

Livia Kondrat Pinto

**O IMPACTO DE MORTES SIGNIFICATIVAS VIVENCIADAS POR
UMA EQUIPE DE CUIDADOS AO PACIENTE TERMINAL**

Monografia apresentada ao Instituto de Psicologia 4 Estações, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Aprimoramento em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto.

Orientadora: Prof.^a Valéria Tinoco
São Paulo, 2009

RESUMO

O objetivo do presente estudo é investigar como os profissionais de uma equipe interdisciplinar de uma instituição destinada a cuidar de pacientes crônicos e em fase final de vida vivenciam perdas significativas (por morte) de pacientes. Para isso, participaram 25 profissionais da equipe, envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogo, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional. Foi utilizado um questionário previamente elaborado para a presente pesquisa. Os dados quantitativos foram tabulados, a fim de traçar um perfil epidemiológico da amostra e os dados qualitativos foram separados em categorias para verificar como os participantes vivenciam a experiência de ruptura do vínculo pela morte de pacientes. Verifica-se que a equipe desse hospital é muito nova, tanto no que diz respeito à quantidade de tempo em que seus membros exercem a profissão quanto na quantidade de tempo em que fazem parte dessa equipe e que a grande maioria presta apenas cuidados técnicos referentes à sua profissão. Diversas reações e sentimentos foram suscitados quando o paciente que os participantes atendiam faleceu: tristeza, alívio, angústia, frustração, choro, sentimento de perda e de vazio, impotência, chateação, conformação, fragilidade, incômodo, tranquilidade, preocupação, reflexão, saudade, surpresa com a morte daquele doente, o que pode ter sido intensificado pela negação da piora do seu quadro clínico e aproximação da morte, reflexão sobre a própria vida e pena. O apoio dos colegas e da equipe, encarar a morte como fim do sofrimento e como uma fase da vida, ter feito tudo o que era possível, ter fé e espiritualidade somada aos conhecimentos técnicos adquiridos, ao perfil dos pacientes atendidos no hospital, ao apoio da própria família, ao suporte emocional, ao amor à profissão e ao tempo decorrido após o falecimento são fatores que contribuem positivamente no enfrentamento e na forma de lidar com a perda. No entanto, alguns fatores dificultaram o enfrentamento da perda: sentimento de impotência e tristeza, identificação com algum membro da família e com seu sofrimento, a lembrança do paciente, a não preparação para perdas, o vínculo estabelecido com o paciente, a idade do paciente, a falta de recursos da família e a relação ruim com a mesma. Conclui-se que esses profissionais estabelecem vínculos significativos com seus pacientes, uma vez que apresentam diversas reações diante de seu rompimento, tais como tristeza, angústia, impotência, frustração, culpa, alívio, sensação de vazio, sentimento de perda, saudade. Eles se envolvem e entram em contato com os sentimentos e afetos despertados quando da morte de um paciente, porém parece que há diversas tentativas de encontrar uma forma mais amena de passar por esta experiência, o que muitas vezes pode não ser eficaz, dificultando a elaboração da perda. Nesse sentido, sugere-se a construção de um espaço constante de acolhimento e reflexão, uma vez que o apoio da equipe parece ser algo mais pontual, além de oferecer cursos, seminários e workshops que instrumentalize a equipe a lidar com situações de perda.

Palavras-Chave: equipe, morte, enfrentamento.

Uma crônica de Rubem Alves

"SERÁ QUE EU ESCAPO DESSA?"

Meus leitores: Um médico do Conselho Federal de Medicina pediu-me que escrevesse um texto curto, a ser distribuído entre os médicos, sobre o médico diante de um paciente que vai morrer. Vai aí o texto e eu gostaria de saber como vocês se sentiram, na cabeça e no coração. Obrigado.

Doutor, agora que estamos sozinhos quero lhe fazer uma pergunta: "Será que eu escapo dessa?" Mas, por favor, não responda agora porque sei o que o senhor vai dizer. O senhor vai desconversar e responder: "Estamos fazendo tudo o que é possível para que você viva." Mas, neste momento, não estou interessada naquilo que o senhor e todos os médicos do mundo estão fazendo. Olhe, eu sou uma mulher inteligente. Sei a resposta para minha pergunta. Os sinais são claros. Sei que vou morrer.

O que eu desejo é que o senhor me ajude a morrer. Morrer é difícil. Não só por causa da morte mesma, mas porque todos, na melhor das intenções, a cercam de mentiras. Sei que na escola de medicina os senhores aprendem a ajudar as pessoas a viver. Mas haverá professores que ensinam a arte de ajudar as pessoas a morrer? Ou isso não faz parte dos saberes de um médico? Meus parentes mais queridos se sentem perdidos. Quando quero falar sobre a morte eles logo dizem: "Tira essa idéia de morte da cabeça. Você estará boa logo..." Mentem. Então eu me calo. Quando saem do quarto, longe de mim, choram.

Sei que eles me amam. Querem me enganar para me poupar de sofrimento. Mas são fracos e não sabem o que falar... Fico então numa grande solidão. Não há ninguém com quem eu possa conversar honestamente. Fica tudo num faz de contas...

As visitas vêm, assentam-se, sorriem, comentam as coisas do cotidiano. Fazem de contas que estão fazendo uma visita normal. Eu me esforço por ser delicada. Sorrio. Acho estranho que uma pessoa que está morrendo tenha a obrigação social de ser delicada com as visitas. As coisas sobre que falam não me interessam. Dão-me, ao contrário, um grande cansaço. Elas pensam que estou ali na cama. Não sabem que já estou longe. Sou "uma ausência que se demora, uma despedida pronta a cumprir-se..." Remo minha canoa no grande rio, rumo à terceira margem. Meu tempo é curto e não posso desperdiçá-lo ouvindo banalidades. Contaram-me de um teólogo místico que teve um tumor no cérebro. O médico lhe disse a verdade: "O senhor tem mais seis meses de vida..." Aí ele se virou para sua mulher e disse: "Chegou a hora das liturgias do morrer. Quero ficar só com você. Leremos juntos os poemas e ouviremos as músicas do morrer e do viver. A morte é o acorde final dessa sonata que é a vida. Toda sonata tem de terminar. Tudo o que é perfeito deseja morrer. Vida e morte se pertencem. E não quero que essa solidão bonita seja perturbada por pessoas que têm medo de olhar para a morte. Quero a companhia de uns poucos amigos que conversarão comigo sem dissimulações. Ou somente ficarão em silêncio."

Enquanto pude, li os poetas. Nesses dias eles têm sido os meus companheiros. Seus poemas conversam comigo. Os religiosos não me ajudam. Eles nada sabem sobre poesia. O que eles sabem são doutrinas sobre o outro mundo. Mas o outro mundo não me interessa. Não vou gastar o meu tempo pensando nele. Se Deus existe, então não há por que me preocupar com o outro mundo, porque Deus é amor. Se Deus não

existe, então, não há por que me preocupar com o outro mundo porque ele não existe e nada me faltará se eu mesmo faltar. Ah! Como seria bom se as pessoas que me amam me lessem os poemas que amo. Então eu sentiria a presença de Deus. Ouvir música e ler poesia são, para mim, as supremas manifestações do divino.

A consciência da proximidade da morte me tornou lúcida. Meus sentimentos ficaram simples e claros. O que sinto é tristeza porque não quero morrer e a vida é cheia de tantas coisas boas. Um amigo me contou que sua filha de dois anos o acordou pela manhã e lhe perguntou: "Papai, quando você morrer você vai sentir saudades?" Foi o jeito que ela teve de dizer: "Papai, quando você morrer eu vou sentir saudades..."

Na cama o dia todo fico a meditar: "Nas escolas ensinam-se tantas coisas inúteis que não servem para nada. Mas nada se ensina sobre o morrer." Me diga, doutor: O que lhe ensinaram na escola de medicina sobre o morrer? Sei que lhe ensinaram muito sobre a morte como um fenômeno biológico. Mas o que lhe ensinaram sobre a morte como uma experiência humana? Para isso teria sido necessário que os médicos lessem os poetas. Os poetas foram lidos como parte do seu currículo? Nada lhe ensinaram sobre o morrer humano porque ele não pode ser dito com a linguagem da ciência. A ciência só lida com generalidades. Mas a morte de uma pessoa é um evento único, nunca houve e nunca haverá outro igual. Minha morte será única no universo! Uma estrela vai se apagar.

