. et al. Hospitalized child and teenager with chronic diseases: feelings about death. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 565-572, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2017

MUNOZ-PINO, I. P. Experience of Nursing Students upon Their First Care Encounter with Terminally ill Patients. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 1, p. 87-96, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, A. R. C. (Org.). **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul**: realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 43-64.

O'CONNOR, T. O poder do cuidado. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 2, p. 199-200.

OEXLE, O. G. A presença dos mortos. In: BRAET, H.; VERBEKE, W. (Ed.). **A Morte na Idade Média**. São Paulo: USP, 1996. p. 27-78.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A.; MASTROPIETRO, A. P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 235-244, 2010.

OLIVEIRA, F. T. et al. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, p. 247-258, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533255016>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

OLIVEIRA, F. P.; MAZZAIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 209-215, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307039760004.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2017.

OLIVEIRA, N. T. de. **O processo de adoecimento do trabalhador da saúde**. 2009. 148f. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BERTOLINO, K. C. O. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1077-1080, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Actas oficiales de la OMS**. n. 2. Ginebra: OMS, 1997.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. de. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2015.

PEGORARO, O. A existência humana é existência cuidadosa. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 2, p. 225-236.

PENELLO, L.; MAGALHÃES, P. Comunicação de más notícias: uma questão se apresenta. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. p. 23-36.

PERDIGON, A. G. C.; STRASSER, G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. **Physis**, v. 25, n. 2, p.

485-500, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00485.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996.

_____. **Distanásia, até quando prolongar a vida**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
_____.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Ética no cuidado e humanização no mundo da saúde, em especial em final de vida. In: _____; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014a. v. 2, p. 283-308.

_____. Humanização e ética no âmbito dos cuidados de saúde: redescobrimo o valor da acolhida e da hospitalidade. In: _____; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014b. v. 3, p. 437-454.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

POLETTO, S.; BETTINELLI, L. A.; SANTIN, J. R. Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 590-595, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300590&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2017.

POTTER, V. R. Script do vídeo elaborado e apresentado para o IV Congresso Mundial de Bioética, 4-7 de novembro de 1998, realizado em Tóquio. **Mundo Saúde**, v. 22, n. 4, p. 6, 1988.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

QUINTANA, A. M. Morte e formação médica: é possível a humanização? In: SANTOS, F. S. (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. São Paulo: Comenius, 2009. v. 2, p. 37-48.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 106-115, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/912>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

ROCKEMBACH, J. V.; CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 63-71, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4525/3411>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROTHMAN, D. J. Where we die. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 26, p. 2457-2460, jun. 2014.

RUQUOY, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: ALBARELLO, L. et al. **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1997. p. 84-116.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 772-780, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400772&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2017.

SANTANA, J. C. B.; PESSINI, L.; SÁ, A. C. Vivências de profissionais da saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. **Enfermagem Revista**, v. 20, n. 1, p. 1-12, jan-abr. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/15410>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

SANTOS, F. S. Tanatologia, a ciência da Educação para a vida. In: Santos (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista, SP: Commenius, 2009. v. 2., p. 13-36.

SANTOS, M. A.; AOKI, F. C. O. S.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. de. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2625-2634, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a17.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, 2013.

SANTOS, R. A.; MOREIRA, M. C. N. Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4869-4878, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204869&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SARAMAGO, J. **As intermitências da morte**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, educação e saúde** [Online], Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2017.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SEMENIUK, A. P.; DURMAN, S.; MATOS, F. G. de O. A. Saúde mental da equipe de enfermagem de centro cirúrgico frente à morte. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 48-56, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/pdf/5.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

SILVA, A. F. et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 56-62, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129504/000975389.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1457-1465, 2011.

_____. A humanização do cuidado diante da morte: quando a prática queima os dedos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. v. 2, p. 405-427.

SILVA, K. M.; MONTEIRO, N. F.; PINTO, J. H. P. Humanização em Saúde: relação entre os profissionais de saúde. **Revista Ciências em Saúde**, v. 6, n. 2, 2016.

SILVA, M. A. G. et al. Humanização na clínica médica: relação usuário - profissional de saúde. **Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/2317>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

SILVA, M. R. F. D. et al. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 249-254, 2015.

SILVA, N. R.; MENEZES, R. A. "Se parar, parou": categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 265-285, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2015.