Nesse ponto seus remédios são totalmente inúteis. O senhor os receita como desencargo de consciência, para consolar a minha família, ilusões para dizer que algo está sendo feito. O senhor está tentando dar. Não devia. Há um momento da vida em que é preciso perder a esperança. Abandonada a esperança, a luta cessa e vem então a paz.

E agora, doutor, depois de eu ter falado, me responda: "Será que eu saio dessa?" Então eu ficarei feliz se o senhor não me der aquela resposta boba, mas se assentar ao lado da minha cama e, olhando nos meus olhos, me disser: "Você está com medo de morrer. Eu também tenho medo de morrer..." Então poderemos conversar de igual para igual.

Mas há algo que os seus remédios podem fazer. Não quero morrer com dor. E a ciência tem recursos para isso. Muitos médicos se enchem de escrúpulos por medo que os sedativos matem. Preservam a sua consciência de qualquer culpa e deixam o moribundo sofrendo. Mas isso é fazer com que o final da sonata não seja um acorde de beleza, mas um acorde de gritos. A vida humana tem a ver com a possibilidade de alegria! Quando a possibilidade de alegria se vai, a vida humana se foi também. E esse é o meu último pedido: quero que minha sonata termine bonita e em paz. Morrendo...

Rubem Alves*

*Rubem Alves escreve habitualmente na Folha de S.Paulo e no Correio Popular, de Campinas.

Junho, 2006

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVO	15
MÉTODO	16
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	38

INTRODUÇÃO

Na atual sociedade, a morte, embora imprescindível para o desenvolvimento humano não é aceita de forma natural. No entanto, nem sempre essa foi a atitude do homem diante da morte (Esslinger, 2004).

Ariès (*apud* Esslinger, 2004; Kovács, 2003) realizou um estudo sobre a vivência da morte do homem ocidental, observando sua relação com ela e definindo suas atitudes ao longo do tempo.

Na primeira fase da Idade Média, tem-se a chamada morte domada, onde os homens tinham uma participação mais ativa em seu processo de morrer. Familiares e amigos, inclusive as crianças, estavam presentes nesse processo. Havia espaço para as despedidas, os rituais e os sentimentos podiam ser expressos. A morte fazia parte da vida cotidiana, era um evento público; o moribundo deveria estar no centro do seu processo de morte e o maior temor era o de morrer só.

Na sociedade medieval ocidental do século XIII, dominada pelo Cristianismo, havia um aspecto sombrio quanto à obediência dos preceitos dessa religião. Esse século foi caracterizado pela morte de si, no qual a preocupação central era com o juízo final e com a prestação de contas. Não há mais, como na fase anterior, um desprendimento e uma aceitação com relação à morte; o sentimento que prevalece é o medo. Há, ainda, a presença de rituais.

A maioria das mortes era chamada de “morte natural”; eram as mortes ocasionadas por doença ou pela guerra, que permitiam uma preparação. Já as mortes súbitas não permitiam que essa preparação ocorresse, sendo, então, especialmente temidas.

A terceira atitude, a do século XIX, é definida como a morte do outro, onde a morte é encarada como uma ruptura e, portanto, não é mais aceita como antes. Porém, essa ruptura é encarada como uma possibilidade de reencontrar a pessoa amada e assim prosseguir eternamente ao seu lado.

Por fim, tem-se a quarta atitude, a do século XX, chamada de morte invertida. A morte é negada veementemente, sobretudo devido ao desenvolvimento tecnológico. A morte não ocorre mais em casa, na presença de familiares e amigos, mas no hospital. A manifestação do luto é suprimida, a expressão e a vivência da dor são condenadas, pois são vistas como fraqueza. Os rituais vão se tornando cada vez mais discretos ou quase inexistentes.

Há necessidade de que a morte passe despercebida, permitindo que tudo continue como se nada de especial tivesse acontecido. A morte é, então, transferida para o hospital, local de assepsia, ela é transformada em agente de contágio e, portanto, deve ser evitada a todo custo para não causar sofrimento. Há a intenção da sociedade em afastá-la a qualquer custo.

Tendo em vista esse percurso histórico, vemos um homem com poucos recursos para enfrentar e lidar com a morte como algo inexorável da existência humana. Quando é sentida como presente, é acompanhada da idéia de fracasso do corpo, dos médicos e de Deus.

Para Pitta (1990), a diferença fundamental entre a forma de lidar com a morte e com a doença do homem medieval e do homem moderno é a “dissociação que se estabelece hoje entre a vida, sua efemeridade, a naturalidade do adoecer e a fatalidade de morrer, impregnadas de um pessimismo existencial” (p. 28). Nesse sentido, a morte e a doença, que sempre foram responsabilidades do próprio homem e de sua família por vários anos são, agora, transferidas para outras pessoas e instituições.

À medida que a ciência avança, mais parece que a realidade da morte é negada e temida. Kübler-Ross (1964/1998) enumera duas razões, pelas quais

a morte não é encarada como um processo natural. A primeira é que, pelo ponto de vista psiquiátrico,

em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para a nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance. Explicando melhor, em nosso inconsciente só podemos ser mortos, é inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada (Kübler-Ross, 1964/1998, p.6).

A segunda razão é que, hoje em dia, apesar da ascensão da medicina paliativa e dos cuidados paliativos, o morrer ainda é solitário, mecânico e, algumas vezes, desumano.

Nesse sentido, surge a preocupação com uma morte digna num contexto, em que a morte vem se tornando ausente das experiências do dia-a-dia. O “movimento hospice” aparece justamente para garantir aos pacientes para os quais não há perspectiva de cura, dignidade em seu processo de morrer.

Embora os hospices já existissem desde a época medieval, é somente no final do século XIX e início do século XX que há uma preocupação com os cuidados de pacientes fora de possibilidade de cura, de acordo com o ponto de vista da medicina. Nesse sentido, os hospices se propõem a resgatar as dimensões psicológica, social e espiritual da experiência do paciente.

Cicely Saunders é a principal defensora do atual “movimento hospice” e do desenvolvimento do movimento de cuidados paliativos, na qual a preocupação central é com a morte digna e com a busca da rehumanização do processo de morrer:

“embora morrer com dignidade seja um conceito altamente subjetivo, a medicina paliativa contribui com alguns aspectos, cujo centro da preocupação, não sendo mais a cura de sintomas, passa a ser o alívio de sintomas, tanto físicos quanto emocionais, espirituais, sociais e morais decorrentes de determinada doença” (Esslinger, 2004, p.44).

Se a morte não é mais vista como um fracasso e sim como consequência de um processo de adoecimento e que há vida até o momento da morte, cabe à equipe de saúde garantir uma boa qualidade de vida, buscando atender às demandas do paciente, favorecendo, assim, a morte com dignidade (Kovács, 2003). Ainda de acordo com a autora, havia, inicialmente, uma dicotomia entre os cuidados ativos, cujo objetivo principal é a cura, e os cuidados paliativos, que se iniciavam quando a cura já não era mais possível. Atualmente, observa-se que essas duas áreas do cuidado caminham juntas, visto que agora busca-se qualidade de vida em todos os aspectos de recuperação.

A OMS (1990) afirma que a filosofia subjacente aos cuidados paliativos envolve o não apressar ou adiar a morte, afirmar a vida, considerar a morte como um processo normal, integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais nos cuidados aos pacientes, oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte, apoiar a família no enfrentamento da doença do paciente e no seu próprio processo de luto e, principalmente, controlar a dor. A dor, embora subjetiva, não é abstrata, implicando para aquele que a está sentindo, segundo Esslinger (2004, p.47), uma necessidade de ter sua dor reconhecida, compreendida e respeitada, o que garante uma melhora em sua qualidade de vida.

Além dos cuidados daqueles que estão na fase terminal, a equipe também deve incluir a família no processo, oferecendo suporte psicológico, de modo a propiciar aos familiares uma possibilidade de escuta de suas necessidades, de forma a tentar prevenir complicações somáticas e psicológicas do luto (Pessini *apud* Esslinger, 2004, p.55).

Cabe, então, à equipe interdisciplinar lidar com os próprios sentimentos, pré-conceitos, dificuldades e valores, além dos do paciente e seus familiares.