SILVA, R. M. C. R. A. et al. Morte como fenômeno transdisciplinar na prática em saúde: reflexão existencial a partir de Norbert Elias. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 7, n. 7, p. 4984-4992, 2013. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/333194611/MORTE-COMO-FENO-MENO-TRANSDISCIPLINAR>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 738-744, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

SIMÕES, J. S.; OTANI, M. A. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, A. C. Estresse dos profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência / Stress of the nursing professionals in an emergency unit. **REGRAD - Revista Eletrônica de Graduação do UNIVEM**, v. 8, n. 1, p. 75-95, nov. 2015. Disponível em: <<http://revista.univem.edu.br/REGRAD/article/view/862>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

SOUTO, D. F. **Saúde no trabalho: uma revolução em andamento**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2009.

SOUZA, H. L. R.; LACERDA, L. C. A.; LIRA, G. G. Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 11, n. 10, p. 3885-3892, out. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/109102>>. Acesso em: 27 out. 2017.

SOUZA, V. C. T.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. 2012. **Revista Bioéthikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 6, n. 2, p. 181-190, 2012. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/94/a7.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

STEIN BACKES, D. et al. Vínculo profissional-usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. **Avances em enfermería**, Bogotá, v. 33, n. 2, p. 222-229, maio 2015. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2017.

STEIN BACKES, M. T. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, oct./dic. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728365007>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

SZNELWAR, L. I. Sobre estes textos da psicodinâmica do trabalho, algumas reflexões. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.

TAMADA, J. K. T. et al. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 2, p. 81-87, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/121660/129428>>. Acesso em: 16 out. 2017.

TEIXEIRA, C. J. **Vítimas ocultas das mortes escancaradas: as repercussões da morte violenta de um jovem na vida dos sobreviventes**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-07022017-155026/>>. Acesso em: 12 maio 2017.

THE FINAL VOICE. The final days of the doctor who helped create our palliative care system. **CTV News – W5**, Canadá. TV show the Canadense, 2013.

TOLSTÓI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. São Paulo: Martin Claret, 2007.

TOME, L. Y.; POPIM, R. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q. Enfermagem cuidando de paciente adulto e família no processo de morte em sala de emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 650-657, 2012. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18307/pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

TORRES, A. R. et al. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 264-275, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2017.

TRAJANO, A. R. C.; CUNHA, D. M. Processo de trabalho no SAMU e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 113-136, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400006&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 nov. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 23. reimpr. São Paulo: Atlas, 2015.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 2, n. 1, p. 93-108, 2000.

_____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VEGA, M. E. P; CIBANAL, L. R. Impacto psicossocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 1, p. 1210-8, 2016. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/295>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

VICENSI, M. do C. Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422016000100064&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 08 ago. 2017.

VILLAS-BÔAS, M. E. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/wi7pc/Downloads/56-188-1-PB.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

VOVELLE, M. A história dos homens no espelho da morte. In: BRAET, H.; VERBEKE, W. (Eds.) **A morte na Idade Média**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996. (Ensaio de Cultura; 8).

WERLANG, R.; MENDES, J. M. R. Sofrimento social. **Serviço Social**, n. 116, p. 743-768, 2013.

WORD MEDICAL ASSOCIATION. Physician's Oath. **Declaration of Geneva** (1948). Adopted by the General Assembly of World Medical Association at Geneva Switzerland, September 1948. [19--]. Disponível em: <<http://www.cirp.org/library/ethics/geneva/>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

XAVIER, M. S.; MIZIARA, C. S. M. G.; MIZIARA, I. D. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 19, n. 1, p. 26-34, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/wi7pc/Downloads/97135-167664-1-SM.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

YALON, I. D. **De frente para o sol:** Como superar o terror da morte. Rio de Janeiro: Agir, 2008.

ZOMBINI, Edson Vanderle et al. Classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-86, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 mar. 2013.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA****Prezado(a) Senhor(a):**

Estamos realizando uma pesquisa que se destina à elaboração de uma Tese de Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, a qual será realizada por meio de entrevista e observação.

Este estudo tem como objetivo: *Descortinar o interdito sobre a morte e o morrer, as percepções, os significados, os sentimentos e dificuldades atribuídos pelos profissionais da saúde sobre o cuidado de pacientes em processo de morte e morrer.* Para tanto, solicitamos a autorização de observação durante seu período de atendimento ao paciente, e demais atividades de trabalho relacionadas ao tema da pesquisa e colaboração voluntária na realização de uma entrevista.