A própria escolha de se trabalhar na área da saúde envolve motivações inconscientes que influenciarão no modo como esse profissional se relacionará com seus pacientes.

Em pesquisa realizada por Feifel (1967 *apud* Kovács, 2003b), estudou-se o que leva um estudante a escolher a Medicina como profissão e foi possível verificar que os médicos possuem maior medo da morte e que poderiam estar buscando, na medicina, uma forma de controle e domínio sobre ela. Esse mecanismo é conhecido como formação reativa. Muitas vezes, esse profissional tenta, a qualquer custo, salvar a vida do paciente, empregando medidas heróicas. Entretanto, se o paciente morre, o narcisismo do médico é ferido e isto pode fazer com que o cuidado com os pacientes graves seja relegado aos outros profissionais, em especial aos da enfermagem.

A enfermagem é quem está mais próxima do paciente, sendo responsável pelos cuidados físicos, pela sua recuperação e para ajudá-lo a fazer o que não tem condições de realizar sozinho. Além disso, é ela quem está presente nos momentos mais difíceis, tais como a comunicação do agravamento da doença e da proximidade da morte.

É ela quem está em contato com os mais diversos sentimentos e afetos e se vê numa zona de conflitos de como posicionar-se diante da dor e do sofrimento e tendo que, ao mesmo tempo, elaborar as perdas de outros pacientes, principalmente daqueles com quem estabeleceu um forte vínculo.

No contato com o paciente e seus familiares surgem diversos e contraditórios sentimentos na equipe de saúde como impotência, frustração, culpa, irritação, raiva, tristeza que são abafados, a fim de não perturbar a homeostase hospitalar e a eficácia dos cuidados.

Apesar do movimento hospice e dos cuidados paliativos estarem conquistando cada vez mais espaço na comunidade médica, ainda há, na formação acadêmica dos profissionais de saúde, ausência ou mesmo escassez de disciplinas que discutam os aspectos ligados ao processo de morte e do morrer e do luto.

Nos cursos da área da saúde, principalmente nos de Medicina e Enfermagem, observa-se muita ênfase nos procedimentos técnicos em detrimento de uma formação mais humanista.

Já nas primeiras aulas, há a despersonalização do cadáver, uma vez que pode ser muito angustiante pensar que aqueles órgãos pertenciam a um ser humano. Como a expressão de sentimentos não é autorizada, reações contra-fóbicas são expressas por meio de piadas ou mesmo indiferença. Além da despersonalização, há, também, durante todo o curso, a dessensibilização de elementos que possam lembrar a possibilidade da morte (Kovács, 2003b; Quintana et al, 2008).

Quintana et al (2008) estudou situações angustiantes que se apresentam aos estudantes de medicina durante a sua formação e constatou que, nos semestres finais do curso, possuem muitos conhecimentos a respeito das diferentes áreas biomédicas, porém apresentam deficiências no relacionamento com o ser humano que têm à sua frente.

O autor acrescenta que, além de espaços de cuidados aos profissionais, é fundamental cuidar do profissional antes mesmo que saia da faculdade. Sugere que as disciplinas incluam os componentes emocionais que o contato com o paciente, a doença e a morte gera nos estudantes. Nesse sentido, atividades de tutoria e ensino em pequenos grupos poderiam favorecer a emergência das emoções e a possibilidade de reflexão. No entanto, para que isso seja possível, é necessário que haja investimento no corpo docente, uma vez que o professor também serve de modelo de identificação, conforme constatado em sua pesquisa.

Humanizar a morte, portanto, envolve também humanizar o processo de formação dos profissionais de saúde, para que possam ter uma maior clareza de suas dificuldades, conceitos, pré-conceitos, os quais, certamente, estarão presentes em sua prática profissional e influenciarão a forma como o diagnóstico é dado ao paciente e seus familiares e o modo como o tratamento será planejado e conduzido (Esslinger, 2004; Quintana et al, 2008).

As motivações inconscientes do médico e dos outros profissionais e o modo como encaram a própria mortalidade nortearão o modo como se relacionam com o paciente terminal, facilitando ou dificultando o atendimento e a relação interpessoal. Isso pode ser ilustrado pela fala de Stedeford (*apud* Coelho, 2001, p.55), na qual:

o medo existencial da morte, de deixar de ser, encontra-se no fundo de cada pessoa e, em geral, permanece inconsciente. A sua presença influencia profundamente o comportamento das pessoas. Os medos relacionados com o processo de morrer causam um sofrimento muito mais evidente do que o medo da morte propriamente dita.

O medo inconsciente da morte mobiliza mecanismos de defesa que, muitas vezes, são compartilhados pelos membros da equipe. Pitta (1990) identificou cinco mecanismos que podem ser utilizados no ambiente hospitalar:

- a) *fragmentação da relação profissional de saúde – paciente*: quanto mais íntimo e próximo for o relacionamento, mais angústia poderá ser mobilizada. Desse modo, vale qualquer esforço para distribuir as tarefas e, assim, diminuir o tempo de contato entre o profissional e o doente e sua família;
- b) *despersonalização e negação da importância do indivíduo*: a individualidade dos pacientes é suprimida;
- c) *distanciamento e negação dos sentimentos*:

O distanciamento pode ser observado pelo uso da tecnologia e, conseqüentemente, da dependência da equipe em relação à mesma, aumentando a distância entre o paciente e os profissionais, permitindo um controle cada vez maior sobre o tempo e as circunstâncias da morte (Quintana et al, 2000). Para Leão (1994), essa distância pode ocultar algumas dificuldades dos profissionais de saúde, que temem que a comunicação de um diagnóstico desfavorável diminua a admiração que recebe do enfermo ou ainda que tanto o paciente como seus familiares dirijam sua raiva para eles.

Outra forma de não entrar em contato com experiências dolorosas é negar a morte. A negação e a repressão permitem que se viva num mundo em que há a ilusão da mortalidade. Kovács (2003b) afirma que “se o medo da morte estivesse constantemente presente, não conseguiríamos realizar sonhos e projetos” (p. 23). Nesse sentido, algum grau de negação se faz necessário para que os indivíduos possam realizar seus projetos de vida, sonhos e desejos, inclusive de poder curar e cuidar daqueles que sofrem de alguma doença potencialmente fatal.

Além de permitir que se viva num mundo de ilusão, a negação da morte pode dar a idéia de força e controle, necessários para que os profissionais de saúde possam, por exemplo, realizar suas tarefas, que, muitas vezes, envolvem infligir dor àquele determinado doente. No entanto, quando não há qualquer expressão da dor, da tristeza e da angústia, as pessoas podem adoecer em função da grande carga de sofrimentos que não pôde ser elaborado.

Para Leão (1994), a idéia de que não há mais nada que possa ser feito para curar o paciente reflete uma atitude de negação frente à própria mortalidade:

Já que se encontra vivo, não se identifica mais com aquele que está praticamente morto. Surge um sentimento de culpa, não só pela morte do paciente, por vê-la como um fracasso, mas também por tê-lo matado em mente (Leão, 1994, p.141).

- d) *tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas*: as rotinas e as condutas são padronizadas com o objetivo de reduzir ansiedades e minimizar o discernimento que cada profissional tem do planejamento do seu próprio trabalho;
- e) *redução do peso da responsabilidade*: as tarefas são distribuídas entre os membros da equipe com a finalidade de minimizar a angústia e a ansiedade.

Pode acontecer da equipe de saúde, em especial o médico, tornar-se o depositário de um desejo mágico de curar. Quando o profissional se identifica com esse desejo do paciente e de sua família, pode ser que responda a esse pedido de maneira onipotente, adotando certas medidas que são fora do padrão de conduta. No entanto, haverá algum momento em que esse profissional se deparará com situações, nas quais não há cura e a morte é iminente. É aí que torna-se impotente e sente-se incapaz, sendo obrigado a enfrentar a própria finitude ou, conforme dito anteriormente, negá-la.

A morte, quando encarada como um grande fracasso, pode contribuir para a emergência, na equipe, de sentimentos de impotência, raiva, fragilidade e frustração, dificultando o processo de tomada de decisões (Leão, 1994; Quintana et al, 2000 e Costa; Lima, 2005).