A entrevista será realizada de acordo com sua disponibilidade, marcada com antecedência no próprio hospital ou em sua residência. Para melhor registro dos dados, as entrevistas serão gravadas, se isso for de sua concordância. Será mantido o seu anonimato e a confidencialidade das informações, ou seja, os dados que puderem vir a identificá-lo serão mudados por códigos. É garantido seu direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal ou profissional. A gravação de áudio será arquivada em Pen-Drive e deletada após cinco anos e a entrevista transcrita será guardada igualmente por cinco anos e incinerada após esse período. Tais medidas ficam aos cuidados da equipe da pesquisa.

A observação será realizada no período de trabalho e transcrita em diário de campo e serão adotados os mesmos procedimentos das entrevistas, sendo garantido também o anonimato e a confidencialidade.

Os dados, depois de analisados, serão divulgados na Tese de Doutorado, em periódicos científicos e eventos científicos da área, ficando os pesquisadores comprometidos com a entrega do relatório final para esta instituição.

Os riscos provenientes da situação de pesquisa não são maiores ou distintos dos que os advindos de uma conversa informal. No entanto, você poderá sentir-se desconfortável ao lembrar-se de algumas situações de sua vida e falar sobre elas. A participação não lhe trará benefício direto, mas contribuirá para os estudos referentes à temática, de modo a suscitar reflexões sobre essa situação. Se houver no momento da pesquisa algum fator que lhe provoque angústia, os pesquisadores poderão sugerir a busca por um serviço de apoio para que você possa conversar, visando minimizar o foco de sofrimento.

Sempre que achar necessário, você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa, sendo também possível desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso venha lhe trazer prejuízos. Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes da Resolução nº 510/2016, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

Jussara Maria Rosa Mendes
Orientadora/ Professora do Programa
de Pós-Graduação em Psicologia Social
e Institucional - UFRGS

Carmem Lúcia Colomé Beck
Coorientadora/ Professora do Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem -
UFSM

Daniela Trevisan Monteiro
Doutoranda em Psicologia Social
e Institucional - UFRGS

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma permanecerá de posse dos pesquisadores e a outra, do participante.

Eu, _____, RG
N. _____ informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e benefícios, além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta pesquisa, da qual aceito participar livre e espontaneamente.

Data: ____/____/2016.

Assinatura do participante

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Equipe de pesquisa: Orientador, Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes (jussaramaria.mendes@gmail.com); Coorientadora, Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck (carmembeck@gmail.com); Psicóloga, Doutoranda Daniela Trevisan Monteiro (daniela.trevisan.monteiro@gmail.com).

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Título do projeto: *Morte e vida em cena: descortinando o interdito sobre (vi)ver o cuidado na morte e no morrer de pacientes.*

Pesquisador responsável: Daniela Trevisan Monteiro

Instituição/Departamento: UFRGS/Psicologia

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de observações e entrevistas gravadas em áudio. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora. Após este período, os dados serão destruídos.

_____ de _____ de 2016

Jussara Maria Rosa Mendes
Orientadora/ Professora do Programa
de Pós-Graduação em Psicologia Social
e Institucional - UFRGS

Carmem Lúcia Colomé Beck
Coorientadora/ Professora do Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem -
UFSM

Daniela Trevisan Monteiro
Douranda em Psicologia Social
e Institucional - UFRGS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDAR DAS PESSOAS FRENTE AO PROCESSO DA MORTE E DO MORRER: CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: JUSSARA MARIA ROSA MENDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52749816.2.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.463.168

Apresentação do Projeto:

O projeto "O CUIDAR DAS PESSOAS FRENTE AO PROCESSO DA MORTE E DO MORRER: CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE" tem como objetivo identificar e compreender as implicações, os significados e mediações do trabalho hospitalar na saúde mental dos profissionais de saúde que dispensam cuidados de saúde na fase final da vida das pessoas. Para alcançar este objetivo as autoras irão realizar entrevistas com médicos e enfermeiros de um hospital geral, do interior do Rio Grande do Sul. Além disso, irão utilizar como técnica de pesquisa a observação dos participantes e o uso de autofotografia. Os dados serão coletados em duas diferentes unidades hospitalares: pronto atendimento e clínica médica. Estes serão analisados a partir da análise de conteúdo. Ao dar voz às narrativas desses profissionais, as pesquisadoras pretendem possibilitar à estes, protagonismo em suas práticas, indo ao encontro dos pressupostos preconizados pela política de humanização em saúde. Além disto, referem que a investigação consiste em compreender quais os efeitos à saúde mental do profissional da saúde sob o trabalho frente à morte e ao morrer.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo geral da pesquisa é identificar e compreender as implicações, os significados e mediações do trabalho hospitalar na saúde mental dos profissionais de saúde que dispensam

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.463.168

cuidados de saúde na fase final da vida das pessoas.

Os Objetivos Secundários são:

- Caracterizar as vivências e os significados atribuídos pelos profissionais da saúde à morte e ao morrer e o impacto destas em relação às suas atividades de trabalho e vida pessoal;
- Conhecer as interfaces do trabalho no contexto hospitalar, o lidar com a morte e o morrer pela equipe de saúde e seus possíveis efeitos na saúde mental desses trabalhadores;
- Descrever como o sofrimento frente à morte e ao morrer se traduz para os trabalhadores da saúde;
- Construir uma estratégia visual que permita dar visibilidade ao trabalho e ao sofrimento dos profissionais da saúde frente à morte e ao morrer, através do uso de imagens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na presente pesquisa os participantes deste estudo estarão expostos a risco mínimo. Os pesquisadores referem que a realização das entrevistas poderão acarretar em lembranças desagradáveis e mobilizar alguns sentimentos nas participantes. Descrevem que caso a pesquisa mobilize no sujeito conteúdos geradores de angústia, o pesquisador sugerirá ao participante um serviço de apoio para que possa conversar, visando a minimizar o foco de sofrimento.

A privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados são garantidas pelas pesquisadoras. Informam no TCLE quanto tempo e o local onde os dados serão armazenados.

Quanto aos benefícios, as pesquisadoras consideram que no presente estudo não existirão benefícios diretos aos entrevistados; porém, entendem que os participantes podem apreciar o benefício de serem pessoas que fornecerão dados relevantes para a efetivação do presente estudo, colaborando para uma nova construção do conhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social. As pesquisadoras pretendem identificar e compreender as implicações, os significados e mediações do trabalho hospitalar na saúde mental dos profissionais de saúde que dispensam cuidados de saúde na fase final da vida das pessoas. Os participantes, deste estudo estarão expostos ao risco mínimo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém as informações necessárias, em linguagem, objetiva, de fácil entendimento e esclarece os objetivos da pesquisa. O termo prevê procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade das participantes da pesquisa e explicita os possíveis desconfortos decorrentes da participação. Além disso, comprometem-se a

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600	CEP: 90.035-003
Bairro: Santa Cecília	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698	Fax: (51)3308-5698
	E-mail: cep-psico@ufrgs.br

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS**



Continuação do Parecer: 1.463.168

fazer os encaminhamentos necessários caso ocorram situações adversas que produzam algum tipo de mal-estar nos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Esta pesquisa está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém todas as informações necessárias, em linguagem, objetiva, de fácil entendimento e esclarece os objetivos da pesquisa. O termo prevê procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade dos participantes da pesquisa e explicita os possíveis desconfortos decorrentes da participação. Além disso, comprometem-se a fazer os encaminhamentos necessários caso ocorram situações adversas que produzam algum tipo de mal-estar nos participantes. O TCLE faz referência ao local e ao tempo de armazenamento dos dados coletados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta pesquisa está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_646006.pdf	26/01/2016 10:14:20		Aceito
Outros	Ata_Daniela.jpg	26/01/2016 09:56:59	JUSSARA MARIA ROSA MENDES	Aceito
Outros	Parecer_Daniela.jpg	26/01/2016 09:56:33	JUSSARA MARIA ROSA MENDES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	26/01/2016 09:54:55	JUSSARA MARIA ROSA MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/12/2015 15:59:04	JUSSARA MARIA ROSA MENDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_FINAL.docx	16/12/2015 15:55:15	JUSSARA MARIA ROSA MENDES	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.463.168

Investigador	PROJETO_FINAL.docx	16/12/2015 15:55:15	JUSSARA MARIA ROSA MENDES	Aceito
--------------	--------------------	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Março de 2016

Assinado por:
Clarissa Marceli Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br