A partir do que foi exposto sobre a formação dos profissionais e as defesas utilizadas, Hennezel (2001 *apud* Kovács, 2003b), assim como Quintana et al (2008) enfatiza a importância de abrir espaços de cuidados aos profissionais. A autora afirma que:

É fundamental que os profissionais percebam que não estão sós nessa empreitada; que não precisam submergir da sua aflição; adquirir distância sobre o que não podem resolver e se aproximar do que podem cuidar. É trabalhar com a

vulnerabilidade em vez de se perder nela (Hennezel, 2001
apud Kovács, 2003b, p. 42)

A relação existente entre o profissional de saúde e o paciente é uma relação íntima, que envolve sentimentos e cuidados muito intensos, principalmente quando o paciente está fora de possibilidade de cura e aproximando-se da morte.

Bowlby (2006) chama de vínculo afetivo a atração que um indivíduo sente por outro indivíduo. A capacidade de estabelecer vínculos é tão típica quanto a capacidade de ver, ouvir e comer, por exemplo, e tem um valor de sobrevivência tão grande quanto qualquer uma dessas outras capacidades.

O comportamento de ligação é suscitado sempre que uma pessoa, seja ela criança ou adulto, está em dificuldades ou doente. Bowlby (2006) entende o comportamento de ligação como sendo um comportamento instintivo que se desenvolve durante a infância, cuja função primordial é a proteção. Nesse sentido, o considera como parte normal e saudável da constituição instintiva do homem:

o comportamento de ligação é concebido como qualquer forma de comportamento que resulta em que uma pessoa alcance ou mantenha proximidade com algum outro indivíduo diferenciado e preferido, o qual é usualmente considerado mais forte e (ou) sábio (Bowlby, 2006, p. 170).

Esse comportamento pode ser observado quando o indivíduo que exerce o papel de figura de ligação fornece ao outro uma base segura a partir da qual poderá atuar.

Nesse sentido, será estabelecido uma relação que pode ser mais ou menos íntima entre o profissional de saúde e o paciente quando o primeiro for capaz de oferecer uma base segura para o segundo. Quando isso acontece, o

comportamento de ligação é suscitado, uma vez que a pessoa que está a sua frente necessita de cuidados. Entretanto, a qualidade do vínculo estabelecido com o paciente e os recursos disponíveis para enfrentar e elaborar o rompimento e a perda desse vínculo sofrerão influência do vínculo previamente estabelecido com as figuras de apego primárias desse profissional.

Para Bowlby (2006), muitas das mais intensas emoções humanas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação de vínculos emocionais, em que o parceiro está fornecendo uma base segura ao outro. Esse parceiro é visto como acessível, confiável e pronto para ajudar, quando solicitado. A ameaça de perda gera ansiedade, a perda real causa tristeza e ambas as situações podem despertar raiva (p.98).

Quando um vínculo se rompe, ocorre o luto. Para Bromberg (1996; 2000), “só existe luto quando tiver existido um vínculo que tenha sido rompido”. Parkes (1998) define o luto de maneira semelhante. Para esse autor, o luto pode ser definido como uma reação a qualquer perda significativa, sendo que essa perda pode ser tanto concreta como simbólica. O luto se dá somente quando há um vínculo significativo entre o objeto perdido e, no caso em que ocorre a morte, o sobrevivente.

O luto não é um conjunto de sintomas que se inicia após uma perda e que desaparece gradualmente. Esse fenômeno é um processo que envolve uma série de quadros clínicos que se mesclam e se substituem (Parkes, 1998).

Pode ser também considerado uma crise, pois há um desequilíbrio entre a quantidade de ajustamento necessário de uma única vez e os recursos disponíveis para lidar com ele.

Pensando nisso, a partir da década de 60, diversos pesquisadores, dentre eles Lazarus e Folkman, enfatizaram os comportamentos de *coping* utilizados pelos indivíduos para adaptarem-se a circunstâncias adversas e estressantes e seus determinantes cognitivos e situacionais (Lazarus et al, 1974; 1984).

Desse modo, *coping* passou a ser definido como sendo um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas e externas que demandam do sujeito mais recursos do que ele dispõe. O *coping* não deve ser visto como uma única resposta dada pelo indivíduo, num determinado momento, e sim como uma interação entre um conjunto de respostas, que ocorrem ao longo de um período de tempo e o ambiente no qual a pessoa se encontra.

Esta definição implica que as estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas.

Assim, o modelo proposto por Folkman e Lazarus (1980 *apud* Antoniazzi et al, 1998) envolve quatro conceitos principais:

- 1) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- 2) sua função é de administradora da situação estressora ao invés de controle e domínio da mesma;
- 3) os processos de *coping* pressupõem a avaliação de como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;
- 4) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através do qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Nesse sentido, a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor percebido, dirigida para circunstâncias internas ou estados internos (Lazarus e Folkman, 1984). E, nesse sentido, está presente no momento de ruptura, por morte, de um vínculo significativo.

De acordo com esses mesmos autores, as estratégias de *coping* refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o estressor e podem ser classificadas em dois tipos: *coping* focalizado na emoção e *coping* focalizado nos problemas. O primeiro tipo é definido como um "esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress ou é resultado de eventos estressantes" e é dirigido a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos. Já o segundo tipo constitui-se em um "esforço para atuar na situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la" e sua função é alterar o problema existente entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão (Folkman e Lazarus, 1980 *apud* Antoniazzi et al, 1998).

Ambas as estratégias de *coping* são utilizadas simultaneamente durante as situações estressoras, sendo que a predominância de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de estressores envolvidos. A eficácia das estratégias de *coping* é caracterizada por flexibilidade e mudança; uma determinada forma de *coping* pode ser eficaz em uma situação, porém não em outra (Compas, 1987 *apud* Antoniazzi et al, 1998). O *coping* é um processo extremamente plástico, o que permite ao ser humano um leque imenso de possibilidades de adaptação diante de crises da vida.

Paulhan (1994), citando Lazarus e Folkman (1988), afirma que os processos de avaliação das relações pessoa-ambiente são influenciadas pelas características pessoais anteriores e pelas variáveis ambientais.

Segundo esses autores, as características pessoais são: as crenças, que podem ser religiosas, ou ainda na capacidade que o indivíduo julga ter em controlar os eventos (locus de controle interno); a resistência, que corresponde à propensão estável do sujeito de resistir às exigências externas, na qual este julga que pode influenciar ou dominar os problemas ao invés de se sentir impotente diante dele e, por fim, o traço-ansiedade, que, como o próprio nome diz, refere-se à propensão da pessoa à ansiedade (tendência em perceber as situações aversivas como ameaçadoras).

Já as características do ambiente influenciarão a avaliação do potencial estressante da situação e a escolha de estratégias de enfrentamento dependerá dessas características, que podem ser: da própria situação, ou seja, a natureza do perigo avaliado naquele momento e os recursos sociais ou apoio de rede social de que o indivíduo disponibiliza.

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é investigar como os profissionais de uma equipe interdisciplinar de uma instituição destinada a cuidar de pacientes

crônicos e em fase final de vida vivenciam perdas significativas (por morte) de pacientes, ou seja, a ruptura desses vínculos.

MÉTODO

Participantes:

Participaram desse estudo 25 membros da equipe interdisciplinar de um hospital especializado no tratamento de doentes crônicos e em fase final de vida, composta de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

Local:

A presente pesquisa foi realizada no próprio hospital, após discussão dos objetivos e da metodologia empregada com a psicóloga responsável na instituição.

Esse hospital é especializado em cuidar de pacientes crônicos de alta dependência com histórico de longas internações hospitalares e de pacientes em fase final de vida. O atendimento é focado no paciente como um todo, não deixando de lado a família e sua história de vida.

Instrumentos:

Utilizou-se um questionário previamente elaborado para o presente estudo que foi preenchido pelos próprios participantes, com o objetivo de investigar como os profissionais dessa equipe vivenciam perdas significativas (por morte) de seus pacientes (Anexo 1).

A fim de verificar se as questões elaboradas respondiam ao objetivo da pesquisa, realizou-se um pré-teste. Após esse procedimento, foram feitas modificações na estrutura de algumas perguntas, visto que suscitavam dúvidas e dificuldades na hora de respondê-las.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2008 e janeiro de 2009.

Procedimento:

Entregou-se no total 50 questionários, sendo que 25 foram respondidos e devolvidos para a pesquisadora. Os participantes foram abordados durante seu horário de trabalho e convidados a participar da pesquisa.

Considerações Éticas:

Foi entregue para cada participante um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Neste termo havia o objetivo da pesquisa, explicando de forma clara e precisa a não obrigatoriedade em participar do estudo, sendo que a recusa em não participar do mesmo não traria qualquer consequência para o profissional. Os participantes também foram informados que poderiam interromper sua participação no momento em que quisessem sem acarretar qualquer ônus e que seria garantido o sigilo e anonimato. Os nomes dos participantes foram trocados, a fim de proteger sua identidade.

Análise e Discussão dos Resultados:

Primeiramente, realizou-se a tabulação dos dados quantitativos, a fim de traçar o perfil epidemiológico da amostra estudada. Em seguida, os dados qualitativos foram divididos em categorias para verificar como os participantes vivenciam a experiência de ruptura do vínculo pela morte de pacientes.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Primeiramente, será realizada uma descrição da amostra da população estudada e, posteriormente, a partir dos dados coletados, uma discussão desses dados, na medida em que as análises sugerirem essa possibilidade.

Participaram desse estudo quatro fisioterapeutas, cinco enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, quatro técnicos de enfermagem, três psicólogos, quatro médicos, um fonoaudiólogo e um terapeuta ocupacional.

A amostra é composta por 23 participantes do sexo feminino e dois do sexo masculino (Gráfico 1), sendo que 24% possuem entre 22 e 25 anos, 24% entre 26 e 29 anos e 36% possuem entre 30 e 33 anos (Gráfico 2). A média de idade é de 29 anos. O tempo médio em que exercem a profissão é de 4,7 anos, sendo que 40% estão formados entre um ano e três anos (Gráfico 3). Quarenta por cento dos sujeitos trabalham há menos de seis meses no hospital em que a pesquisa foi realizada (Gráfico 4).

Gráfico 1 - Sexo dos Participantes

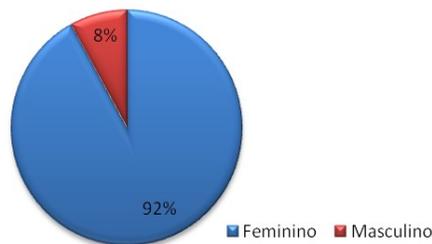


Gráfico 2 - Idade dos Participantes

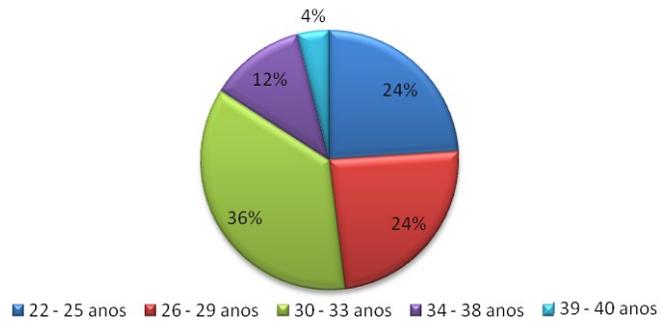


Gráfico 3 - Tempo que exerce a profissão

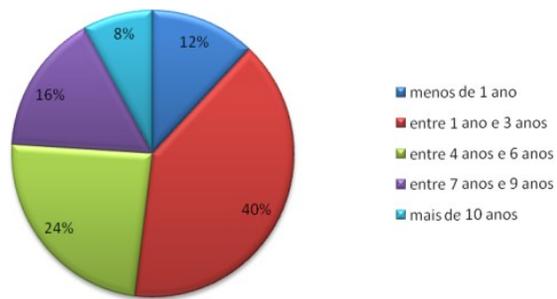
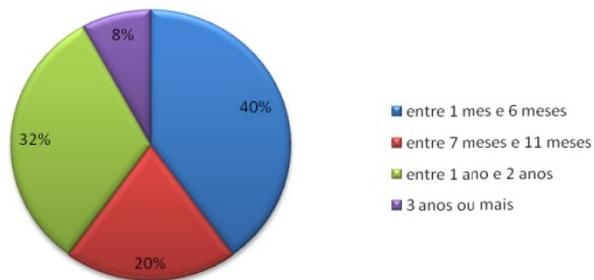


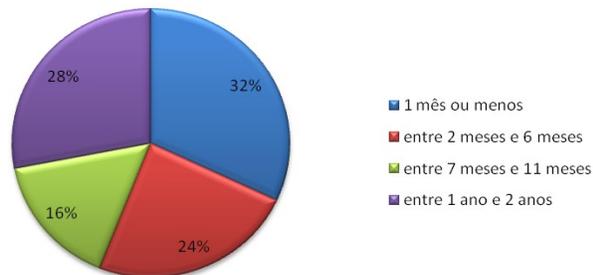
Gráfico 4 - Tempo em que exerce a profissão no hospital



Trata-se de uma equipe muito nova, tanto no que diz respeito a quantidade de tempo em que seus membros exercem a profissão quanto na quantidade de tempo em que fazem parte dessa equipe. Pode-se levantar como hipótese que a identidade desse grupo de trabalho ainda está no início de sua formação; seus membros ainda estão se conhecendo. Nesse sentido, pode-se pensar se esse pouco tempo em que trabalham na instituição exerce alguma influência no modo como enfrentam as mortes ocorridas, uma vez que podem não se verem como fonte de apoio.

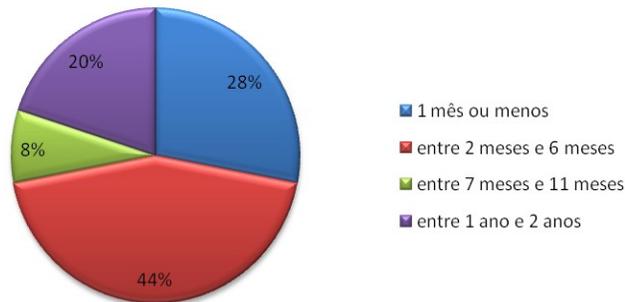
Nota-se que 56% dos participantes vivenciaram uma perda significativa há menos de um ano, sendo que oito perderam pacientes há menos de um mês. No entanto, sete participantes afirmam terem vivenciado uma morte significativa entre um ano e dois anos (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Tempo em que ocorreu a morte



Essa disparidade pode ter a ver com o tempo em que essas pessoas trabalham no hospital. Dos 25 sujeitos que participaram da presente pesquisa, 11 cuidaram do paciente por um período de dois meses a 11 meses e sete por um período de um mês ou menos (Gráfico 6). Os pacientes e seus familiares permanecem internados na instituição por um período de tempo muito longo na grande maioria das vezes. Somado a isso, tem-se que o cuidado é muito intenso, favorecendo grande proximidade, tanto física quanto emocional. Pode-se levantar como hipótese que essa proximidade pode favorecer a vinculação, o que será discutido mais adiante.

Gráfico 6 - Tempo em que atendeu o paciente



Após a descrição da amostra estudada, será realizada a análise e discussão de fragmentos da fala desses profissionais, conforme os dados sugerirem tal possibilidade.

No que diz respeito ao cuidado prestado ao paciente, 19 participantes, ou 76%, afirmam prestarem aqueles cuidados mais técnicos referentes apenas aos da própria profissão (prescrever medicações, cuidados gerais com higiene pessoal, medir pressão sanguínea, etc).

Apenas dois sujeitos da amostra entendem o conversar e o escutar o paciente como também fazendo parte dos cuidados prestados, o que pode sugerir se esses profissionais têm conhecimentos sobre a filosofia dos cuidados paliativos, ou ainda, se possuem a disponibilidade interna para estarem em contato tão íntimo com essa população:

“Além dos cuidados de enfermagem, a paciente gostava de conversar, falar do amor a seus animais e do momento em que estava vivenciando. Me sentia participante em laços emocionais, embora procurei não me apegar a isso... me sentia útil a ela e até gostava de ouvi-la. Eu participava de suas conversas e ouvia suas angústias, mas me colocava apenas como profissional. Ao sair do hospital me sentia como uma pessoa que tem vida própria” (Laura, auxiliar de enfermagem)

“Encorajar diante da situação que o cliente passava (câncer com metástase óssea), acolher, ouvir e permitir que ela partisse dignamente sem dor”
(Amanda, enfermeira)

Esses fragmentos ilustram também algumas estratégias de enfrentamento que essas profissionais lançam mão para lidarem com sentimentos e afetos potencialmente desagradáveis e difíceis: há um esforço de não se apegar ao paciente e uma tentativa de diferenciação entre o eu saudável e o outro doente (*cliente*) como que para afastar de si a possibilidade de adoecimento e de morte. Vale ressaltar que o número de sujeitos da amostra é muito reduzido, o que impede qualquer generalização; para isso, um estudo com maior quantidade de participantes se faz necessário.

Os principais sentimentos e afetos suscitados durante o atendimento ao paciente foram: bem-estar, impotência, angústia, calma, segurança, tristeza, desconforto, frustração, carinho pelo paciente:

“Me sentia bem em atender, pois via que após o atendimento, seu desconforto respiratório melhorava, porém o que muitas vezes me deixava angustiada e que atrapalhava os cuidados a este paciente era a sua grande ansiedade”
(Bartira, fisioterapeuta)

Vê-se aí que essa profissional foi capaz de suscitar o comportamento de ligação, conforme definido por Bowlby (2006), uma vez que conseguiu aproximar-se de seu paciente, numa situação em que um dos dois da díade necessitava de cuidados e o outro era aquele que oferecia tais cuidados. No entanto, pode-se levantar como hipótese se a qualidade do vínculo estabelecido oferece uma base de confiança ao paciente, visto que a angústia de Bartira era tão grande diante do sofrimento dele que dificultava os cuidados.

“Fiquei comovida, pois era uma paciente que tinha vontade de viver, aproveitar muito a vida e estava ali no leito só esperando sua hora chegar” (Sofia, enfermeira)

“Às vezes sentia um desconforto quando olhava a paciente naquela situação irreversível” (Roberto, enfermeiro)

Observa-se que a finitude é encarada como se a paciente não tivesse mais vida a ser vivida, a não ser esperar a morte. Será que é a paciente quem sentia que não havia mais nada que pudesse fazer até o momento de sua morte ou será que era Sofia quem, diante de seus valores e conceitos do que é viver e aproveitar a vida, achava que não lhe restava mais nada? Diante dessa pergunta, vê-se a importância de estarmos muito atentos, conforme dito anteriormente, aos valores, conceitos e pré-conceitos, uma vez que exercem grande influência no modo como a morte e o processo de morrer são encarados e conseqüentemente, a forma como os pacientes são tratados.

“Por conhecer o prognóstico da doença, não conseguia passar a boa perspectiva de vida que ela (paciente) buscava” (Bianca, médica)

“Os familiares não estavam preparados para aceitar sua morte e isso me deixava bastante ‘afrita’, ‘desconfortável’, pois eu sabia da gravidade e que ele (paciente) a qualquer hora poderia falecer” (Fabiana, médica)

“Apesar da família estar ciente da gravidade do caso, as filhas eram muito presentes e esta angústia delas e também minha de que esse dia (MORTE) estava chegando nos afligia muito” (Gabriela, médica)

Pode-se levantar como hipótese se Bianca, Fabiana e Gabriela, em algum momento, não se identificaram com o desejo mágico de cura de seus pacientes e, ao depararem-se com a morte iminente, o sentimento de impotência surge com grande intensidade, provocando muito sofrimento.

“Como qualquer profissional desempenhando a sua profissão, a sensação de estar realizando o melhor para ele (paciente). Mesmo sabendo que este paciente era portador de uma doença degenerativa e progressiva” (Elisabete, fisioterapeuta)

Um dos sujeitos não respondeu a essa questão, o que pode sugerir que esteja denunciando a grande dificuldade de entrar em contato com sentimentos e afetos despertados diante de situações tão mobilizadoras quanto a morte de alguém significativo, principalmente quando essa morte nos remete à nossa própria finitude.

As reações e os sentimentos suscitados quando o paciente com quem os participantes tinham um vínculo significativo faleceu incluíram: tristeza, alívio, angústia, frustração, choro, sentimento de perda e de vazio, impotência, chateação, conformação, fragilidade, incômodo, tranquilidade, preocupação, reflexão, saudade, surpresa com a morte daquele doente, o que pode ter sido intensificado pela negação da piora do seu quadro clínico e aproximação da morte, reflexão sobre a própria vida e pena:

“De tristeza pelo apego a ela e aos familiares” (Gabriela, médica)

“Muito mal, pois o clima no hospital ficou muito pesado” (Alessandra, técnica de enfermagem)

“Mal. Queria ajudar os familiares, mas nada que eu fizesse naquele momento traria conforto. Me senti impotente” (Fabiana, médica)

“Triste, bastante reflexiva sobre a condição que levamos a vida, ignorando a morte, na maior parte das vezes” (Marlene, psicóloga)

“Vi a situação apenas como fim de um sofrimento, embora neste momento sentimos... porque conversamos bastante, mas... chegou a sua vez, sabemos que era melhor assim” (Laura, auxiliar de enfermagem)

“Paciente veio a óbito apresentando um grande desconforto respiratório. Me senti impotente perante essa situação” (Sabrina, fisioterapeuta)

Observa-se, através desses relatos, que os profissionais entram em contato com seus sentimentos e afetos, podendo, inclusive, expressá-los e

significá-los, cada um a sua maneira, dependendo de suas experiências prévias, de sua história de vida, de seu repertório e do tipo de vínculo estabelecido com as figuras primárias, que, por sua vez, exercem grande influência na forma como os futuros vínculos serão estabelecidos.

Entretanto, como nos casos logo abaixo, vê-se a tentativa de afastar tais sentimentos e afetos, por meio dos recursos disponíveis em seu repertório, com a finalidade de evitar sofrimento e angústia. Muitas vezes as funções técnicas de cada profissão e a rotina da própria instituição promovem um distanciamento das emoções, o que, de certa forma, é também necessário, visto que, conforme dito anteriormente, os profissionais de saúde, para realizarem algumas tarefas, necessitam de algum afastamento afetivo. No entanto, se os sentimentos e afetos não forem expressos, podem dificultar a elaboração do luto:

“Como o atendimento é corrido e logo chegou outro paciente ocupando o quarto, faz a gente ‘esquecer’ muito rápido” (Larissa, fonoaudióloga)

“Incomodado e triste, mas como profissional tive que realizar a conduta padrão realizada pelo hospital” (Roberto, enfermeiro)

“Eu presenciei sua parada; atuei como os demais profissionais, garantindo sua ventilação através do ambu e oxigenação. Em nenhum momento deixei a emoção tomar conta da situação; naquele momento, só a conduta profissional” (Elisabete, fisioterapeuta)

“Perdemos pacientes que amamos, porque aprendemos a amá-los, mas conscientes que temos vida própria fora daqui e que o mundo continua a girar” (Laura, auxiliar de enfermagem)

“É difícil escrever sobre reações que tive de uma pessoa que morreu, porque a cada dia é um paciente diferente, mas as reações são diversas. Procuo não me apegar” (Bruna, técnica de enfermagem)

Em seguida, serão discutidos os fatores que ajudaram e que dificultaram no enfrentamento da situação de perda por morte.

O significado dado à experiência de morte e os recursos internos e externos disponíveis para lidar com a situação, podem tanto ajudar quanto dificultar a elaboração do luto vivido.

Os participantes referem que o apoio dos colegas e da equipe, encarar a morte como fim do sofrimento e como uma fase da vida, ter feito tudo o que era possível, ter fé e espiritualidade somada aos conhecimentos técnicos adquiridos, ao perfil dos pacientes atendidos no hospital, ao apoio da própria família, ao suporte emocional, ao amor à profissão e ao tempo decorrido após o falecimento são fatores que contribuem positivamente no enfrentamento e na forma de lidar com a perda:

“Toda a equipe, conversando muito. Vendo que chega em um ponto que a morte é um alívio para o sofrimento do paciente” (Larissa, fonoaudióloga)

“Nada agradável, pois todos tinham se ‘apegado’. Tinha um carinho por essa paciente; todos se sentiram mal pela perda que tivemos, mas foi melhor para ela. Acredito que onde ela estiver, está olhando por nós, como ela dizia que a gente era anjos na vida dela” (Tânia, auxiliar de enfermagem)

“Acredito que a fé, pois só com ela superamos os momentos difíceis que a vida nos reserva” (Tânia, auxiliar de enfermagem)

“Acreditar que a morte é um fator inevitável; a qualquer hora pode ocorrer com qualquer pessoa, independentemente de sua idade ou estado de saúde. E pensar que pelo menos descansou. Acabou seu sofrimento” (Elisabete, fisioterapeuta)

“O amor. Penso o quanto fui útil em atender as suas participações, respeito a paciente, embora o pós morte é um momento onde, como já falei, nos sentimos fragilizados e que temos vida própria, onde temos que seguir” (Laura, auxiliar de enfermagem)

“A certeza de ter feito tudo ao meu alcance” (Roberta, fisioterapeuta)

“Reflexão pessoal sobre a morte. Conversei com vários amigos, terapeuta e familiares sobre o fato” (Fabiana, médica)

“À primeira instância, fiquei chateada. Mas, após pensar, vi que foi melhor para ela, devido ser tão consciente do jeito que era e as dores que ela tinha” (Cláudia, auxiliar de enfermagem)

“Fiquei triste e chorei no momento. Era uma paciente que havia me tocado muito. Depois vi que ela havia descansado” (Bartira, fisioterapeuta)

“Eu me senti muito bem, porque na realidade a paciente estava muito mal e sofrendo” (Eduarda, enfermeira)

“O trabalho da enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional ajuda muito” (Amanda, enfermeira)

“No dia, a paciente estava desconfortável. Ia diversas vezes ao quarto fazer os ajustes no BIPAP, oxigênio, manobras respiratórias e dizia que ela ia ficar bem. Na última intercorrência, ela estava muito mal, mas estava com o olhar calmo. A Dra. Nádia entrou no quarto de Dona Maria e pedi ajuda, pois ela estava vomitando e estava cada vez pior. Chamamos a equipe da enfermagem e estávamos trabalhando em equipe. Depois que fiz meu procedimento, vi e notei que não tinha adiantado o esforço da equipe. Fui para a sala dos médicos e perguntei se havia alguma coisa a mais para reverter. A Dra. Nádia me explicou mais uma vez sobre os cuidados paliativos e me consolou; também estavam outras profissionais que me consolaram. Depois de deixarem ela mais estável um pouco, descemos para uma reunião. Cerca de uma hora ela havia morrido. Uma auxiliar nos deu essa notícia. Depois que terminou a reunião, fui vê-la. Disse a ela que descansasse em paz. Saí do quarto, encontrei a minha colega e choramos muito... me senti muito triste. Sensação de perda. Depois me senti inútil, que não sabia de nada, que não era capaz de ajudar um

paciente. Me senti muito burra também, queria ter feito mais e não sabia como”
(Rosana, fisioterapeuta)

Percebe-se o quanto para Rosana falar detalhadamente sobre os momentos que precederam a morte da paciente parece ser um importante recurso que pode ajudá-la a elaborar um sofrimento tão grande. Será que ela sente que teve espaço suficiente na instituição para falar sobre isso mesmo após um tempo decorrido do falecimento, uma vez que essa sua paciente morreu há seis meses? Além disso, nota-se também, conforme apontado por Pitta (1998) o quanto a rotina institucional favorece o distanciamento. Pode-se levantar como hipótese que Rosana parece estar tendo alguma dificuldade em lidar com essa morte especificamente, visto que atribui a si a responsabilidade de salvar o paciente e, diante dessa impossibilidade, grande sentimento de menos-valia e culpa são despertados.

Já os fatores que prejudicaram no enfrentamento da morte podem ser divididos em duas categorias: os pessoais e aqueles relacionados a questões específicas do próprio paciente e sua família

Os fatores pessoais incluem: sentimento de impotência e tristeza, identificação com algum membro da família e com seu sofrimento, a lembrança do paciente, a não preparação para perdas e o vínculo estabelecido com o paciente:

“Horrível, pois acabei de apegando aos familiares e o paciente de tal forma que me senti como se tivesse perdido alguém da minha família” (Alessandra, técnica de enfermagem)

“Me senti mal, pois tinha me apegado muito com essa paciente. Foi como se tivesse perdido alguém da minha própria família, pois pelo pouco tempo com ela, o apego foi inevitável; ela era uma pessoa adorável” (Tânia, auxiliar de enfermagem)

“Por ser um ser humano, pensamos em nossos entes queridos. E nós nunca estamos preparados para perdas, mas temos que aprender a lidar” (Cláudia, auxiliar de enfermagem)

“Atendi este paciente no leito de morte. Ele faleceu no meu plantão; isto era o que eu mais temia. Ninguém tinha coragem de ligar para a sua esposa e dar a notícia de morte. Ela chegou de sopetão no hospital e subiu para vê-lo, já morto. Ela teve uma crise de histeria que foi o que mais me assustou. Eu fiquei invadida, digo, tocada por toda aquela tristeza... eu senti a dor daquela mulher; eu me vi na situação... pensar que eu poderia passar por aquela situação um dia e talvez ter a mesma crise de histeria. Assustador!!!” (Fabiana, médica)

Se aproximar do sofrimento do outro pode ser realmente muito assustador e mobilizar sentimentos e afetos muito intensos, que podem ser difíceis de lidar. Fabiana comete um ato falho quando diz que ficou invadida pela tristeza, corrigindo-se logo em seguida, afirmando ter ficado tocada pela situação. A tristeza da esposa do paciente é tão intensa que se sente invadida e, ao sentir-se invadida e poder se ver reagindo da mesma maneira, se desorganiza.

“É saber que ela estava indo embora mesmo eu dizendo que ela ia ficar bem” (Rosana, fisioterapeuta)

Pensando nos fragmentos do discurso de Rosana, pode-se levantar como hipótese se essa profissional está tendo dificuldade significativa em lidar com a morte dessa paciente, seja porque tenha se identificado com algum aspecto da situação ou com alguma questão referente àquela família ou mesmo à própria paciente, seja porque os recursos de que dispõe para lidar com a morte não estejam sendo suficientes, ou ainda por ambos. Vale ressaltar que, em situações de grande estresse situacional e emocional, a mobilização de recursos adequados é prejudicada.

“Ao atender esta paciente, mesmo sabendo do seu quadro grave, queria vê-la melhorar, melhorar os seus sintomas. Ela era uma pessoa tão doce; queria que ela tivesse tido uma morte sem tanto sofrimento” (Bartira, fisioterapeuta)

“A lembrança da agonia do paciente nos seus momentos finais” (Sabrina, fisioterapeuta)

“A tristeza pela perda da paciente” (Gabriela, médica)

Os fatores relacionados a questões específicas do próprio paciente e sua família são: a idade do paciente, a falta de recursos da família e a relação ruim com a mesma.

“Vivenciar a morte de um idoso é uma coisa natural; teve sua história, construiu uma família, realizou sonhos, etc. Agora, quando isso ocorre com uma pessoa muito jovem, como neste caso que eu citei que essa doença começou quando tinha a idade escolar, fase em que todos estão em aprender, crescer e desenvolver, é difícil!” (Elisabete, fisioterapeuta)

É interessante notar que quatro participantes não identificaram qualquer dificuldade no enfrentamento e no modo de lidarem com a morte de seus pacientes:

“Nada dificultou. Sigo a profissão com amor e a cada dia sabemos que podemos ter perdas, mas estamos aqui para amenizar a dor. O importante é amar o que for” (Laura, auxiliar de enfermagem)

Alguns profissionais relatam a importância da equipe interdisciplinar e da filosofia dos cuidados paliativos no cuidado dos pacientes atendidos pela instituição. Conforme dito anteriormente, um aspecto fundamental dessa área de trabalho é a atuação de uma equipe composta por diversos profissionais que são capazes de trabalhar em conjunto em prol do paciente e seus familiares. Em cuidados paliativos, o enfoque não é na cura da doença e sim no alívio dos sintomas e no cuidado:

“Trabalhar com pacientes fora de possibilidades de cura pode ser muito gratificante se compreendermos que os cuidados sobre esse paciente poderá trazer maior conforto, dignidade, acolhimento; o paciente não estará sozinho” (Bartira, fisioterapeuta)

“A equipe interdisciplinar deve estar ciente de todo o quadro do paciente para que cada um contribua com sua área para o melhor ao paciente até o final de vida” (Larissa, fonoaudióloga)

Após vivenciar uma perda significativa por morte de um paciente, alguns profissionais referiram ser possível fazer uma reflexão e revisão sobre seus próprios valores e modo de encarar a vida. A morte pode passar a ser vista não mais como algo terrível que deve ser evitada a qualquer custo e sim como uma fase da vida, em que há possibilidade de amadurecimento e crescimento. É, segundo diz Hennezel (2001), poder se aproximar do que podem cuidar e trabalhar com a vulnerabilidade ao invés de se perder nela:

“Aprendi a compreender o destino de cada um. Pois nada é por acaso. Também percebi como ela era tratada pelo seu companheiro, com muita atenção, amor e paciência, pois ele lutou com sua resistência e ficou com ela até o último momento. Isso que é amor verdadeiro...” (Sofia, enfermeira)

“Nesse dia aprendi a lidar mais com a morte. Hoje não sofro tanto como sofri naquele dia. Aprendi no olhar de Dona Maria muita coisa e sou grata por isso. Vou ser uma eterna chorona, mas não fico mais com aquela angústia” (Rosana, fisioterapeuta)

“Considero que a morte é uma das etapas mais difíceis que enfrentamos em nossas vidas. É importante saber aproveitar da melhor forma enquanto temos saúde e força para viver!” (Roberto, enfermeiro)

Tendo em vista o que foi dito anteriormente a respeito da formação de profissionais da área da saúde, em especial a Medicina e a Enfermagem, uma

das médicas retoma essa questão de maneira muito clara, reafirmando a necessidade de se investir na formação mais humanizada desses profissionais; percebe-se realmente a falta de instrumentos disponíveis para enfrentar e lidar com a morte de pacientes e com o sofrimento inerente:

“Nós, médicos, sempre temos uma sensação de fracasso diante da morte de um paciente. Não somos ensinados (formados) para encarar isto como uma fase da vida” (Gabriela, médica)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar que esses profissionais apresentam diversas reações diante do rompimento de um vínculo, tais como tristeza, angústia, impotência, frustração, culpa, alívio, sensação de vazio, sentimento de perda, saudade, fragilidade, e lançam mão dos recursos de que dispõem para lidar com eles, como por exemplo o apoio dos colegas, da equipe e da própria família, espiritualidade e os conhecimentos técnicos da própria profissão

Esses profissionais se envolvem e entram em contato com os sentimentos e afetos despertados quando da morte de um paciente, porém parece que há diversas tentativas de encontrar uma forma mais amena de passar por esta experiência. É provável que estejam apresentando alguma dificuldade em mobilizar recursos adequados para enfrentar essa situação, visto que não é uma situação qualquer, e que não estejam tendo o suporte necessário, podendo encontrar muitas dificuldades na elaboração do luto. Um luto complicado pode influenciar e dificultar imensamente o cuidado com outros pacientes, além de gerar sintomas físicos e emocionais significativos nesses profissionais.

Apesar de poderem contar com o apoio da equipe, parece que este apoio ocorre apenas em situações específicas por um tempo que não corresponde com o tempo interno de cada um; parece ser algo mais pontual, não constituindo-se como prática institucional. Nesse sentido, sugere-se a construção de um espaço constante de acolhimento e reflexão.

Além disso, seria importante, já que a formação desses profissionais não incluiu uma educação para a morte, que seja oferecido cursos, seminários e workshops que os instrumentalize nesse quesito.

O fato de que apenas metade dos questionários entregues para os profissionais foram respondidos e devolvidos pode sugerir indícios da dificuldade de entrarem em contato com o tema da morte e pensar sobre isso, uma vez que mobiliza sentimentos, afetos, conceitos e pré-conceitos muito intensos.

Durante a análise e discussão dos resultados, percebe-se que os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e os fisioterapeutas foram os profissionais que parecem ter estabelecido um vínculo mais intenso com seus pacientes, suscitando sentimentos e afetos muito intensos e de difícil elaboração. Porém, pelo fato de ter um número reduzido de participantes, não é possível fazer grandes generalizações sobre as considerações aqui levantadas. Faz-se necessário novas pesquisas que abordem se há diferenças de vinculação entre paciente e os diferentes profissionais da equipe, como se dão e qual a influência da forma de elaborar a perda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco, BANDEIRA, Denise Ruschel. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. Estud. psicol. (Natal), Natal, v.3, n.2, p. 273-294, jul/dez. 1998.
- BROMBERG, M. H. P. F. (1996). Luto: a morte do outro em si. In: KOVÁCS, M. J. & CARVALHO, V. A. (Orgs.). Vida e morte: laços da existência. (2a Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BROMBERG, M. H. P. F. A psicoterapia em situações de perda e luto. São Paulo: Livro Pleno, 2000.
- COELHO, M. O. Relação médico-paciente e a morte. São Paulo, 2001. 146p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Luto na equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 151-157, mar/abr. 2005.
- ESSLINGER, I. De quem é a vida afinal?... descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- KOVÁCS, M. J. Morte e Desenvolvimento Humano. 4ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a morte – temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a morte – desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003b.

- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 8ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998 .
- LAZARUS, R.; AVERIL, J.; OPTON, E. The psychology of coping: issues of research and assessment. In: COELHO, G.; HAMBURH, D.; E. (eds). Coping and adaptation. Nova York: Basic Books, 1974.
- LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. Nova York: Springer Publishing Co, 1984.
- LEÃO, Nilza. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: ROMANO, Bellkiss Wilma. (org.). A Prática da Psicologia nos Hospitais. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 137-147.
- PARKES, C. M. Luto – estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.
- PAULHAN, I. As estratégias de ajustamento ou "coping". In: BRUCHON-SCHWEITZER, M.; DANTZER, R. Introdução à Psicologia da Saúde. Paris: Presses Universitaires de France, cap. 4, p.99-124. Tradução provisória de MALERBI, F. E. K., 1994.
- PITTA, Ana. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1990.
- QUINTANA, Alberto Manuel et al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v.16, n.35, p. 415-425, set/dez. 2006.
- QUINTANA, Alberto Manuel et al. A angústia na formação do estudante de medicina. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v.32, n.1, p. 7-14, mar. 2008.

ANEXOS

ANEXO 1

Idade: _____ Sexo: F () M ()

Profissão: _____

Há quanto tempo exerce essa profissão? _____

Cargo que ocupa no hospital: _____

Há quanto tempo exerce essa ocupação nesse hospital: _____

A seguir, serão feitas algumas perguntas relativas a **uma morte significativa** que você tenha vivenciado em seu **atual ambiente de trabalho**.

1) Há quanto tempo ocorreu essa morte?

2) Por quanto tempo você atendeu esse paciente?

3) Quais eram suas funções no cuidado com esse paciente?

4) Como se sentia durante o período em que cuidou do paciente?

5) Quais foram suas reações quando este paciente morreu?

6) Como você se sentiu quando o paciente morreu?

7) Agora, relate como foi essa experiência (como aconteceu, o que aconteceu, o que você fez, como você fez, etc).

8) O que você acha que o ajudou a enfrentar essa situação?

9) E o que dificultou para enfrentar essa situação?

10) Aqui você pode fazer outros comentários que achar relevante.

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO

I. Dados de Identificação do Participante da Pesquisa:

Nome: _____

Documento de Identidade: _____ Sexo: M () F ()

Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____

Telefone: _____

II. Dados sobre a Pesquisa Científica

1. Título:

O Impacto de Mortes Significativas Vivenciadas pela Equipe de Cuidados ao Paciente Terminal

2. Pesquisador:

Nome: Lívia Kondrat Pinto

Documento de Identidade: 29.708.756-3

CRP: 06/81178

O objetivo do presente estudo é investigar como os profissionais de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos vivenciam perdas significativas (por morte) de pacientes.

O procedimento utilizado será um questionário que será preenchido pelo participante.

As informações obtidas na presente pesquisa poderão ser divulgadas em congressos científicos, havendo garantia de anonimato e sigilo.

É garantido acesso, a qualquer momento, às informações sobre os procedimentos relacionados à pesquisa, como também a liberdade de retirar-se da mesma sem que o participante seja prejudicado.

São Paulo, _____ de _____ de 2008

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

CRP: 06/81178

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.